



HELSEDEPARTEMENTET

Rapport

Tannhelsetjenesten

Geografisk fordeling, hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor

1.	Bakgrunn	4
1.1	Innledning	4
1.2	Oppnevning av arbeidsgruppe	6
1.3	Arbeidsgruppens mandat	7
1.4	Stortingsdokumenter	7
2.	Sammendrag	9
2.1	Sammendrag av rapportens innhold	9
2.2	Nærmere om arbeidsgruppens forslag til tiltak	11
3.	Utvikling på tannlege- og tannpleiermarkedet.....	13
3.1	Innledning	13
3.2	Utviklingen i tannlege- og tannpleiermarkedet 1985-2002.....	13
3.2.1	Tannlegemarkedet	14
	Utviklingen i offentlig sektor.....	15
	Utviklingen i privat sektor	18
3.2.2	Utviklingen i årsverk for tannpleiere.....	20
3.2.3	Fylkesvis utvikling i antall årsverk for tannleger og tannpleiere i perioden 1992-2002.	21
3.3	Fylkesvis fordeling av tannleger og tannpleiere i forhold til folketall i 2002.	27
3.3.1	Tilgang på tannleger og tannpleiere.....	28
	Tilgang på tannleger	28
	Tilgang på tannpleiere	30
3.4	Sammendrag av utviklingen på landsbasis fra 1985 til 2002.....	31
4.	Tannhelsetjenesten per 1. januar 2003 – forhold av betydning for rekruttering og stabilitet	33
4.1	Fylkeskommunenes tiltak for rekruttering og stabilisering.....	33
4.1.1	Innledning	33
4.1.2	Rekrutteringstiltak i offentlig sektor	33
4.1.3	Forholdene i privat sektor	36
4.1.4	Stabiliseringstiltak i offentlig sektor.....	37
4.1.5	Bruk av kombinasjonsstillinger	39
4.1.6	Ulike kombinasjoner av godtgjøringer/avlønningsformer i henhold til avtaler mellom partene.	41
4.2	Klinikkstruktur og praksisstørrelse – betydning for rekruttering og oppgavefordeling.....	42
4.2.1	Praksisstruktur i privat sektor	43
4.3	Oppgavefordeling mellom tannlege og tannpleier.....	45
4.3.1	Forholdet mellom tannlegestillinger og tannpleierstillinger	45
4.4	Tannlegestudenters planer og forventninger til arbeid i tannhelsetjenesten	47
4.5	Oppsummering.....	48
5.	Forholdene i andre land	52
5.1	Innledning	52
5.2	Sammendrag - likheter og forskjeller i organisering og finansiering av tannhelsetjenester i de nordiske land – utvikling på personellmarkedet og framtidsutsikter.....	52
5.2.1	Organisering og finansiering	52
5.2.2	Personellmarkedet	52

5.2.3	Framtidsutsikter	53
6.	Hovedutfordringene - viktige utviklingstrekk innenfor tannhelsetjenesten.....	54
6.1	Innledning	54
6.2	Fremtidig tilbud av og etterspørsel etter tannpleiere og tannleger	54
6.2.1	Tilbudet av tannpleiere	54
6.2.2	Tilbudet av tannleger	55
6.2.3	Etterspørsel etter tannleger	57
6.2.4	Etterspørsel etter tannpleiere	59
6.2.5	Oppsummering.....	60
6.3	Ledighet og ustabilitet – geografisk variasjon.....	61
6.4	Yngre tannlegers yrkespreferanser.....	62
6.5	Svakheter i markedet for tannbehandling	64
6.6	Oppgavefordeling mellom tannlege og tannpleier.....	67
6.7	Samarbeid mellom offentlig og privat sektor – sektorinndeling	68
6.8	Klinikkstruktur i både privat og offentlig sektor.....	69
6.9	Fylkeskommunenenes/arbeidsgivernes muligheter og begrensninger uten statlig medvirkning	70
7.	Alternative forslag for å oppnå en bedre geografisk fordeling og mer effektiv bruk av tannleger og tannpleiere samt et mer hensiktsmessig samarbeid mellom offentlig og privat sektor	72
7.1	Innledning	72
7.2	Statlige tiltak for bedre geografisk fordeling av tannleger og tannpleiere....	72
7.2.1	Tiltak for å øke den generelle tilgangen på tannleger.....	72
7.2.2	Tiltak overfor tannlege- og tannpleierstudentene	73
7.2.3	Markedsføringstiltak rettet mot tilbydere og etterspørere	77
7.3	Statlige tiltak for å få flere tannleger og tannpleiere til å etablere seg i distriktene.....	77
7.3.1	Praksissammenslåing og næringsstøtte i distrikts-Norge	78
7.3.2	Regulering av adgangen til å etablere tannlegepraksis i privat sektor	78
7.3.3	Tilby fordeler til de som etablerer seg eller tar jobb i distriktene.....	79
7.4	Tiltak for å oppnå en mer effektiv oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere	81
7.5	Statlige tiltak for å oppnå et mer hensiktsmessig samarbeid mellom offentlig og privat sektor	82
7.5.1	Innledning	82
7.5.2	Kombinasjonsstillinger og driftstilskuddsmodell	82
7.5.3	Skisse til modell for kombinasjonsstilling med driftstilskudd innenfor tannhelsetjenesten	85
7.6	Arbeidsgruppens vurderinger og tilråding.....	87
7.6.1	Arbeidsgruppens vurderinger av tiltakene	87
7.7	Arbeidsgruppens tilråding med tidsplan for innføring.....	92
7.7.1	Tidsperioden 2004 til 2006 (trinn 1)	92
7.7.2	Tidsperioden 2007 til 2009 (trinn 2)	93
7.7.3	Fra 2010 (trinn 3).....	93
8.	Alternative modeller til dagens offentlige tannhelsetjeneste	94
8.1	Driftstilskuddsmodell med økt økonomisk ramme	94

8.1.1	Alternative former for offentlig prissubsidiering	94
8.1.2	Relevans for tannhelsetjenesten	95
9.	Administrative og økonomiske konsekvenser av de foreslåtte tiltak	97

VEDLEGG

1. BAKGRUNN

1.1 Innledning

Hovedmålsettingen med landets helsepolitikk er blant annet å sikre et likeverdig tjenestetilbud av tannhelsetjenester til alle uavhengig av hvor i landet en bor. Utfordringene i en samlet tannhelsetjeneste er først og fremst knyttet til at det i deler av landet ikke er personell som kan levere tannhelsetjenester det er behov for. Typiske trekk ved situasjonen er; a) ledighet i offentlige tannlegestillinger (varierende fylkesvis fra 0 til 30%), b) vanskelig å få solgt praksiser/rekruttert til privat sektor utenfor befolkningsrike områder, c) overetablering i sentrale områder (spesielt Oslo) d) uhensiktsmessig lite bruk av tannpleier, spesielt i privat praksis, og e) begrenset samarbeid mellom offentlig og privat sektor, særlig mht løsning av de prioriterte oppgaver i henhold til tannhelsetjenesteloven. I statsbudsjettet for 2003 er det omtalt at tiltak for bedre fordeling av personellressursene på tannhelseområdet vil bli vurdert i samarbeid med de berørte parter.

Dette har vært bakgrunnen for at Helsedepartementet høsten 2003 oppnevnte en arbeidsgruppe for å utrede problemstillingene og komme med forslag til tiltak. Utfordringene er særlig knyttet til balansen mellom tilgang og avgang på tannleger samt den geografiske fordelingen av tannhelsepersonell, spesielt tannleger.

Situasjonen på tannlegemarkedet skiller seg fra de øvrige helsepersonellmarkedene på to måter. Det ene er at over 70 % av tannlegene er privatpraktiserende, med fri etableringsrett, fri prissetting og trygderefusjon for begrensede pasientgrupper eller sykdomstilstander. Det andre er at tannlegemarkedet uten omfattende rekruttering fra utlandet vil bli et marked i netto nedgang. Vi vil kunne få en situasjon der visse geografiske områder har mer enn tilstrekkelig med ressurser, mens det i andre områder kan bli for lite. Spørsmålet blir derfor hvordan man skal kunne oppnå en geografisk fordeling av tannpleiere og tannleger gitt de rammebetingelser som eksisterer.

Utdanningskapasiteten for blant annet leger og tannleger ble redusert fra 1982. På 90-tallet har det skjedd en stor økning i utdanningskapasiteten i Norge for de fleste helsepersonellgrupper. Utdanningskapasiteten for leger har økt med 92 %, for sykepleiere 66 % og for fysioterapeuter 64 %. Dette har ført til en betydelig økning i tilbudet av disse personellgruppene. I tillegg ble legemarkedet regulert av staten fra 1. januar 1999.

Når det gjelder utdanningskapasiteten for tannleger og tannpleiere har den økt med henholdsvis 8 % og 21 % siden 1990. Frafallet i studiet har vært i gjennomsnitt ca. 20-25 %, men enkelte år opptil 40 %. Konsekvensene av dette har vært en begrenset tilgang på nyutdannede tannleger. Dette har vært en av grunnene til at fylkeskommunene har hatt økende problemer med å kunne rekruttere tannleger,

særlig siden 1998. Flere områder av landet, og spesielt offentlig sektor i de nordligste fylkene, har hatt problemer med tannlegebemanningen på hele 90-tallet.

En viktig forutsetning for geografisk fordeling, er at det er tilstrekkelig tilgang på personell på landsbasis. Regjeringen har iverksatt visse tiltak for å kunne imøtekomme behovene innenfor tannhelsetjenesten. Når det gjelder tiltak for økt tilgang på tannleger, er disse dels av langsiktig, dels av kortsiktig perspektiv. Stortinget har vedtatt å etablere tannlegeutdanning i Tromsø fra høsten 2004. En slik økning vil få effekt i markedet fra 2009. Gebyrstipendordning som ble innført høsten 2002 for tannlegestudenter i utlandet kan også få effekt på lengre sikt.

For å avhjelpe problemene på kort sikt, har Stortinget vedtatt å øke bevilgningene til ettårig kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området slik at kapasiteten økes fra 8 til 18-20 utdanningsplasser per år. I tillegg videreføres tilskudd til Aetat for videre drift av vikarordning for tannleger og til rekruttering av tannleger fra land innenfor EØS-området. Det er også avsatt midler til etablering av regionale odontologiske kompetansesentre, samtidig som tilskudd til spesialistutdanning av tannleger gradvis trappes opp. Tilskuddsmidler fra Helsedepartementet blir også benyttet til å etablere en videreutdanning for tannpleiere og kurs i folkehelsearbeid for tannhelsepersonell i 2003.

Regjeringen har utarbeidet en overordnet strategi for den offentlige sektor i Norge som omfatter å modernisere, omstille og effektivisere offentlig sektor. Et av hovedprinsippene for regjeringens modernisering av offentlig sektor er delegering og desentralisering av ansvar og myndighet. Dette er forankret i St.meld. nr. 19 (2001-2002) Nye oppgaver for lokaldemokratiet - regionalt og lokalt nivå. Lokal og regional frihet skal stå sentralt. Regjeringen uttaler her at desentralisering av oppgaver og myndighet til kommuner og fylkeskommuner skal gi et reelt lokaldemokrati og en effektiv og brukervennlig forvaltning. I kommuneøkonomiproposisjonen for 2003 er dette ytterligere fulgt opp gjennom en omfattende reduksjon av de øremerkede tilskudd til kommunene.

I utgangspunktet er det statens oppgave å legge rammene for tannhelsetjenesten. Drift og organisering er fylkeskommunens ansvar. Generelt kan det fastslås at fylkeskommunene skal utøve sitt ansvar i størst mulig grad uten inngripen fra staten, selv om dette kan føre til visse variasjoner fylkene imellom.

Fra nasjonalt nivå kan det pekes på sammenhenger og spesifikke nasjonale oppgaver. Det kan stimuleres til regionalt samarbeid og regionalt nettverkssamarbeid med sikte på at fylkeskommunene samordner sin innsats på tannhelseområdet og lærer av hverandre. Det er en utfordring å få dette til, uten at nasjonale myndigheter overstyrer fylkeskommunene som har det primære ansvaret for å tilby sine innbyggere et tilfredsstillende tannhelsetilbud.

Mange utfordringer når det gjelder rekruttering og stabilitet til den regionale tannhelsetjenesten er felles for et flertall av fylkeskommunene. Utfordringene vil

imidlertid variere, og derfor kreves regionalt tilpassede strategier. I og med at staten har overtatt ansvaret for spesialisthelsetjenesten har fylkeskommunene færre ben å stå på innenfor det helsepolitiske ansvarsområdet. Fylkeskommunen har blant annet ansvaret for regional utvikling. Det er en utfordring å koble tannhelsetjenestens ansvarsfelt godt til dette ansvarsområdet.

Det er mange små kommuner i Norge. Innen tannhelsetjenesten går utviklingen i retning av større klinikker der det bygges opp bredere fagmiljøer med flere ansatte i hver enhet. Dette er et utviklingstrekk som vil kreve regionalt samarbeid, også mellom kommuner og fylkeskommunale myndigheter. Eksempel her er tilrettelagte kollektivtransporttjenester, som sikrer befolkningen tilfredsstillende tilgang til tannhelsetjenester.

Det er også utfordringer i et nasjonalt perspektiv når det gjelder å utvikle et tilfredsstillende tannhelsetilbud til hele befolkningen. Staten har det overordnede ansvar for tannhelsetjenester til befolkningen. Utfordringene vil i mange sammenhenger måtte kreve løsninger som går på tvers av fylkesgrenser og kan innebære endringer i rammevilkår staten rår over.

1.2 Oppnevning av arbeidsgruppe

På bakgrunn av de utfordringene en står overfor i tannhelsesektoren nedsatte Helsedepartementet i november 2002 en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen fikk i oppdrag å utrede og komme med forslag til tiltak som på kort og lang sikt skal føre til en mer hensiktsmessig geografisk fordeling av tannleger samt mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere.

Arbeidsgruppen har hatt følgende sammensetning:

Kjell Røynesdal, Helsedepartementet (leder)

Kirsti Vassbotn, Kommunenes Sentralforbund

Magnar Torsvik, Kommunenes Sentralforbund

Tove Bakken, Norsk tannpleierforening

Karsten K. Langfeldt, Den norske tannlegeforening

Dag Erlend Reite, Den norske tannlegeforening

Dorthe Holst, Universitetet i Oslo, Seksjon for samfunnsodontologi

Liljan Smith Aandahl, Sosial- og helsedirektoratet

Judith Kortgård, Kommunal- og regionaldepartementet

Per-Morten Larsen, Arbeids- og administrasjonsdepartementet

Per-Morten Larsen gikk senere ut av gruppen. Sekretariatsfunksjonen for arbeidsgruppen har blitt ivaretatt av Helsedepartementet ved Hanne Lundemo og Anne Myhr (leder). Hege Louise Østlyngen deltok i første del av sekretariatets arbeid.

Gruppen har hatt 7 møter, hvorav ett 2-dagers seminar.

1.3 Arbeidsgruppens mandat

Arbeidsgruppen skal beskrive situasjonen på landsbasis med hensyn til samlet utnyttelse og fordeling av tannleger og tannpleiere. Beskrivelsen skal også omfatte fylkeskommunale tiltak for rekruttering og stabilisering og hvorvidt disse har hatt ønsket effekt. Situasjonen i tannhelsesektoren og de ulike tiltakene må vurderes opp mot bestemmelsene i lov om tannhelsetjenesten.

Videre skal arbeidsgruppen beskrive sannsynlig utvikling av personellmarkedet og tjenestetilbudet hvis ingen tiltak iverksettes.

Med bakgrunn i dette skal arbeidsgruppen drøfte alternative virkemidler av både rettslig og utenomrettslig karakter for på både kort og lang sikt å oppnå:

- Mer hensiktsmessig geografisk fordeling av tannleger og tannpleiere sett i forhold til lov om tannhelsetjenesten og befolkningens etterspørsel
- Mer hensiktsmessig fordeling av arbeidsoppgavene mellom tannleger og tannpleiere
- Et mer hensiktsmessig samarbeid mellom offentlig og privat sektor i tannhelsetjenesten

De ulike forslagene skal vurderes separat og i relasjon til hverandre. De må også sees i sammenheng med allerede iverksatte tiltak og forslag fremmet i statsbudsjettet for 2003. Arbeidsgruppen skal først og fremst utrede forslag til tiltak som kan påvirke fordelingen av personellressurser mellom fylker/regioner, men også drøfte tiltak som kan bedre situasjonen innenfor det enkelte fylke. Minst ett av forslagene skal ligge innenfor eksisterende økonomiske rammer.

Så langt det er mulig skal arbeidsgruppen søke å legge fram en samlet tilråding. Videre skal arbeidsgruppen utarbeide forslag til tidsplan for innføring av de aktuelle tiltak. Det skal framgå hvilke administrative, økonomiske og andre konsekvenser realisering av forslagene vil medføre.

Etter oppnevning av arbeidsgruppen har Sosialkomiteen i Stortinget i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2003 kommet med en rekke merknader som angår utredningsarbeidet, se kapittel 1.4. Arbeidsgruppen fikk også i oppdrag å vurdere de forslag som er tatt opp i merknadene i sammenheng med mandatet for øvrig.

1.4 Stortingsdokumenter

Rekruttering til offentlig tannhelsetjeneste og samarbeid mellom offentlig og privat sektor i tannhelsetjenesten ble drøftet i forbindelse med behandlingen av Innst. S. nr. 196 (2000-2001), jfr. Dokument 8:60 (1999-2000) om en offentlig tannhelsereform og Innst. S. nr. 194 (2000-2001), jfr. Dokument nr. 8:66 (1999-2000) om en trygdefinansieringsordning for pasienter som lider av raskt fremskridende eller alvorlig periodontitt. Sosialkomiteen påpeker i sin innstilling at det ikke er utviklet overordnede politiske strategier eller styringsredskaper med siktemål at fylkeskommunene etablerer avtaler med privatpraktiserende tannleger om deltagelse i det offentlige tannhelsearbeidet. Komiteen ber om at departementet utreder en endring av dagens

lovverk med siktemål at samarbeidet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og privatpraktiserende styrkes. Komiteen ber videre om at det legges vekt på rekruttering av stabilt personell til de regioner hvor offentlig tannhelsetjeneste er mangelfull. Videre bes Regjeringen vurdere tiltak for å utnytte personellgruppene innenfor offentlig og privat tannhelsetjeneste bedre.

I Ot.prp. nr. 54 (2001-2002), foreslo regjeringen i hovedsak opphevelse av en del regler om plankrav, kompetanse- og opplæringskrav, intern organisering og ledelse. For tannhelsetjenesten innebærer dette blant at de organisatoriske bestemmelser mv. i tannhelsetjenestelovens kapittel 3 foreslås opphevet. Komiteens flertall uttaler i Innst. O. nr. 70 (2002-2003), at den *"støtter også endringene når det gjelder planbestemmelsene som er foreslått endret (...) Komiteen vil understreke at det fortsatt vil være behov for planmessig arbeid innenfor den offentlige tannhelsetjenesten og også i forhold til et samarbeid og samvirke med den privatpraktiserende tannhelsetjenesten. Dette betyr at selv om planleggingsplikten nå bortfaller, må tannhelsetjenesten fortsatt organiseres slik at den er forutsigbar og helhetlig, og i stand til å yte tjenester både i forhold til nåværende og framtidige behov"*.

I forbindelse med Stortingets budsjettbehandling for 2003-budsjettet (B. innst. S. nr 11 (2002-2003)), uttalte flertallet i Sosialkomiteen at: *"Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil påpeke at utviklingen av den offentlige tannhelsetjenesten er foruroligende og med klare paralleller til de rekrutteringsvansker man har sett knyttet til kommunehelsetjenesten. Det er etter flertallets syn nødvendig å se på en rekke virkemidler knyttet til tannhelsetjenesten. Etter flertallets syn bør alternative modeller til dagens offentlige tannhelsetjeneste utredes. Flertallet ser særlig for seg muligheten av kombinasjonsstillinger mellom privat praksis og offentlig tannhelsetjeneste, der den offentlige tannhelsetjenesten ivaretas gjennom deltidsstillinger på timebasis, på linje med den modellen det er lagt opp til for fastleger med offentlige arbeidsoppgaver"*.

Komiteens flertall uttalte også at den *"mener at tilskuddsordningen bør tilrettelegges slik at det stimuleres til etablering av fellespraksis mellom flere tannleger på større steder slik at det i større kommuner kan bygges opp solide fagmiljø for tannleger som både kan utføre ordinært tannlegearbeid samt offentlige tannhelseoppgaver. I den grad det fremstår som hensiktsmessig, bør slik "tannhelsesentra" kune bidra med tannlegerressurser til nabokommuner med rekrutteringsvansker"*.

Videre mente komiteen at *"Regjeringen så raskt det rent praktisk lar seg gjøre, bør forelegge for Stortinget en egen tiltaksplan for rekruttering av tannleger til offentlig tannhelsearbeid og til ubesatte tannlegestillinger i norske distrikter. Tiltaksplanen bør etter komiteens syn inneholde virkemidler på linje med de som ble iverksatt ved fastlegereformen, basert på driftstilskuddsmodell for opprettelse av tannlegepraksis mot forpliktelser til utførelse av såvel offentlig tannhelsearbeid som generell tannbehandling av befolkningen"*.

2. SAMMENDRAG

2.1 Sammendrag av rapportens innhold

I *kapittel 1* gis en kort presentasjon av bakgrunnen for arbeidet og forhold i tannhelsetjenesten som ligger til grunn for behovet for utredning. Videre er arbeidsgruppens mandat og anmodninger fra Stortinget referert.

I *kapittel 3* beskrives utviklingen de siste 15 år og situasjonen på landsbasis med hensyn til samlet utnyttelse og fordeling av tannleger og tannpleiere på landsbasis. Fra 1985 til 2002 har det vært en økning i samlet antall tannlegestillinger på om lag 7 % og en økning i tannpleierstillinger på 78 %. I offentlig sektor er antall tannlegeårsverk redusert, mens antall tannleger i privat sektor har økt. I privat sektor har det vært en vekst helt frem til 2002. De nye årsverkene har i første rekke kommet i større tettsteder og byer.

Prosentvis fordeling av tannlegestillinger og tannlegeårsverk mellom privat og offentlig sektor var i 1985 hhv 38 % og 62 %. I 2002 var fordelingen 23 % i offentlig sektor og 77 % i privat sektor. Den tallmessige økningen i antall tannpleierårsverk har vært like stor i offentlig som i privat sektor. Offentlig sektor står for 69 % av tannpleierårsverkene og privat sektor 31 %. Antall gitte autorisasjoner til tannleger og tannpleiere har vært høyere enn differansen mellom avgangen og antall nye stillinger i privat sektor og utførte årsverk i offentlig sektor. Offentlig sektor har likevel slitt med rekrutteringsproblemer. Andelen ubesatte årsverk var rimelig stabil mellom 1985 og 1997, men økte fra 1997-2000. Fra 2000 til 2002 har andelen ubesatte årsverk på landsbasis gått ned fra 15 % til 12 %.

I *kapittel 4* er det redegjort for de fylkeskommunale tiltak for rekruttering og stabilisering, samt hvorvidt disse antas å ha hatt effekt. Fylkeskommuner med størst mangel på personell har som følge av utviklingen iverksatt flest tiltak for å rekruttere tannleger. Tiltak som medfører høyere lønn eller nedskrivning av studielån tillegges en viss effekt. Fremdeles er det flere fylker som har vedvarende høy ledighet og turnover i tannlegestillingene. I tillegg til disse har flere fylker opplevd periodevise rekrutteringsproblemer. Andre har hatt lite eller ingen problemer. Grovt sett kan fylkene deles inn etter geografiske soner. Fylkene nord for Dovre har hatt/har vedvarende problemer med å rekruttere til ledige stillinger og beholde tannleger. Fylkene omkring indre Oslofjord har få eller ingen problemer med rekrutteringen. De øvrige har periodevise problemer med å rekruttere og beholde tannleger, først og fremst i distriktene.

Endringer i klinikkstruktur kan være viktig for effektiv oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere. I offentlig sektor har det funnet sted en sentralisering av klinikkstrukturen til større klinikkenheter. Flere fylkeskommuner har planer om slik omstrukturering. I enkelte fylker har forslagene møtt politisk og lokal motstand, og ikke blitt gjennomført. Oppgavefordelingen mellom tannleger og tannpleiere i den offentlige tannhelsetjenesten er i mange fylker effektiv i forhold til bruk av ressursene. Likevel er det et potensiale i flere fylker for å endre sammensetning av teamene slik at

forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere blir mindre. I privat sektor er oppgavefordelingen mellom tannlege og tannpleier langt fra ideell på landsbasis. Endringer forutsetter sammenslåing av praksiser. Dette kan også være en viktig forutsetning for den private sektors deltagelse i offentlig tannhelsearbeid utenfor befolkningstette områder.

I *kapittel 5* gis det en summarisk oversikt av forholdene i de øvrige nordiske land. Siden skotske helsemyndigheter er i ferd med å utrede tilsvarende problemstillinger som i Norge, har arbeidsgruppen også innhentet opplysninger derfra. Det er vist i hvilken grad utviklingstrekkene har likheter i våre naboland, og hvorvidt det er eksempler på løsninger og/eller personellressurser å hente i disse landene. En mer omfattende beskrivelse av forholdene i de ulike land fremgår av eget vedlegg til rapporten.

I *kapittel 6* drøftes de utfordringene som arbeidsgruppen mener er de viktigste på området. Følgende forhold løftes frem; 1) ledighet og ustabilitet i den offentlige sektor, spesielt i fylkene fra Sogn og Fjordane nordover til og med Finnmark, 2) yngre tannlegers yrkespreferanser, 3) svakheter i markedet for tannbehandling, 4) oppgavefordeling mellom tannpleier og tannlege, 5) begrenset samarbeid mellom offentlig og privat sektor - sektorinndelingen mellom offentlig og privat sektor og 6) klinikkstruktur i så vel offentlig som privat sektor. I denne forbindelse blir fylkeskommunenes muligheter til selv å kunne løse de utfordringene tannhelsetjenesten står overfor, drøftet.

Gjennomgangen viser at det i stor grad er arbeidsgiversidens beslutninger knyttet til endringer i klinikkstruktur og personellsammensetning som vil legge føringer for utviklingen i tannhelsesektoren. Det spesielt utfordrende i denne sammenheng er at de positive konsekvensene av beslutningene vil kunne bli størst i andre fylker/regioner enn der beslutningen tas og tiltakene gjennomføres. Arbeidsgruppen reiser etter dette spørsmålet om det er tilstrekkelig å overlate til markedet selv å oppfordre til solidaritet på tvers av fylkes- og regionsgrenser. Det er disse betraktningene som danner grunnlaget for arbeidsgruppens vurderinger i kapittel 7 og 8.

I *kapittel 7* drøfter arbeidsgruppen alternative tiltak for å oppnå en hensiktsmessig geografisk fordeling, en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere samt et mer hensiktsmessig samarbeid mellom offentlig og privat sektor. På bakgrunn av merknader fra sosialkomiteens flertall, har arbeidsgruppen også drøftet alternative modeller til dagens offentlige tannhelsetjeneste som kan bidra til å løse rekrutteringsvanskene. Muligheten av kombinasjonsstillinger mellom privat praksis og offentlig tannhelsetjeneste, der den offentlige tannhelsetjenesten ivaretas gjennom deltidsstillinger på timebasis, på linje med den modellen det er lagt opp til for allmennleger med offentlige arbeidsoppgaver, skisseres som ulike varianter. I kapitlet foretar arbeidsgruppen en avveining av de ulike forslag med endelig tilråding og tidsplan for innføring av de foreslåtte tiltakene. Det gis det en nærmere redegjørelse for arbeidsgruppens tilråding i punkt 2.2. nedenfor.

I *kapittel 8* drøfter arbeidsgruppen organisatoriske og eventuelt finansielle grep som på lang sikt kan anses som formålstjenlige når det gjelder geografisk fordeling, oppgavefordeling og samarbeid. Det blir presisert at drøftingene er foreløpige og at mulige modeller må anses som skisser til videre utredningsarbeid. Utredningsarbeidet må blant annet gjennomgå aktuelle offentlige finansieringsordninger. Disse ordningene må vurderes mhp. relevans for tannhelsetjenesten. Et avgjørende aspekt i utredningsarbeidet vil være drøftingen av hvilket finansieringssystem som vil kunne bidra til å fremme tannhelse og redusere kontroller og behandlinger som tannhelsemessig anses som unødvendige.

Kapittel 9 gir en fremstilling av de økonomiske og administrative konsekvenser forbundet ved de tiltak som foreslås iverksatt.

2.2 Nærmere om arbeidsgruppens forslag til tiltak

Beregninger viser at de største utfordringene når det gjelder rekruttering vil være de nærmeste 4-6 år. Det er derfor behov for å øke tilgangen på tannleger. Dette vil gi fylkeskommunene økte muligheter for å rekruttere til ledige stillinger. Ved å legge til rette for rekruttering fra de nye EU-landene vil behovet for tannleger kunne avhjelpes. Det er en forutsetning at de behersker norsk og at de har tilstrekkelig kjennskap til nasjonale fag m.v.. Arbeidsgruppen tilrår derfor at det bevilges statlige midler til dette arbeidet.

Samtlige av arbeidsgruppens medlemmer er også av den oppfatning at en utvidelse av praksisstudiene for tannlegestudentene vil kunne virke positivt inn på tannlegens senere karrierevalg. På denne måten kan en skape økt forståelse hos studentene for den offentlige tannhelsetjenestens funksjon, og hva befolkningsansvar med for eksempel prioriteringer i praksis innebærer. Hovedformålet er å tilrettelegge for at studentene senere vil bli interessert i å søke jobb i den offentlige tannhelsetjenesten og helst også utenfor sentrale områder i landet. Gruppen tilrår derfor at det legges til rette, i form av midler og kompetanse, for at planleggingen av dette tiltaket kan startes umiddelbart.

Videre er arbeidsgruppen av den oppfatning at markedsføringstiltak, særlig rettet mot forbrukerne av tannhelsetjenester, vil kunne ha positiv effekt på den totale etterspørselen av tannhelsetjenester. Arbeidsgruppen mener det er grunn til tro at flere vil henvende seg til tannpleiere dersom kunnskapen om hvilke tjenester denne yrkesgruppen utfører, blir bedre kjent. Gruppen tilrår derfor at Sosial- og helsedirektoratet får i oppdrag å iverksette dette tiltaket.

Når det gjelder mer spesifikke tiltak som først og fremst skal få flere tannleger og tannpleiere til å etablere seg i distriktene, har arbeidsgruppen kommet til at det foreløpig ikke er grunn til å foreslå turnustjeneste, beordringsplikt eller begrensninger i adgangen til å etablere praksis i privat sektor.

I stedet foreslår arbeidsgruppen at staten gjennom tilskuddsordning bidrar til praksissammenslåing og driftstilskuddsordning/næringsstøtte i distriktene blir

iverksatt. .Det kan for eksempel settes vilkår om at det i praksisen skal være tilknyttet tannpleier for å få næringsstøtte. Videre tilrår en samlet arbeidsgruppe at tiltak til fagutvikling mv. knyttes til de som etablerer seg eller tar jobb i distriktene. Midlene kan forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet. På bakgrunn av en utlysning, kan fylkeskommunene søke om midler til utviklingsarbeid. Arbeidsgruppen forventer at enkelte av prosjektene vil ha overføringsverdi, mens andre muligens først og fremst vil ha som formål å bedre situasjonen i regionen. Erfaringene fra de ulike prosjekter bør samles i en sentral informasjonsbank.

Når det gjelder alternative modeller til dagens offentlige tannhelsetjeneste, mener arbeidsgruppen det først og fremst blir viktig at fylkeskommuner og privatpraktiserende samarbeider om nye former for organisering som kan bidra til rekruttering til distrikter med ledighet. I tillegg mener arbeidsgruppen at det må gjøres et grundig utredningsarbeid knyttet til mulige modeller utenfor dagens finansieringsramme.

3. UTVIKLING PÅ TANNLEGE- OG TANNPLEIERMARKEDET

3.1 Innledning

I hele etterkrigstiden og frem til 1980 var det mange nordmenn som studerte odontologi i utlandet. Fra 1956 til 1965 utgjorde denne gruppen flere enn dem som studerte odontologi i Norge. Gjennom opprettelse av tannlegeutdanning i Bergen i 1962 ble utdanningskapasiteten i Norge fordoblet. Utdanningskapasiteten ble så redusert i 1982 fra 123 til 110 og til 105. Siden 1991 har kapasiteten vært 113 per år.

I løpet av perioden 1955 til 1985 økte antallet yrkesaktive tannleger i Norge fra ca. 1850 til drøye 4000, dvs. en økning på ca. 115 %. I samme periode økte innbyggertallet med drøye 20 %. Den store økningen hadde blant annet sammenheng med en omfattende utbygging av den offentlige tannhelsetjenesten gjennom lov om folketannrøkt fra 1949 og utbygging i den kommunale skoletannpleien, samt stor etterspørsel i den voksne befolkning.

Tannpleieryrket er et relativt ungt yrke. Tannpleierutdanning ble tilbudt som sporadiske ettårige kurs i Oslo mellom 1924 og 1947 og mer faste kurs fra 1948 til 1971. Det ble i hele perioden til sammen utdannet 158 tannpleiere. I 1971 startet den toårige utdanningen i Oslo og i 1976 ble det etablert en tannpleierutdanning i Bergen. Utdanningskapasiteten ble ytterligere økt gjennom etablering av et tredje utdanningssted i Tromsø i 1994. Utdanningskapasiteten er i dag på 57 opptaksplasser per år. Hovedbegrunnelsene for etablering av tannpleierutdanning og økning i utdanningskapasiteten var å øke tilbudet av en yrkesgruppe som skulle ha det forebyggende arbeid som hovedoppgave. I dette ligger også en oppsøkende virksomhet overfor grupper med spesielle behov. Tannpleierutdanningene i Oslo og Bergen blir treårige fra 2003.

3.2 Utviklingen i tannlege- og tannpleiermarkedet 1985-2002

Det er knyttet usikkerhet til den statistikk som presenteres i dette kapittel når det gjelder antall tannleger og tannpleiere, ledighet i stillinger og antall årsverk. Størst usikkerhet er knyttet til grunnlagsdata for beregninger av tannleger og tannpleiere i privat sektor, da fylkeskommunene ikke mottar jevnlig rapportering om nyetableringer, ansettelse, og utvidelser av tannlegepraksiser. Tallmaterialet for perioden 1985 til 2000 er hentet fra årsmeldinger om tannhelsetjenesten fra henholdsvis tidligere Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn. Tallmaterialet for 2002 er hentet fra SSB (KOSTRA-tall¹). I tillegg har arbeidsgruppen innhentet data om situasjonen per 1. januar 2003 fra fylkeskommunene. Oversikter over ledighet og utskifting i tannlegestillinger er innhentet av Statens helsetilsyn/Sosial- og helsedirektoratet.

¹ KOSTRA er forkortelse for KOMmune-STat-RApportering. Det er et informasjonssystem basert på rapportering fra kommunene til staten og skal gi informasjon til beslutningstagerer og andre om kommunale virksomheter, tjenesteområder og bruk av ressurser.

Tallene angir imidlertid en hovedretning som arbeidsgruppen antar gir et rimelig bilde av utviklingen.

3.2.1 Tannlegemarkedet

Tabell 1. Utviklingen i tannlegemarkedet fra 1985 – 2000 angitt i antall årsverk for offentlig tannhelsetjeneste og antall tannleger i privat sektor. For 2002 er både det offentlige og private markedet angitt i årsverk.

	Offentlig sektor				
	1985	1990	1995	2000	2002
Tannlege I	653	577	383	230	138
Tannlege II	693	734	854	962	881
Spesialist	38	43	29	25	28
totalt antall årsverk	1384	1354	1266	1217	1047
ledige stillinger i årsverk	55*	91	86	181	156
totalt antall tannlegårsverk	1329	1263	1180	1036	891
	Privat sektor				
	1985	1990	1995	2000	2002**
Tannlege	2003	2100	2190	2342	2671
Spesialist	206	232	272	274	233
totalt antall tannleger i privat sektor	2209	2332	2462	2616	2904
samlet antall offentlig og privat	3538	3595	3642	3652	3795

*Det foreligger ikke ledighetstall fra 1985, men ledigheten antas å ha vært ca. 4%.

Ledighetstall for 2002 er basert på de stillinger som sto ledige per 31.12.02 omregnet til årsverk.

** Årsverk beregnet av SSB ut fra tilgjengelige registerdata.

Det er tatt utgangspunkt i antall utførte hele årsverk i de ulike kategoriene i offentlig sektor. Betegnelsen årsverk er ikke brukt for privat sektor, fordi det foreligger ingen opplysninger om årsverk i privat sektor fra perioden før 2002. KOSTRA-tall for privat sektor er for 2002 basert på registerdata, dvs. en sammenstilling av data fra tilgjengelige registre som helsepersonellregisteret, oversikter over utdanning, register over selvstendig næringsdrivende etc. Tellingstidspunktet for registerdata er 1. oktober og tallene er i følge SSB basert på årsverk.

Tabellen viser at i perioden 1985 til 2002 har samlet antall årsverk/stillinger økt fra 3538 til 3795 inkludert spesialister (økning på 257). Tannlegestillinger på de odontologiske fakultetene og i forsvaret er ikke medregnet. Universitetsansatte tannleger utgjør ca. 150-200, og antallet er rimelig stabilt over tid. Flere av disse har

deltidspraksis i privat sektor, og dette er inkludert i KOSTRA-tall for 2002. Forsvarets ansatte og vernepliktige tannleger utgjør til sammen ca 30 per 2002.

I perioden 1985 til 1990 var den samlede økningen i antall årsverk/stillinger 57, i perioden 1990 til 1995 var økningen 47 og 10 fra 1995 til 2000. Fra 2000 til 2002 er antall tannlegeårsverk i offentlig sektor redusert med 145, mens det i privat sektor har vært en økning med 288. Stillingene som tannlege I i offentlig sektor er årsverk basert på 1282,5 t og tilsvarer 80 % av et tannlege II årsverk som er på 1620 timer. Det tilsettes ikke lenger nye tannleger i tannlege I-stillinger. Av oversikten i tabell 1 går det frem at antallet tannleger i denne stillingskategorien er betydelig redusert siden 1985. Samtidig har antall tannlege II-stillinger økt, slik at reduksjonen i årsverk ikke er så stor som det reelle tallet tilsier.

Tallene for 2000 og 2002 i privat sektor er ikke direkte sammenlignbare, se foran. Tallene for 2002 må imidlertid anses som de mest pålitelige tall, og disse er direkte sammenlignbare med tallene i offentlig sektor. Tabell 1 viser at per 31.12.2002 utgjør hhv tannlegeårsverkene/stillingene i offentlig sektor 23 % og i privat sektor 77 % av det samlede antallet i den utøvende tannhelsetjenesten. Tilsvarende andel i 1985 var 38 % i offentlig sektor og 62 % i privat sektor. Det betyr at i løpet av perioden 1985-2002 har forholdstallet mellom offentlig og privat sektor endret seg fra henholdsvis 2:3 til nærmere 1:3.

Videre viser tabell 1 at veksten i det samlede tannlegemarkedet kan ha vært større fra 2000 til 2002, enn for hele perioden fra 1985 til 2000. Her må det tas forbehold.

Utviklingen i offentlig sektor

I offentlig sektor er antall hele stillinger/utførte årsverk (korrigert for ledighet) gått ned fra 1329 i 1985 til 891 i 2002 (reduksjon på 438, dvs ca. 33%). Reduksjonen kan blant annet forklares med bedring i tannhelse, effektivisering i tjenesten, økning i antall ubesatte stillinger, flere tannpleiere og endringer i oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere. Antall ledige årsverk har økt med 100 i samme periode (fra 55 til 156 årsverk) med flest registrerte ubesatte årsverk i 2000 på 181 årsverk.

Fra 70-tallet og fram til første del av 80-tallet var tilgangen på tannleger til offentlige stillinger tilfredsstillende. Fra siste halvdel av 80-tallet ble rekruttering av tannleger vanskeligere i deler av landet, spesielt i de nordligste fylkene. Dette har delvis sammenheng med redusert utdanningskapasitet i Norge og stort frafall i studiet (enkelte år opp til 40 %). Fram til og med første halvdel av 90-tallet ble etterspørselen delvis kompensert ved rekruttering av tannleger fra Danmark. Tilgangen på danske tannleger avtok fra 92/93 og ble avløst av god rekruttering av svenske tannleger. Dette vedvarte fram til 97/98. Som eksempel kan nevnes at i perioden 1994-1997 hadde 40-50 % av nyansatte tannleger i de nord-norske fylkene utdanning fra Sverige. I 1997 ble det i Nordland tilsatt 27 tannleger med utdanning fra Sverige. I 2001 og 2002 var dette redusert til hhv. 4 og 7.

Fra 1999 til og med 2002 har det vært rekruttert 70 tannleger fra utlandet (hovedsakelig med utdanning fra Tyskland) til offentlige stillinger gjennom Aetat helserekruttering. Fra 1998 til 2001 er antall tannleger fra nordiske land som er gitt norsk autorisasjon redusert fra 62 til 26 per år.

Tabell 2: Tannleger med utdanning fra utlandet i offentlig sektor fra 1999 til 2002.

	Sverige	Danmark	Finland	Andre	Totalt	Andel utenlandske tannleger i off. sektor
Per 01.01.1999	95	20	8	43	168	15 %
Per 01.10.2001	47	20	10	59	136	13 %
Per 01.10.2002	31	15	8	75	129	12 %

Tabell 2 viser at antall tannleger fra Sverige ansatt i offentlig sektor i Norge er redusert fra 95 til 31 i perioden 01.01.99 til 01.10.02. Økningen av tannleger med utdanning fra andre land enn de nordiske tilskrives Aetats rekruttering av tyske tannleger. Ved registreringen 1. oktober 2002 var de fleste tannleger med utdanning fra Tyskland i Møre og Romsdal. Fra Trøndelag og nordover var de fleste med utenlandsk utdanning og statsborgerskap fra øvrige nordiske land. De som kommer i kategorien "andre" er spredd over hele landet, men halvparten befinner seg i fylkene fra Møre og Romsdal og nordover. Det foreligger ikke nyere tall over den fylkesvise fordelingen av utenlandske tannleger i offentlig sektor, men arbeidsgruppen er kjent med at rekrutteringen fra Tyskland har vært god i den senere tid. Første halvår i 2003 ble det inngått kontrakter med 37 tannleger med tysk autorisasjon.

På landsbasis var andelen ubesatte offentlige tannlegeårsverk i gjennomsnitt 3-4 % på 80-tallet og 5-7 % på 90-tallet frem tom 1997. I 1998 var andelen 10 % og den økte til 13 % i 1999 og 15 % i 2000 for deretter å bli redusert til 13 % i 2001 og 12 % per 01.01.03. Det var med andre ord mer enn en fordobling av ledigheten på 3-4 år fra 1997 til 2000. Samtidig var det en reduksjon i antall offentlige stillinger, slik at den samlede årsverkinnnsatsen av tannleger ble betydelig redusert, se tabell 1.

Det har i perioder vært høy ledighet i Rogaland, Hedmark og Oppland. Fra og med 1990 har det vært tilnærmet konstant høy ledighet i tannlegestillingene fra og med Sogn og Fjordane og nordover til Finnmark (over 20 % ledige stillinger i alle disse 7 fylkene i 2000). Det er i de senere år blitt flere fylker som har opplevd perioder med ledige stillinger, mens andre i liten eller ingen grad har opplevd rekrutteringsproblemer som Østfold, Oslo, Akershus, Buskerud og Vestfold. Antall ubesatte tannlegestillinger i form av årsverk er også per 01.01.03 høyest i de fire nordligste fylkene i tillegg til Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal. Fra og med Møre og Romsdal og nordover har alle mer enn 20 % ubesatte årsverk og Nordland har 27,5 %. Oslo og Vestfold har til samme tid ingen ubesatte tannlegeårsverk.

Fylkene har rapportert at 123 årsverk av de ledige stillingene ville blitt besatt hvis det hadde vært søkere. De 22,8 årsverkene som ikke ville ha blitt besatt er stillinger i Akershus, Hedmark, Buskerud, Hordaland, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og Finnmark.

Spesielle problemer i de nordligste fylker

I fylker med mange ledige stillinger har det også vært stor utskiftning av tannleger (turnover²). Turnoveren har forsterket rekrutteringsproblemene. Til tider har den vært svært høy i Sogn og Fjordane og fylkene i Nord-Norge (opptil 29 %) og også i andre fylker (Rogaland). En kartlegging av ledighet og utskifting i tannlegestillinger i offentlig tannhelsetjeneste i Nord-Norge i årene 1991-1997³ viste at:

- Gjennomsnittlig antall tannleger som sluttet per år tilsvarte 23 % av antall stillingshjemler i perioden. Andelen årlige fratredelser varierte fra 14 til 35 % med en stigende tendens de siste år av perioden.
- Hver tredje tannlege som sluttet i faste stillinger hadde vært ansatt i under ett år. I 1996 var andelen hele 40 %. Entannlegeklinikker hadde større andel tannleger som sluttet i løpet av sitt første ansettelsesår enn flertannlegeklinikker.
- Vel halvparten av tannlegene som sluttet, begynte i nye offentlige stillinger, en fjerdedel begynte i privat praksis. For den resterende del mangler det opplysninger om videre yrkesaktivitet, eller de gikk ut av tannlegeyrket.
- En stadig økende andel av de som sluttet flyttet ut av fylket de var tilsatt i. I 1996 flyttet 84 % av tannlegene som sluttet ut av fylket.
- Det ble årlig i gjennomsnitt tilsatt et antall tannleger som tilsvarte 22 % av landsdelens antall stillingshjemler. I 1996 fikk mer enn hver tredje stillingshjemmel ny tannlege.
- Andelen nytilsatte tannleger med utdanning fra Norge har gradvis blitt redusert, og utgjorde 37 % i 1997. I Nordland hadde en av fem nytilsatte tannleger i 1997 norsk utdanning som tannlege.
- Nord-Norge har en stabil kjerne av tannleger som kjennetegnes med familiær tilknytning til landsdelen. Hver tredje av de stabile tannlegene kan gå av med pensjon innen 2008.

En kartlegging av situasjonen høsten 1998 viste at problemene nevnt ovenfor forsterket seg. Hver fjerde tannlegeklinikk i Nord-Norge var uten tannlege per 01.09.98.

De offentlige tannlegestillingene i Nordland utgjør om lag halvparten av de offentlige tannlegestillingene i Nord-Norge. For å synliggjøre utviklingen i Nord-Norge presenteres utviklingen i Nordland. Tabell 3 (under) er hentet fra årsrapport for tannhelsetjenesten i Nordland for 2002. Den viser ledighet og skifte i tannlegestillinger i fylket fra 1996 til 2002. I en kommentar i årsrapporten fremkommer det at selv om antall ledige stillinger har gått ned fra 2001 til 2002 med 6 ved registreringspunkt 31.12, har den samlede årsverksinnsatsen blitt lavere. Dette forklares med tapte årsverk på grunn av at stillinger står ledig i lengre perioder inntil de blir besatt. Ifølge årsrapporten

² Turnover er personalomsetning regnet som antall fratredelser delt på gjennomsnittlig antall stillinger

³ Lars Inge Byrkjeflot, 1998

fra Nordland er tannlegemangelen så alvorlig, at tannhelsetjenesten har vansker med å oppfylle sine forpliktelser etter lov om tannhelsetjenesten i hele fylket.

Tabell 3: Ledighet og skifte i offentlige tannlegestillinger i Nordland

	Ledighet og skifte i tannlegestillinger per 31.12.						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Totalt antall stillinger	103	104	104	104	104	102	102
Tilsatte tannleger							
- norske	68	62	55	56	60	57	67
- danske	3	3	2	1	1	1	1
- svenske	22	27	18	23	13	4	7
- finske	1	1	1	0	1	0	6
- andre	0	0	2	3	5	6	6
Nytilsetninger	25	27	23	25	16	8	16
- aetatsvikarer *					7	12	13
Ledige stillinger	9	11	26	24	24	34	28

*Vikarer formidlet gjennom Aetats vikarordning for tannleger har vært ansatt for et varierende antall uker. Til sammen utgjør vikarene h.h.v. 3, 5 årsverk og 3,8 årsverk i 2001 og 2002.

Tallene viser at tannleger fra øvrige nordiske land er betydelig redusert. Foreløpig ser det ut til at ledigheten kulminerte i 2001. Selv om antall nytilsetninger var 23 i 1998 og 25 i 1999, var det likevel henholdsvis 26 og 24 ledige stillinger. Tallene for nytilsatte og ledige stillinger kan tyde på at Nordland har en "kjerne" av stabile tannleger som utgjør 50-55 % av tannlegene. I de øvrige 45-50 % av stillingene er det enten hyppig utskifting av tannleger eller stillinger står ubesatte over lengre tid.

I rapporteringen til arbeidsgruppen har Oppland, Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag ikke oppgitt omfang av turnover i tannlege- og tannpleierstillinger. Gjennomsnittet for de fylkene som har rapportert er 13,2 % i 2001 og 12,5 % i 2002. Aust-Agder, Rogaland og Troms har alle hatt en turnover for tannlegestillingene på 20 % eller mer både i 2001 og 2002. Hordaland har hatt 16 % og 17 % turnover de angjeldende år, mens Finnmark hadde 21 % i 2002 og 14 % i 2001.

Utviklingen i privat sektor

Tabell 1 viser at i perioden 1985-2000 har den private sektor økt med oppunder 700 tannleger fra 2.209 til 2.904 (31 % økning). Registreringer viser variasjoner fra år til år. Fra 1986 til 1987 økte antall yrkesaktive tannleger med 180, mens fra 1989 til 1990 minket antallet med 52. Fra 1990 til 1999 var det en årlig økning på mellom 20 og 50 tannleger. Økningen i antall tannleger i privat sektor i perioden 1985 til 2000 kan i

hovedsak forklares med økning i voksenbefolkningen, fri etableringsrett og fri prissetting fra 1995, økt kjøpekraft og høy etterspørsel. En kartlegging av tannlegestudentenes yrkespreferanser⁴ i 2001 og 2002 viste at 55 % ville foretrekke jobb i privat sektor, se kapittel 4.5.

Fylkestannlegene i Rogaland, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms er blitt anmodet om å frembringe opplysninger om utviklingen i privat sektor i og omkring de største byene (dvs. Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø). I følge befolkningsstatistikk fra SSB har kommunenes folkemengde i perioden 1985-2002 økt i Oslo med ca. 65.000, Stavanger med ca. 15.500, Bergen med ca 26.000, Trondheim med ca. 17.500 og Tromsø med ca. 13.000.

Tall for Oslo er hentet fra årsmeldinger fra Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn for perioden før 2002, og KOSTRA-tall fra SSB for 2002, publisert i juni 2003. Tallene for 2002 og de øvrige årstall er ikke direkte sammenlignbare, men gir en klar pekepinn på utviklingen. For de øvrige byer er tallene basert på fylkeskommunenes rapportering. Samlet antall tannleger og tannlegespesialister i Oslo har økt fra 475 i 1988 til 509 årsverk i 2002. Befolkningstallet i samme tidsrom økte med 65 000.

Tannlegespesialistene utgjorde 51 personer i 1988 og 36 årsverk i 2002. Antall allmennpraktikere i privat sektor i 1988 var 424, og utgjorde 473 årsverk i 2002. Det har blitt noen flere tannpleiere i privat sektor i Oslo. Mens det i 1985 var 24 privatpraktiserende tannpleiere, utgjorde de i 2002 28 årsverk. Gjennomsnittlig innbyggertall per tannlegeårsverk offentlig og privat samlet i Oslo har økt fra ca. 800 i 1985 til 893 i 2002 (da telles antall privatpraktiserende i 1985 som årsverk).

Antall privatpraktiserende tannleger i Stavanger (inkl. Sola og Randaberg) viser en stabilitet i perioden fra 1988 til 2002 (hhv. 76 og 72 tannleger). Det har vært en økning i antall allmennpraktiserende tannleger i kommunene rundt Stavanger. Økningen var størst i Sandnes der antall tannleger økte fra 25 i 1988 til 32 i 2002. Samlet økning i antall privatpraktiserende allmennpraktikere og spesialister i Rogaland for perioden 1988 til 2002, opplyses fra fylkestannlegen å ha vært 16 tannleger.

I Bergensområdet har den største økningen i antall tannleger i 10-årsperioden fra 1991 til 2001 kommet utenom selve byen. Her var økningen på 22 tannleger (fra 50 til 72). Av disse har de fleste etablert seg i nabokommunene til Bergen der det har vært en sterk økning i folketallet. I Bergen økte antall tannleger i samme tidsrom med 10 (fra 182 til 192).

Det tyder på at det har vært en vekst i privat sektor i Trondheim. Svært mange av de private har tatt inn en eller flere unge tannleger i sin praksis i god tid før de selv avslutter. I en del tilfeller er entannlegepraksiser utvidet til praksis med 2-3 tannleger når den opprinnelige praksiseieren nærmer seg pensjonsalder og trapper ned yrkesaktiviteten. Fylkestannlegen i Sør-Trøndelag er ikke kjent med at det siden 1985 har blitt nedlagt noen praksis uten at en eller flere tannleger har tatt over.

⁴ Holst, Grytten og Skau, Den norske tannlegeforenings tidende 2002; 112 nr 15

Det er for tiden 47 private tannleger og 11 private tannpleiere i Tromsø. Dette er en økning på henholdsvis 8 tannleger og 9 tannpleiere siden 1988. En generell kommentar til utviklingen i privat sektor i fylket er at det har vært en moderat vekst i Tromsø by, kombinert med et generasjonsskifte de siste 10 årene. Det er også verdt å merke seg at tannpleiere utgjør en ikke uvesentlig del av det private tilbudet.

Som en oppsummering kan det konkluderes med at det har vært en vekst i privat sektor i de største byene Oslo, Tromsø og Trondheim samt nabokommunene til Bergen og Stavanger. Den relative veksten i privat sektor har imidlertid ikke vært større enn veksten i innbyggertall i disse områdene.

3.2.2 Utviklingen i årsverk for tannpleiere

Det ble opprettet 100 nye årsverk i offentlig sektor i perioden fra 1985 til 2002 (fra 223 til 323). I perioden 1985 til 1990 varierte den årlige andelen ubesatte tannpleierstillinger i offentlig sektor mellom 12 og 19 %. Fra 1990 og frem til 01.01.03. har den på landsbasis vært rimelig stabil omkring 10 %.

Fylkeskommunene opplyser at det per 01.01.2003 er høyest andel ubesatte tannpleierårsverk i Oppland og Buskerud med henholdsvis 36,4 % og 26 %. Seks fylker har ingen ledighet i tannpleierstillinger (Østfold, Oslo, Hedmark, Aust-Agder, Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal). Av 37,7 ubesatte tannpleierårsverk, ville 4,4 ikke blitt besatt hvis det hadde vært søkere. Stillingene er fordelt mellom Akershus, Buskerud, Telemark og Hordaland.

Oppland, Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag har ikke oppgitt omfang av turnover i tannpleierstillinger. Gjennomsnittlig turnover for de fylker som har rapportert for 2001 var på 5,5 % og 8,1 % i 2002. Størst turnover i 2001 hadde Oslo og Akershus på hhv 20,5 % og 17,4 %. Troms hadde 15,5 % i 2001 og 16 % i 2002. Buskerud, Aust-Agder og Vest-Agder hadde turnover på 20 %, 16 % og 15 % i 2002.

I en undersøkelse fra 1999 (Statens helsetilsyn) om tannpleiernes yrkesutøvelse fremgår det at 65 % av respondentene var yrkesaktive som tannpleiere. Det vises i undersøkelsen til en kartlegging fra 1987 som viste til at 77 % av tannpleierne utdannet i perioden 1960 til 1983 arbeidet i en tannpleierstilling. De aller fleste som ikke arbeidet som tannpleier var i annet lønnet arbeid.

En oversikt fra SSB viser at det er et visst omfang av deltidsstillinger. I 2002 var til sammen 367 tannpleiere i offentlig sektor fordelt på 323 årsverk, dvs. i gjennomsnitt 0.88 årsverk per tannpleier.

Det foreligger ingen oversikt over utførte tannpleierårsverk i privat sektor for årene før 2002. Hvis man likevel regner antall stillinger i privat sektor som årsverk, har antall besatte tannpleierstillinger/årsverk samlet for privat og offentlig sektor i perioden fra 1985 til 2002 økt med 78 %. Dette tilsvarer 206 stillinger/årsverk fra 263 til 469. Fra 1999 til 2002 var økningen på 89 (fra 380 til 469). Økningen i tannpleierstillinger i

kombinasjon med nedgang i antall tannlegestillinger/årsverk, har ført til en betydelig endring i forholdstallet mellom tannpleiere og tannleger på landsbasis. Sammenstillingen i tabell 4 viser utviklingen i forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere sektorvis. Beregningen er gjort på grunnlag av tall for årsverk korrigert for ubesatte stillinger, hentet fra årsmeldinger for tannhelsetjenesten 1985-2000, KOSTRA-tall 2002 fra SSB for privat sektor og fylkeskommunenes tall for 2002 for offentlig sektor (per 01.01.2003).

Tabell 4: Forholdstall mellom tannlege og tannpleier i offentlig og privat sektor på landsbasis

Offentlig sektor	
1985	5,9:1
1992	5,1:1
2000	3,6:1
2002	3,2:1
Privat sektor	
1985	34,5:1
1992	29,4:1
2000	25,3:1
2002	20,0:1

Beregningene er gjort ut fra antall utførte årsverk ifølge årsmeldinger for tannhelsetjenesten og tall fra fylkestannlegene over besatte årsverk per 01.01.03.

Tabellen viser at antall tannpleierårsverk i forhold til antall tannlegeårsverk i offentlig sektor er mer enn fordoblet i perioden 1985-2002. Dette er en ønsket utvikling. Forholdstallet ville imidlertid vært høyere hvis flere av de ledige tannlegestillinger hadde vært besatt. I privat sektor har det også skjedd en ønsket utvikling, men forholdstallet er betydelig lavere. Forholdstallet for årene før 2002 i privat sektor er basert på antall stillinger/personer, ikke årsverk.

3.2.3 Fylkesvis utvikling i antall årsverk for tannleger og tannpleiere i perioden 1992-2002.

Tabellene 5 til 9 bygger på tall fra ulike kilder. Tall for utførte årsverk i offentlig sektor og stillinger i privat sektor for årene 1992, 1996 og 2000 er hentet fra årsmeldinger for tannhelsetjenesten fra Statens helsetilsyn. Tall for offentlig sektor i 2002 er en oversikt fra fylkeskommunene til arbeidsgruppen over situasjonen i det enkelte fylke oppgitt i antall årsverk per 01.01.03. Alle tall fra offentlig sektor er korrigert for ubesatte stillinger. Fylkeskommunenes innsendte tallmateriale til arbeidsgruppen avviker fra tallene i Fylkes-KOSTRA fra SSB for 2002, se tabell 1. Opplysninger om privat sektor i 2002 er hentet fra SSBs Fylkes-KOSTRA og viser utførte årsverk beregnet fra registerdata.

Tallene inkluderer spesialister og offentlig sektors kjøp av tjenester fra privatpraktiserende. Sistnevnte utgjorde 11 årsverk i 1992, 10 årsverk i både 1996 og 2000, og 13 årsverk i 2002. Antall offentlige tannlegeårsverk i årene 1992-2000 er omregnet til tannlege II-stillinger som tilsvarer 1648,8 t/år.

Tabell 5: Fylkesvis utvikling i antall tannlegeårsverk offentlig sektor 1992-2002

	Tannlege- årsverk offentlig 1992	Tannlege- årsverk offentlig 1996	Tannlege- årsverk offentlig 2000	Tannlege- årsverk offentlig 01.01.03	Samlet endring for hele perioden
Østfold	48,9	50,1	36,6	49,0	0,1
Akershus	95,9	94,5	84,5	79,8	-16,1
Oslo	49,8	51,5	57,3	65,2	15,4
Hedmark	48,9	43,4	39,5	39,5	-9,4
Oppland	46,6	47,2	42,4	45,0	-1,6
Buskerud	57,2	60,6	56,2	54,0	-3,2
Vestfold	35,0	30,0	28,4	33,3	-1,7
Telemark	51,3	46,0	41,7	36,3	-15,5
Aust-Agder	28,1	28,9	28,3	26,7	-1,4
Vest-Agder	33,3	36,6	32,8	35,0	1,7
Rogaland	84,9	84,6	84,5	91,0	6,1
Hordaland	124,3	130,7	116,5	127,3	3,0
Sogn og Fjordane	38,1	40,4	25,3	38,0	-0,1
Møre og Romsdal	63,9	63,4	56,1	61,1	-2,8
Sør-Trøndelag	73,7	59,3	53,7	64,0	-9,7
Nord-Trøndelag	39,0	38,0	33,8	35,2	-3,8
Nordland	93,9	86,0	83,2	74,0	-19,9
Troms	66,6	68,0	54,3	56,6	-10,0
Finnmark	43,4	47,0	37,0	33,0	-10,0
Totalt	1126	1106,2	992,1	1043,9	-82,1

Samlet antall årsverk per 01.01.03 avviker fra antall offentlige årsverk publisert i KOSTRA for 2002. Dette kan forklares med at fylkeskommunene har rapportert om stillinger oppgitt i årsverk per 01.01.03. KOSTRA-tall viser antall utførte årsverk i 2002. Det fremkommer ikke om alle fylkeskommuner har foretatt omregning av årsverk fra tannlege med 1285 t/år til tannlege med 1648,8 t/år. Det er i følge KOSTRA-tall 138 tannleger med 1285 t/år i offentlig tannhelsetjeneste i 2002. Hvis ingen av disse er omregnet til 1648,8 t/år, betyr dette at samlet oversikt over offentlige tannlegeårsverk per 01.01.03 må reduseres med 30 årsverk.

Tabellen viser en samlet reduksjon på 82 årsverk. 50 % av reduksjonen (40 årsverk) har vært i de tre nordligste fylkene, hvor ca. 10 % av landets befolkning befinner seg. For øvrig er det stor reduksjon i Akershus og Telemark. En økning i besatte årsverk har funnet sted i Oslo, Vest-Agder, Rogaland og Hordaland.

Tabell 6: Fylkesvis utvikling i antall tannleger i privat sektor 1992-2002

	Tannleger i privat sektor 1992	Tannleger i privat sektor 1996	Tannleger i privat sektor 2000	Tannlege- årsverk i privat sektor 2002	Samlet endring for hele perioden
Østfold	128,0	128,8	132,5	170,8	42,8
Akershus	228,6	251,2	249,2	348,3	119,7
Oslo	507,0	571,0	589,0	508,5	1,5
Hedmark	87,5	86,9	98,0	98,6	11,1
Oppland	93,0	93,0	88,5	103,1	10,1
Buskerud	127,1	127,5	144,4	146,7	19,6
Vestfold	136,0	134,0	145,0	158,7	22,7
Telemark	86,0	90,0	90,4	105,2	19,2
Aust-Agder	45,7	48,3	50,0	58,5	12,8
Vest-Agder	82,4	85,6	91,0	98,3	15,9
Rogaland	182,0	184,0	189,0	230,2	48,2
Hordaland	289,7	310,2	310,2	301,6	11,9
Sogn og Fjordane	41,0	37,3	41,0	48,5	7,5
Møre og Romsdal	87,0	96,0	114,0	142,5	55,5
Sør-Trøndelag	108,0	110,0	96,7	123,9	15,9
Nord-Trøndelag	44,0	46,0	50,5	49,8	5,8
Nordland	70,8	65,6	73,5	105,7	34,9
Troms	41,0	45,0	51,3	80,9	39,9
Finnmark	8,5	10,0	12,0	24,3	15,8
Totalt	2391,3	2520,3	2616,2	2904,1	512,7

Som beskrevet foran må det her tas forbehold når det gjelder sammenligningen per 2002 med hhv. 1992, 1996 og 2000. Tall før 2002 er hentet fra årsmeldinger og er basert på fylkeskommunenes egne oversikter over *antall* privatpraktiserende tannleger, mens tallene for 2002 er hentet fra registerdata i SSBs Fylkes-KOSTRA som er basert på *årsverk*. Tabellen viser at det har vært en vekst i privat sektor på 225 tannleger i perioden 1992 til 2000. Fra 2000 til 2002 viser tabellen en ytterligere økning med 288 (jfr. usikkerhet i registrering). Veksten i privat sektor i hele perioden 1992-2002 kan dermed på landsbasis være opp mot ca. 500 tannlegeårsverk.

Hvis det tas utgangspunkt i at antall tannleger i årene før 2002 tilsvarer samme antall årsverk, har det vært en vekst i privat sektor i alle fylker. Veksten har vært spesielt stor i Østfold, Akershus, Rogaland, Møre og Romsdal, Nordland, Troms og Finnmark. Veksten i disse fylkene representerer 70 % av den totale økningen. I samme periode er antallet uendret i Oslo. Innen denne tiårsperioden ser vi imidlertid store fylkesvise variasjoner. De nord-norske fylker, Sør-Trøndelag og Østfold, Akershus og Møre og Romsdal har hatt hovedtyngden av sin vekst i perioden 2000-2002. Oslo og Hordaland

hadde en vekst på midten av 90-tallet, men antall privatpraktiserende har gått ned i perioden 2000-2002. Antall tannleger/årsverk i Oslo er redusert fra 2000 til 2002. Det kan også synes å være en liten reduksjon i Hordaland. Reduksjonen i antall tannleger i Oslo bekreftes også av Oslo tannlegeselskap som har meddelt en nedgang i medlemstallet for yrkesaktive tannleger.

Tabell 6 sammenholdt med resultatene av storby-kartleggingen omtalt foran, viser at veksten i privat sektor har funnet sted i alle fylker, og er ikke spesielt knyttet til store byer uten at det kan forklares med stor vekst i befolkningstall.

Tabell 7: Fylkesvis utvikling i antall tannpleierårsverk i offentlig sektor 1992-2002

	Tannpleier- årsverk offentlig 1992	Tannpleier- årsverk offentlig 1996	Tannpleier- årsverk offentlig 2000	Tannpleier- årsverk offentlig 01.01.03	Samlet endring for hele perioden
Østfold	4,5	5,6	7,0	7,0	2,5
Akershus	21,9	26,6	35,4	35,4	13,5
Oslo	14,6	20,8	35,0	35,0	20,1
Hedmark	13,0	13,0	15,4	15,4	2,4
Oppland	2,6	6,9	7,0	7,0	4,3
Buskerud	12,5	14,0	19,5	19,5	7,0
Vestfold	8,1	14,0	17,7	17,7	9,6
Telemark	5,2	6,3	5,9	5,9	0,7
Aust-Agder	4,0	4,5	6,3	6,3	2,3
Vest-Agder	3,0	5,6	11,0	11,0	8,0
Rogaland	15,0	17,7	22,0	22,0	7,0
Hordaland	26,6	20,3	23,2	23,2	-3,4
Sogn og Fjordane	10,5	9,2	9,9	11,0	0,5
Møre og Romsdal	9,2	11,8	12,9	13,0	3,8
Sør-Trøndelag	10,5	11,1	16,2	19,0	8,5
Nord-Trøndelag	5,4	8,0	7,6	9,0	3,6
Nordland	20,4	19,6	16,3	23,5	3,1
Troms	17,9	18,3	22,8	22,4	4,5
Finnmark	15,2	17,0	17,0	20,0	4,8
Totalt	220,2	250,2	278,1	323,3	102,1

Tabellen viser at det er 102,1 flere besatte tannpleierårsverk per 01.01.03 enn i 1992, noe som betyr en økning på 46,2 % i løpet av perioden. Det har vært en økning i alle fylker unntatt Hordaland der det har vært en nedgang i antall årsverk på 3,4. Antall tannpleierårsverk har økt mest i Oslo og Akershus (20 og 13,5 årsverk), mens det har vært en relativt stor økning i Buskerud, Vestfold, Vest-Agder, Rogaland og Sør-Trøndelag.

Som det fremgår av tabell 5 hadde Oslo størst økning i antall tannlegeårsverk i offentlig sektor. Akershus hadde etter Nordland størst reduksjon i samme periode. Fylkene fra Møre og Romsdal til Finnmark har alle hatt en økning i antall tannpleierårsverk samtidig som de har hatt en reduksjon i antall tannlegeårsverk. Telemark har hatt en betydelig reduksjon i antall tannlegeårsverk (15,5 tilsvarende ca. 30 %) mens antall tannpleierårsverk har økt med beskjedne 0,7. I Sogn og Fjordane har det også vært en beskjeden økning i tannpleierårsverk på 0,5. Antall tannlegeårsverk har vært uendret.

Tabell 8: Fylkesvis utvikling i antall tannpleiere i privat sektor 1992-2002

	Tannpleiere privat sektor 1992	Tannpleiere privat sektor 1996	Tannpleiere privat sektor 2000	Tannpleier- årsverk i privat sektor 2002	Samlet endring for hele perioden
Østfold	3,0	5,5	8,0	10,7	7,7
Akershus	4,2	8,7	7,5	5,4	1,2
Oslo	20,0	17,0	18,0	27,8	7,8
Hedmark	2,0	3,4	4,0	7,3	5,3
Oppland	1,0	4,0	3,0	1,0	0,0
Buskerud	3,0	4,5	5,0	4,9	1,9
Vestfold	5,0	*	*	7,3	2,3
Telemark	0,5	1,0	2,7	1,6	1,1
Aust-Agder	*	0,5	0,8	1,7	1,7
Vest-Agder	1,0	3,3	6,0	7,9	6,9
Rogaland	*	*	*	17,2	17,2
Hordaland	18,5	23,0	23,0	27,6	9,1
Sogn og Fjordane	1,0	5,0	*	5,7	4,7
Møre og Romsdal	3,0	2,0	2,0	2,1	-0,9
Sør-Trøndelag	4,0	4,5	4,0	5,2	1,2
Nord-Trøndelag	0,2	0,0	0,5	0,5	0,3
Nordland	3,1	3,0	5,0	3,0	-0,1
Troms	2,0	2,4	11,0	5,9	3,9
Finnmark	0,5	*	3,0	3,2	2,7
Totalt	72,0	87,8	103,5	146,0	74,0

* Det er ikke registrert/rapportert tall.

Tannpleiere i privat sektor før 2002 er oppgitt i antall stillinger, ikke årsverk. Tall for 2002 er antall årsverk beregnet av SSB etter registerdata. Tabell 8 viser en økning i antall tannpleierstillinger/årsverk fra 1992 til 2002 på inntil 74. Dette må imidlertid justeres ned, ettersom det i Vest-Agder og Rogaland ikke foreligger tall for 1992. Hvis det legges til grunn at økningen i disse to fylkene har vært på til sammen 10 tannpleierårsverk, får vi en samlet økning på ca. 65 tannpleierstillinger/årsverk.

Det har vært en økning i private tannpleierstillinger/årsverk i alle fylker unntatt i Oppland, Møre og Romsdal og Nordland. I Møre og Romsdal ble antallet i 10 årsperioden redusert med 1 mens det i samme periode ble 55,5 flere privatpraktiserende tannleger, jfr. tabell 6. Den største økningen i antall tannpleiere i privat sektor har kommet i Østfold, Oslo og Hordaland. For de to sistnevnte har økningen funnet sted i perioden 2000-2002.

Med forbehold om forskjellig registrering for privat sektor før og etter 2002 viser tabellene 5-8 at den samlede økningen i antall årsverk/stillinger for hele perioden 1992-2002 er på omlag 430 tannleger og 170 tannpleiere. Dette kan forklares med forskjellig registrering fra fylkeskommunal rapportering til registerdata fra SSB. Sistnevnte kan være mer korrekt. Det opplyses også fra SSB om at antall årsverk er lavere enn antall stillinger. Det er spesielt i de to siste årene at vi har sett den største økningen i privat sektor både for tannleger og tannpleiere. I offentlig sektor har det vært en jevn nedgang i antall årsverk for tannleger og en jevn økning i antall årsverk for tannpleiere.

Tabell 9 Utviklingen på tannlege- og tannpleiermarkedet i forhold til fylkesvis utvikling i folketallet for perioden 1992 til 2002.

	Økning i folkemengde i perioden 1992-2002	Økning i antall tannlege-stillinger/årsverk (off og priv) i perioden	Økning i antall tannpleier-stillinger/årsverk (off og priv) i perioden
Østfold	14435	42,9	10,2
Akershus	55885	103,6	14,7
Oslo	45148	16,9	27,9
Hedmark	526	1,7	7,7
Oppland	689	8,5	4,3
Buskerud	14137	16,4	8,9
Vestfold	16909	19,5	11,9
Telemark	2755	3,7	1,8
Aust-Agder	5195	11,4	3,0*
Vest-Agder	11900	17,6	14,9
Rogaland	39551	54,3	16,0*
Hordaland	24195	14,9	5,7
Sogn og Fj.	467	7,4	5,2
Møre og Roms.	5177	52,7	2,9
Sør-Trøndelag	13542	6,2	9,7
Nord-Trønd.	-7	2,0	3,9
Nordland	-2334	15,0	3,0
Troms	3705	24,9	8,4
Finnmark	-1443	5,8	7,5
totalt	250432	430,6	167,1*

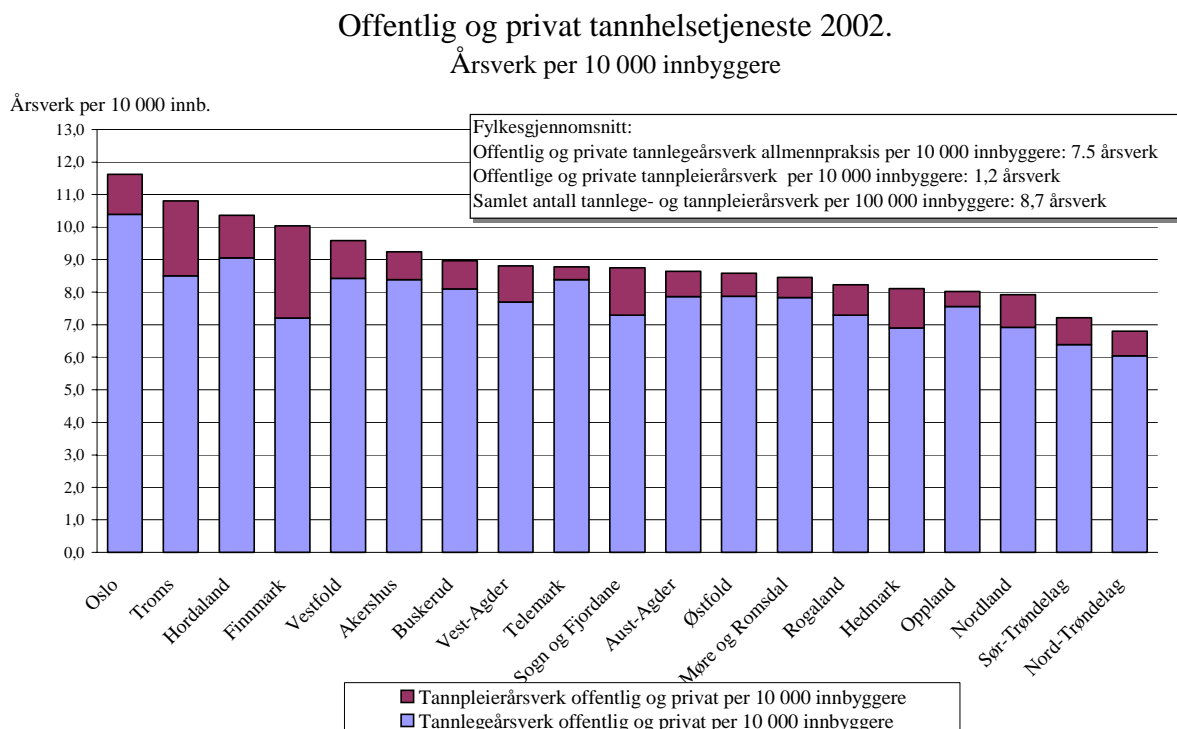
* På grunn av manglende registrering er økningen i antall tannpleiere i privat sektor i Aust-Agder og Rogaland ukjent, men den antas å være hhv 1 og 9.

Økningen i antall tannleger for perioden 1992-2002 følger i grove trekk økningen i folkemengde, unntatt i Oslo, Møre og Romsdal og Nordland. I Oslo har folketallet økt med 45000, mens veksten i antall tannlegestillinger/årsverk har vært moderat. I Møre og Romsdal økte folkemengden med drøye 5000, mens det har vært en økning i antall tannlegestillinger/årsverk med ca. 50. I Nordland har det også vært en viss økning, mens folketallet har sunket med godt over 2000.

Med unntak av Rogaland og Hordaland, har de fylkene med størst økning i folkemengde hatt størst økning i antall tannpleierstillinger/årsverk. Fylkene Oslo, Hedmark, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Finnmark, har hatt større vekst i antall tannpleiere enn tannleger i løpet av perioden.

3.3 Fylkesvis fordeling av tannleger og tannpleiere i forhold til folketall i 2002

Diagram 1: Fylkesvis fordeling av tannlege- og tannpleierårsverk samlet for offentlig og privat sektor per 10 000 innbyggere. Tannpleierårsverk er regnet som likeverdige med tannlegeårsverk. Spesialisttannleger er holdt utenfor oversikten⁵.



⁵ Tall er hentet fra Fylkes-KOSTRA 2002 og offentlige årsverk er omregnet med 1620 t (tannlege II). Private årsverk er basert på sammenstillinger av registerdata innhentet 01.10.02, jfr. kapittel 3.1.

Diagrammet viser at Oslo har den høyeste tannlegedekningen av allmennpraktikere. Akershus, Vestfold, Telemark, Hordaland og Troms har ganske lik dekning. Svakest dekning er i Sogn og Fjordane, Rogaland, Finnmark, Hedmark, Nordland, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag.

3.3.1 Tilgang på tannleger og tannpleiere

Tilgang på tannleger og tannpleiere avhenger av utdanningskapasitet, gjennomføringsgrad i studiet og tilgang på personell utdannet i utlandet.

Tilgang på tannleger

I store deler av etterkrigsperioden har Norge vært avhengig av tilgang på tannleger med utdanning fra utlandet. I perioden 1945-1984 ble i alt 4060 tannleger autorisert i Norge. 1013 av disse hadde utenlandsk eksamen⁶. Opptakskapasiteten i Norge ble økt i 1962 gjennom etablering av tannlegeutdanning i Bergen.

Den samlede utdanningskapasitet i Norge ble redusert fra 123 til 110 i 1982 og til 105 i 1983. Begrunnelsen var antatt framtidig overkapasitet. Reduksjonen fikk effekt fra og med 1987. Opptaket har vært 113 studenter siden 1991. Den reelle tilgang ble imidlertid ytterligere redusert som følge av stort frafall i studiet. I perioden 1980 til 1985 ble det i gjennomsnitt utdannet 107 tannleger per år, mens det i perioden 1986 til 1991 i gjennomsnitt ble utdannet bare 69 per år og gjennomsnitt 74 per år i perioden 1991 til 1995.

Det er relativt få nordmenn som studerer odontologi i utlandet. For studieåret 1999/2000 var det 56 odontologistudenter i utlandet som mottok lån/stipend fra Statens lånekasse for utdanning, 34 studenter i studieåret 2001/2002. Høsten 2002 ble det innført gebyrstipend (stipend til dekning av skolepenger) for odontologistudier i land utenfor Norden. Per 1. mai 2003 er det 43 odontologistudenter i utlandet som mottar lån/stipend fra Statens lånekasse for utdanning. Av disse studerer 17 i Sverige, 7 i henholdsvis Danmark og Ungarn, 6 i USA og 7 i andre land.

Tabell 10. Antall tannleger gitt autorisasjon som tannlege i Norge i perioden 1994 – 2002

Autorisasjon gitt i år	Utdannet i Norge	Nordisk	EØS	Andre	Ukjent	Sum utd. utenfor Norge	Totalt	Antatt avgang (65 år)	Netto tilgang
1994	72	38	5	0	1	44	160	70	110
1995	72	47	4	1	1	55	127	62	65
1996	92	113	5	3	2	134	226	87	139
1997	106	96	5	3	3	117	223	86	137

⁶ Arne Sollund, Den norske tannlegeforening gjennom 100 år, 1984

1998	94	59	12	6	3	89	183	105	78
1999	91	45	19	1	1	66	157	98	59
2000	92	27	19	13	0	54	146	100	46
2001	69	26	21	18	1	65	134	93	41
2002	99	24	44	16	1	85	184	92	92
Sum	787	475	134	61	13	709	1540	793	767

Kilde: Årsrapport Statens autorisasjonskontor for helsepersonell 2002, NTFs medlemsregister per 1999 og NTFs håndbok (ikke-medlemmer).

Tabellen viser antall tannleger som er gitt autorisasjon som tannlege i Norge inndelt etter hvilken region de tidligere hadde godkjenning som tannlege eller var utdannet tannlege. Et interessant forhold er at antall autoriserte tannleger utdannet i Norge i perioden 1994 til 2002 utgjorde bare 53 % av det samlede antall autoriserte tannleger. Autoriserte tannleger fra nordiske land utgjorde 31 % (475 tannleger), fra øvrige EØS-land 9 % (134 tannleger) og fra land utenfor EØS-området og andre 5% (74 tannleger).

Av tabellen fremgår videre at antall autoriserte tannleger med utdanning fra Norge i perioden 1996 til 2002 tilsvarer i gjennomsnitt ca. 77 % av opptakskapasiteten ved landets to fakultet. Når det gjelder autoriserte tannleger med utdanning fra nordiske land er antallet gradvis redusert fra 113 i 1996 til 24 i 2002. Hovedparten av disse har utdanning i Sverige. Økningen i antall autorisasjoner av tannleger fra EØS-land fra 2000 til 2002 kan i hovedsak forklares med Aetats rekruttering fra Tyskland. Autorisasjon av tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området kan fra 2000 i hovedsak forklares med det etablerte ettårige "lisensprogram" ved Universitetet i Bergen, finansiert av Helsedepartementet.

I perioden 1994 til 2002 er det gitt autorisasjon til i alt 1.540 tannleger. For samme periode er det beregnet en avgang på 793 tannleger (opplysninger basert på tannlegeforeningens medlemslister fra 1999, og oversikt over ikke-medlemmer, med beregnet avgang ved fylte 65 år). Netto økning i perioden 1994-2002 skulle dermed forventes å være opptil 767 tannleger. I samme periode (1994-2002) er antall årsverk for tannleger imidlertid gått opp med 355 (tall hentet fra årsmeldinger Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn og KOSTRA).

Forklaringene kan være:

- tannleger fra nordiske land har søkt og fått norsk autorisasjon uten å bli yrkesaktiv i Norge ("kjekt å ha" en norsk autorisasjon i tilfelle jobb) eller for kortere vikariater
- tannleger fra nordiske land har reist tilbake på grunn av bedring i arbeidsmarkedet i hjemlandet (i hovedsak Sverige)
- flere tannleger enn tidligere er under spesialistutdanning eller forskerutdanning ved universitetene
- redusert yrkesaktivitet som tannlege som følge av for eksempel tidligere pensjonering, økt kvinneandel (mer omsorgsperioder), overgang til andre yrker mv.
- tannleger utdannet i Norge har flyttet til utlandet

Den norske tannlegeforening organiserer ca. 97 % av de yrkesaktive tannleger i Norge. Foreningens medlemsregister over privat og offentlig ansatte viser at det er 57 medlemmer som har tannlegeutdanning fra Sverige med eksamensår 1994-2000, 2 fra Danmark, 2 fra Finland og 15 fra andre land.

Dette tyder på at de fleste tannleger med utdanning fra nordiske land som har fått norsk autorisasjon i perioden 1994-2002 (til sammen 475 tannleger) enten aldri har jobbet i Norge, har jobbet i vikariater, eller har reist tilbake til hjemlandet.

Statistisk sentralbyrå⁷ har i 2001 utgitt en rapport som bygger på en undersøkelse av stabiliteten hos leger og sykepleiere fra utlandet som har søkt om norsk autorisasjon i perioden 1995-1999. Undersøkelsen konkluderer blant annet med at mange som søker om autorisasjon aldri blir registrert med noe arbeidsforhold i Norge. Svenske leger og sykepleiere var minst stabile. Tallene ovenfor kan indikere at dette til en viss grad også gjelder for tannleger.

I følge en oversikt fra SSB over sysselsatte personer var det per 1. oktober 2002 144 sysselsatte tannleger og tannlegespesialister i Norge med utenlandsk statsborgerskap i helse- og sosialnæringen. Disse har jobbet i Norge i fem år eller mindre. Av disse var 71 fra de nordiske land, hvorav 52 fra Sverige. Videre var 31 fra Tyskland og 30 fra resten av Europa. 18 tannleger var fra andre land eller ikke oppgitt.

Tilgang på tannpleiere

I perioden 1994-2002 er det gitt autorisasjon til i alt 412 tannpleiere. Av disse er 358 norske og 16 fra andre nordiske land. 38 er fra land utenfor EØS-området eller ukjent. Ifølge tilgjengelige tall over besatte tannpleierstillinger totalt i perioden fra 1994 til 2002 har økningen vært på 165 stillinger/årsverk samlet for privat og offentlig sektor.

En undersøkelse av tannpleiernes yrkesutøvelse (Statens helsetilsyn 1999) viser at mange yrkesaktive tannpleiere jobber deltid (45 %), men til gjengjeld er det også flere som jobber både offentlig og privat og av den grunn er dobbelt registrert. Antall utdanningsplasser for tannpleiere i Oslo, Bergen og Tromsø er til sammen 57 plasser (gjennomsnittlig gjennomføringsprosent ligger under 80 %, omtrent 45 per år). Økningen i antall årsverk/stillinger for tannpleiere har de siste tre år vært på ca. 90. Dette tilsvarer omkring 65 % av den potensielle tilgangen på nyutdannede tannpleiere. Det kan tyde på at yrkesaktiviteten til de nyutdannede fremdeles er lav, eller at stillingene som tilbys er deltidsstillinger. Dette underbygges også av en oversikt fra SSB over sysselsatte i 2002. Det oppgis at 559 tannpleiere av i alt 923 arbeider i tannhelsetjenesten. Den samlede årsverkinnsetningen i privat og offentlig sektor i 2002 var på 469, se tabell 7 og 8.

⁷ [RAPP 2001/30: Utenlandske leger og sykepleiere i Norge](#), utarbeidet på oppdrag av Arbeids og administrasjonsdepartementet.

Tannpleierutdanningene i Oslo og Bergen ble etablert på 70-tallet. Pensjonering har dermed ikke foreløpig vært en viktig problemstilling i forhold til tilbudet av tannpleiere.

3.4 Sammendrag av utviklingen på landsbasis fra 1985 til 2002

Tannlegemarkedet

- Med forbehold om usikkerhet for privat sektor, har fra 1985 til 2002 antall tannlegeårsverk på landsbasis økt med ca 257 (universitetsansatte og tannleger i forsvaret er da ikke regnet med. Til sammen utgjør de omtrent 150-200). Det har vært størst økning fra 2000 til 2002 med opp til 140 stillinger/årsverk.
- Antall utførte tannlegeårsverk i offentlig sektor er rimelig jevnt redusert i hele perioden fra 1985 til 2002. Reduksjonen har vært på 438 årsverk (37 %).
- Antall tannleger i privat sektor har økt jevnt fra 1985 til 2000 med drøye 400. Fra 2000 til 2002 ble antallet økt med hele 288.
- Antall tannleger i privat sektor er økt med rundt 695 tannleger (31 %). Reduksjonen i offentlig sektor og vekst i privat sektor innebærer en omfordeling av yrkesaktive tannleger fra offentlig til privat sektor fra hhv. 38 % og 62 % i 1985 til 23 % og 77 % i 2002.

Ledige stillinger i offentlig sektor

- Ledigheten i offentlige stillinger var på landsbasis ganske stabil i hele perioden fra 1985 til 1997 (5-7 %). Etter dette økte den gradvis til 15 % i 2000, for deretter å bli redusert til 13% i 2001 og 12 % i 2002.
- Årsaken til ledighet er blant annet vekst i privat sektor i kombinasjon med redusert tilgang på tannleger. Nyutdannede tannleger har primært ønsket å arbeide i privat sektor.
- Rekruttering av tannleger fra de øvrige nordiske land bidro til at ledigheten ikke ble høyere enn 5-7 % i perioden frem til 1997. Denne rekrutteringen er så godt som opphørt. Etter 1998 er det rekruttering fra Tyskland og etablering av tilleggsutdanning av tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området som antagelig har bidratt til at ledigheten ikke er blitt høyere.
- Tilgangen på tannleger har ifølge gitte autorisasjoner vært over dobbelt så stor som økningen i antall årsverk i perioden 1994-2002. Drøye 50 % av autorisasjonene er gitt på bakgrunn av utdanning fra Norge.

Tannpleiermarkedet

- Antall årsverk/stillinger i offentlig og privat sektor har samlet økt fra 281 i 1985 til 469 i 2002. Offentlig sektor innehar om lag 70 % av årsverkene.
- Antall besatte/utførte årsverk i offentlig sektor har økt med 45 % fra 1985 til 01.01.03. I samme periode har antall årsverk/stillinger i privat sektor økt med 160 %. Økningen i offentlig sektor har skjedd i alle fylker unntatt Hordaland, mens økningen i privat sektor har skjedd i alle fylker unntatt Oppland, Møre og Romsdal og Nordland.
- I offentlig sektor har økning i antall tannpleierstillinger delvis erstattet mangelen på tannleger og reduksjonen i antall tannlegestillinger i et flertall av fylkene.

- Med utgangspunkt i årsverk er yrkesaktiviteten for tannpleierne lav (ca. 65 % i 2002). Sysselsettingsoversikter for 2002 fra SSB viser at av 923 sysselsatte tannpleiere arbeider 559 i tannhelsesektoren.
- Forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere i offentlig sektor var i 1985 5,9:1. Per 01.01.03 var den 3,2:1. I privat sektor var forholdstallet 34,5:1 i 1985 og 20,0:1 i 2002. Det er store variasjoner mellom fylkene.
- Ledigheten i offentlige tannpleierstillinger varierte mellom 12 og 19 % i årene 1985 til 1990. Fra 1990 til 01.01.03 har den vært rimelig stabil omkring 10 %.
- Tilgangen på tannpleiere i perioden 1994 –2002 har ifølge gitte autorisasjoner vært over dobbelt så stor som antall nye årsverk i samme periode. 87 % av de autoriserte tannpleierne har utdanning fra Norge.

Fylkesvise variasjoner

- Det har i perioden 1992-2002 vært en vekst i privat sektor i alle fylker, men den har vært spesielt stor i Østfold, Akershus, Rogaland, Møre og Romsdal, Nordland og Troms. Disse fylkene har til sammen hatt 55 % av den totale økningen. I følge rapportering fra fylkestannlegene har økningen hatt størst omfang utenfor de store byene (unntatt Trondheim og Tromsø). I Oslo økte antall privatpraktiserende tannleger med nesten 100 fra 1985 til 2000. Fra 2000 til 2002 ble antallet tilsvarende redusert (med forbehold om statistikken).
- I offentlig sektor har 65 % av reduksjonen i antall tannlegestillinger fra 1992-2002 kommet i de fem nordligste fylkene. I tillegg har det vært en større reduksjon i Akershus, Hedmark og Telemark. Det har vært en økning i antall årsverk i Oslo, Vest-Agder, Rogaland og Hordaland.
- Mangel på tannleger registrert som ledige tannlegestillinger og stor årlig utskifting i tannleger (turnover) har vært et stort problem i de nordligste fylker i hele perioden fra 1985.
- I et av de mest utsatte fylker (Nordland) utgjør stammen av stabile tannleger 50-55 %. I de øvrige stillinger har det hvert år i perioden 1996-2002 enten vært nyansettelser eller stillinger har stått ledig. Dette er ofte i områder med ingen eller svak dekning av privatpraktiserende tannleger.
- Antall ledige stillinger har i hele perioden vært høyt i trøndelagsfylkene. Siden 1990 har det vært konstant høy ledighet i fylkene fra og med Sogn og Fjordane og nordover til Finnmark. Fra 1997 fikk også flere fylker i Sør-Norge periodevis problemer med rekruttering og ledighet, som for eksempel Rogaland, Oppland og Hedmark.
- De fylker som per 1. januar 2003 har over 10 % ledige stillinger er Oppland, Telemark og fylkene fra Sogn og Fjordane og nordover. Høyest prosentvis ledighet har Nordland med 27,5 %.

4. TANNHELSETJENESTEN PER 1. JANUAR 2003 – FORHOLD AV BETYDNING FOR REKRUTTERING OG STABILITET

4.1 Fylkeskommunenes tiltak for rekruttering og stabilisering

4.1.1 Innledning

For å kunne beskrive og vurdere fylkeskommunenes tiltak for rekruttering og stabilisering, har arbeidsgruppen innhentet informasjon fra fylkeskommunene. Samtlige fylker har besvart.

4.1.2 Rekrutteringstiltak i offentlig sektor

Som vist i kapittel 3 ble ledighet i offentlige tannlegestillinger et økende problem, og berørte de fleste fylker fra 1997/1998. Etter det har fylkeskommunene iverksatt en rekke tiltak for å rekruttere tannleger. De fylker som over lengre tid har hatt høy ledighet og høy turnover i tannlegestillingene ser ut til å ha innført flest rekrutterings- og stabiliseringstiltak. Dette gjelder i første rekke fylkene fra nordvestlandet til og med Finnmark. I tillegg har andre fylker som Oppland, til dels Telemark, Agderfylkene, Rogaland og Hordaland iverksatt flere tiltak. Fylkene rundt indre Oslofjord har færrest tiltak. Disse fylkene har også hatt lavest ledighet i tannlegestillinger.

Lønnsforhold generelt

Tannleger og tannpleiere har generelt hatt en vekst i grunnlønnen fra 2001 til 2002 på 8,4 % og 12,6 %. Gjennomsnittlig vekst var 6,0 % for ansatte i kommunal sektor. For tannpleiere utgjorde veksten over 55 000 kroner etter 10 år. I tillegg justeres lønnen opp med ytterligere 6000 kr fra 1. juli 2003.

Begynnerlønn

De fleste fylkeskommunene har hevet begynnerlønnen for tannleger etter 1997. Begynnerlønn per 01.01.03 opplyses å være mellom 320.000 og 360.000 kroner Oslo, Akershus og Buskerud har ikke oppgitt begynnerlønn. I Østfold og Finnmark fastsettes lønn etter individuell avtale.

Etableringstilskudd

Etableringstilskudd tilbys av Buskerud, Hordaland, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark. Tilskuddet ligger på omkring 20 000 - 30 000 kkr, og er et kontantbeløp som utbetales ved tilsetting. I enkelte fylker gjelder tilskuddet i spesielle tilfeller/stillinger, og gis mot bindingstid. I Troms er etableringstilskuddet et alternativ til nedskrivning av studielån.

Flyttegodtgjørelse

De fleste fylkeskommuner tilbyr flyttegodtgjørelse, enten som ubetinget godtgjørelse eller mot bindingstid og/eller avgrenset for enkelte stillinger og distrikter. I Akershus

gis det unntaksvis, og Vestfold vurderer behovet. Buskerud, Oslo, Østfold og Vestfold gir ikke flyttinggodtgjørelse.

Bolig

Finnmark og Vest-Agder opplyser at de skaffer bolig som et rekrutteringstiltak, mens mange er behjelpelige med å skaffe det, som oftest i samarbeid med kommunene. Østfold, Akershus, Oslo, Buskerud, Vestfold og Rogaland tilbyr ikke bolig.

Barnehageplass

Når det gjelder barnehageplass, er det bare Rogaland som kan tilby dette med begrenset antall plasser. Oppland, Vestfold, Telemark, Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag og Nordland er behjelpelige med å skaffe.

Nedskrivning av studielån

Ettergivelse av studielån er et statlig tiltak rettet mot tiltakssonen Finnmark og 7 kommuner i Nord-Troms. Ordningen gjelder for alle utdanninger og krever at låntakeren har vært yrkesaktiv og bosatt i regionen i tolv sammenhengende måneder. Det kan etter søknad ettergis ti prosent av lånegjelden hvert år, maksimalt 16 500 kr og minimum 2000 kr årlig til lånet er nedbetalt. Troms fylkeskommune bidrar i tillegg til å finansiere en ordning utover den statlige. Denne er knyttet til enkeltkommuner. I tillegg har Oppland, Nord-Trøndelag og Nordland innført fylkeskommunalt finansiert nedskrivning av studielån for tannleger.

Andre rekrutteringstiltak

Flere fylkeskommuner omtaler fleksible individuelle løsninger og økt fokus på muligheter innenfor den offentlige tannhelsetjenesten som rekrutteringstiltak. Blant slike oppgis eget lønnstillegg for rekruttering (50 000 – 100 000 kr i Vest-Agder), bonusavtaler, mer fritid med lønn etter ett år i tjeneste (Troms) og lønn til studenter i siste del av studiet mot bindingstid i utvalgt stilling (Nord-Trøndelag). Sør-Trøndelag tilbyr fri overnatting i Trondheim en helg per måned for enkelte stillinger på steder med få fritidstilbud og med lang reisevei til Trondheim. Andre rekrutteringstiltak som nevnes er fadderordning for nytilsatte (Nordland) og samarbeid med kommunene om tilrettelegging av jobb for samboer/ektefelle (Sør-Trøndelag).

Fylkeskommunenes vurdering av effekten av rekrutteringstiltakene

Tiltak som har betydning for lønn vurderes som mest effektivt. Sju fylker trekker frem høyere begynnerlønn som et effektivt rekrutteringstiltak (Hedmark, Buskerud, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder, Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag). Møre og Romsdal og Telemark påpeker at høyere lønn har virket rekrutterende på tyske tannleger.

De fylkene som tilbyr nedskrivning av studielån legger denne ordningen stor betydning. Videre er etableringstilskudd/rekrutteringstilskudd trukket frem som effektivt. Likeså mulighetene for individuelle avtaler om for eksempel bonus og leie av klinikk til privat virksomhet. Flyttinggodtgjørelse er også viktig. Troms har pekt på muligheten for statlig finansiert videreutdanning som et effektivt rekrutteringstiltak.

Fylkeskommunenes erfaring med Aetats vikarordning

Vikarordningen for tannleger er et statlig tiltak som ble iverksatt i 2000 og omfatter fylkene Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark. Ordningen drives av Aetat Nordland og er ment å være et supplement til fylkenes ordinære rekruttering. Den skal avhjelpe fylkeskommuner med særskilte rekrutteringsproblemer og langvarig ledighet ved at tannleger i Sør-Norge i områder med ledig tannlegekapasitet i både offentlig og privat sektor kan vikariere i de aktuelle fylker. Fylkeskommunene betaler lønn til vikar og skal tilby fri bolig. Staten dekker driften av selve ordningen, hjemreise for vikarene hver 4. uke og halv kostgodtgjørelse etter statens satser inntil 6 måneder. Fra 2000 til 2002 har det vært formidlet til sammen 113 vikarer (23 i 2000, 42 i 2001 og 48 i 2002). Av disse har Sogn og Fjordane hatt 8, Møre og Romsdal 23, Sør-Trøndelag 7, Nordland 38, Troms 21 og Finnmark 16 vikarer. I 2002 var det flere vikarer enn i 2001, men det ble honorert færre vikardøgn ettersom gjennomsnittlig varighet på vikariatene gikk ned fra 75 i 2001 til 58 i 2002. Sosial- og helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidlene til ordningen og vurderer jevnlig hvilke fylker og kommuner som kan delta. I løpet av 2003 vil direktoratet drøfte ordningen med de aktuelle fylkestannlegene med tanke på eventuelt behov for endringer i ordningen.

Bortsett fra Nord-Trøndelag har fylkeskommunene fra og med Sogn og Fjordane til og med Finnmark benyttet mulighet til å rekruttere vikarer gjennom ordningen. Nord-Trøndelag har sin egen vikarordning finansiert av egne midler, og tilbyr de samme betingelsene som den statlige ordningen.

Deltagerfylkene har ulike erfaringer med ordningen, og det meldes om godt samarbeid med Aetat. Sogn og Fjordane rapporterer at ordningen har vært til god nytte i 2002. Finnmark forteller at erfarne tannleger som deltar gjør stor nytte for seg, og at flere har kommet tilbake i nye vikarperioder. Sør-Trøndelag har bemerket at nyutdannede tannleger "prøver" offentlig tjeneste på denne måten og at de opplever misnøye fra de andre tannlegene med hensyn til de gode betingelsene i vikarordningen. Nordland sier at det er et problem at få erfarne tannleger melder seg til vikartjeneste utenom sommerferien. I svarene fra Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag ytres det ønsket om at vikarperiodene burde vært lengre, mens Troms karakteriserer ordningen som en dyr kriseløsning. Aust-Agder mener at en følge av ordningen er at de har mistet arbeidskraft til fordel for Nord-Norge.

Fylkeskommunenes erfaring med Aetats rekruttering av tannleger fra utlandet

Rekruttering av helsepersonell fra EØS-området er et annet statlig tiltak i regi av Aetat. Aetat arrangerer språkkurs i norsk i det respektive hjemland, blant annet for tannleger som etter individuelle intervjuer har inngått ansettelseskontrakt med en fylkeskommune. Rekruttering av tannleger skjer i hovedsak fra Tyskland. Tyske tannleger har vist økende interesse for å arbeide i Norge. Fra 1999 til 2002 ble det rekruttert 70 tannleger, og første halvår i 2003 er det rekruttert 37 tannleger med utdanning fra Tyskland. Ikke alle er tyske statsborgere, men har utdanning fra

Tyskland, slik at de kan få autorisasjon som tannleger i Norge basert på sin utdanning og autorisasjon fra land i EØS-området.

Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland, Hordaland, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag har alle rekruttert tannleger gjennom denne ordningen per 01.01.03 og mener Aetat gjør en god jobb. Per 1. juni 2003 var det 18 tannleger fra Tyskland ansatt i offentlig tannhelsetjeneste i Rogaland. Enkelte fylker angir at tannlegenes stabilitet er usikker. Tilgangen på arbeid til ektefelle/samboer ser ut til å ha betydning for stabiliteten. Sogn og Fjordane, Nordland og Troms opplyser at det har vist seg vanskelig å rekruttere til stillinger gjennom ordningen. Finnmark foretrekker skandinaviske tannleger på grunn av språkproblemer i samiske områder. Tilbakemeldinger fra tannleger som er rekruttert på denne måten viser at det som virket rekrutterende var gode arbeidsvilkår, muligheter for nye erfaringer og vakker natur.

Andre forhold knyttet til rekruttering av tannleger og tannpleiere

Følgende forhold trekkes frem av fylkeskommunene som viktig i forhold til rekruttering:

- Kontakt med lærestedene og tilbud om praksisplasser og sommerjobb for studenter (Oppland, Vestfold og Telemark).
- Aktiv markedsføring av den offentlige tannhelsetjenestens kvalitet og standard på klinikker og utstyr via egen hjemmeside (Rogaland).
- Det etterlyses innsats fra myndighetene for å bidra til en mer positiv omtale av tjenesten i media (Hedmark). Den positive utviklingen som finner sted i den offentlige tannhelsetjenesten drukner i medias fokus på problemene.
- Importen av tannleger fra land utenfor EØS-området bør intensiveres (Vest-Agder).
- Fin natur, gode arbeidsforhold og muligheter for laksefiske (Troms).
- Sentral geografisk plassering (Akershus).
- Godt fagmiljø, større klinikkenheter, moderne utstyr, variert praksis og saklig informasjon fra fakultetene om mulighetene i offentlig tannhelsetjeneste (Aust-Agder). De påpeker også betydningen av jobbmuligheter for ektefelle/samboer.
- Problemer med at unge nytilsatte tannleger lokkes over til stillinger som assistent-tannlege i privat sektor (Nordland).
- Forsøk med utdanningsstipend til tannlegestudenter fra fylket mot bindingstid har i enkelte tilfeller ikke var vellykket (Finnmark).
- Stadig interesse fra svenske tannleger som vil jobbe i Norge (Østfold). De mener dette skyldes nærheten til Sverige, men også at den offentlige tannhelsetjenesten i Østfold oppfattes som mer fleksibel enn den svenske Folketandvården.

4.1.3 Forholdene i privat sektor

Tannlegers initiativ og tilbud om å inngå i praksisfelleskap, eller adgang til kjøp av tannlegepraksiser registreres ikke systematisk. Med bistand fra Den norske tannlegeforening har arbeidsgruppen innhentet uttalelser fra foreningens

lokalforeninger når det gjelder den private sektor. I korthet kan disse oppsummeres slik:

- Det er i enkelte områder lavere tilgang på tannleger. Det er vanskelig å finne noen som vil inngå i praksisfellesskap, beholde tannleger i praksisen og å finne noen som vil overta praksisen ved pensjonering (Nordre Rogaland, Telemark, Aust-Agder, Finnmark, Troms, Nordland, Nordmøre og Romsdal, Nord-Trøndelag og Oppland).
- Problemene er mest åpenbare utenfor byene (Haugaland, Troms, Nordland, Oppland), mens det i Nord-Trøndelag også gjelder byene.
- Det er ikke igangsatt organiserte rekrutterings- eller stabiliseringstiltak.

4.1.4 Stabiliseringstiltak i offentlig sektor

Med stabiliseringstiltak menes tiltak som skal bidra til at personell blir i stillingene over lengre tid, eller tiltak som skal få de eldste arbeidstakerne til å fortsette yrkesaktiviteten utover fylte 62 år (seniorpolitiske tiltak).

Stabiliseringstillegg

De fleste fylkene har eller vurderer å innføre stabiliseringstillegg. Dette omfatter i hovedsak lønnstilskudd som premierer de som forblir i offentlig stilling i fylket. Ut fra rapporteringen fremkommer ikke om fylkenes stabiliseringstillegg gjelder både tannleger og tannpleierstillinger, kun utvalgte kommuner/stillinger, eller alle. Størrelsen på tillegget varierer, men ingen tillegg begynner lavere enn 10 000 kr. De fleste har en ordning som omfatter gradvis årlig opptrapping av tillegget hvorav seks fylker har en maksimalsum på 70 000 kr (herunder de tre nordligste). Hordaland, Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal vurderer å innføre stabiliseringstillegg. Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland og Vestfold tilbyr ikke slikt tillegg.

Bonusordning

Det vises til nærmere beskrivelse av bonusordning under punkt 4.1.6. Avtale om en bonusordning tilbys i tolv av fylkene. Ordningen gjelder behandling av både voksne betalende pasienter og prioriterte grupper. Følgende fylker har ikke bonusordning; Akershus, Oslo, Oppland, Vestfold, Vest-Agder, Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag. Sogn og Fjordane opplyser at det skal tas stilling til innføring av en slik ordning i løpet av våren 2003. Bare Nordland og Finnmark oppgir at de har en bonusordning for tannpleiere. Medlemmer av arbeidsgruppen er kjent med at flere tilbyr dette. Gjennomsnittlig bonus for tannlegene varierer fylkesvis fra 10 000 til 90 000 kroner, maksimal bonus varierer fra 38 000 til 250 000 kroner. For tannpleiere rapporteres det om en gjennomsnittlig bonus fra 17 000 til 24 000 kroner, og maksimal bonus fra 47 000 til 54 000 kroner.

Andre lønnstillegg som er nevnt, er tillegg for spesialfunksjoner som for eksempel klinikkjef, ambuleringsstillegg, og provisjonsordninger (se punkt 4.1.6). Når det gjelder arbeidstid viser sju fylker muligheter for deltidsstillinger og individuelle tilpasninger av arbeidstid. Disse er Hedmark, Oppland, Aust-Agder og Vest-Agder, Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag. De tre nordligste fylkene og Sør-Trøndelag kan tilby økt fritid.

Ordningen er i Sør-Trøndelag bundet opp til spesielle stillinger, og i de andre fylkene til et visst antall års tjeneste.

Muligheter for videreutdanning

Bortimot 20 fylkeskommunalt ansatte tannleger og tannpleiere var under videreutdanning i 2001 og 2002 (ca. 2 %). Disse var hjemmehørende i Oppland, Buskerud, Telemark, Rogaland, Nord-Trøndelag, Nordland og Troms. De samme fylkene gir lønns- eller stipendmidler til kandidater under videreutdanning. Rogaland vurderer søknader om lønn/stipend under utdanning individuelt og hadde en kandidat på slik ordning i 2001. Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag har gitt stipend eller har hatt ordninger, men ingen har benyttet seg av dette i 2001/2002. Møre og Romsdal har avvirket ordningen på grunn av liten interesse. Østfold, Oslo og Hedmark har ikke lønns- eller stipendordninger under videreutdanning, men én tannlege fra hver av de sistnevnte fylkene var under videreutdanning i løpet av 2001/2002.

Seniorpolitiske tiltak

Over halvparten av fylkene har innført seniorpolitiske tiltak som skal få de eldste arbeidstakerne til å fortsette yrkesaktiviteten utover fylte 62 år. Tiltakene kan innebære økt lønn, redusert arbeidstid og individuell tilrettelegging. Disse er Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland og fylkene nordover fra og med Møre og Romsdal til og med Troms.

Andre stabiliseringstiltak

- Mulighet for leie av klinikk (Østfold og Sogn og Fjordane).
- Økt klinisk virksomhet (Vestfold).
- Per capita avlønning for pasientbehandling utover kvote (Østfold).
- Andre provisjonsavtaler i eller utenfor ordinær arbeidstid (Aust-Agder).
- Etterutdanningsstipend til tannleger og tannpleiere som er knyttet opp mot et visst antall års tjeneste (Nordland).
- Oppdatert og utbygget IKT-system (Troms).

Fylkeskommunens vurdering av effekten av stabiliseringstiltakene

- Tiltak som muliggjør høyere avlønning som for eksempel bonus, stabiliseringstillegg og andre, er hyppigst nevnt som effektivt tiltak (Østfold, Hedmark, Buskerud, Telemark, Aust-Agder, Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark).
- Finansiering av videre- og etterutdanning (Hedmark, Oppland, Telemark, Rogaland, Nordland og Troms).
- Bonusordning virker stabiliserende på de eldre tannlegene (Buskerud).
- To fylker melder at de har stabile arbeidstakere (Telemark og Vestfold), og at det er vanskelig å si noe om effekten av tiltakene, da det kan være andre forhold som har effekt (Vestfold).
- Det ser ut til at tiltakene har hatt dårlig effekt, men samtidig at det er vanskelig å vurdere. Spesialistene er mer stabile (Oppland).

- Yngre tannleger ønsker mer enn det som kan tilbys av ordninger (Sør-Trøndelag).

Andre forhold knyttet til stabilisering.

- Østfold mener ordninger med sammenheng mellom resultat og rettferdighet er av betydning. Det vises til at følelsen av ansvar og eierskap til egen arbeidsplass og muligheter for å påvirke egen arbeidssituasjon er viktig. Det samme er tydelig ledelse og at medarbeidere opplever å bli hørt. Østfold forteller også at deres avtaler om avlønning per capita hever den pensjonsgivende inntekten, noe som også virker stabiliserende.
- Buskerud ønsker flere tannleger på markedet og sier at alle stabiliseringstiltak er med på å avhjelpe akutte situasjoner.
- Aust-Agder nevner at arbeidsmiljø og trivsel på arbeidsplassen er viktig for stabile arbeidsforhold.
- Vest-Agder sier at ansvarlige instanser må informere tydelig om de økonomiske fordeler man har som offentlig ansatt.
- Oslo har planer for 2003 om å prøve en ordning med selvdrevne klinikker gjennom å gi de ansatte kontroll og ansvar for egen arbeidsplass.
- Hedmark håper på større involvering av offentlig tannhelsetjeneste i utdanningsoppgaver som kvalifisering av tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området og spesialistutdanning av tannleger. De bemerker også misnøye med at departementets tidligere utspill om dekning av studiegjeld ikke ble iverksatt.
- Sør-Trøndelag sier at samboers/ektefelles mulighet til jobb avgjør stabiliteten.
- Troms mener at det mest effektive tiltak vil være å utdanne ungdom fra landsdelen til tannleger i landsdelen.
- Finnmark viser til at noen tannleger har forhandlet seg frem til en rekke gunstige ordninger, noe som skaper misnøye blant de andre.

4.1.5 Bruk av kombinasjonsstillinger

Det vises til kapittel 1.4 om stortingsdokumenter og Sosialkomiteens merknader om kombinasjonsstillinger mellom offentlig tannhelsetjeneste og privat praksis. Komiteens flertall ser for seg at den offentlige tannhelsetjenesten i større grad ivaretas gjennom deltidsstillinger på timebasis, på linje med den modellen det er lagt opp til for fastleger med offentlige arbeidsoppgaver.

Begrepet kombinasjonsstilling har ikke et bestemt innhold i tannhelsetjenesten. Etter arbeidsgruppens vurdering kan følgende stillingsformer karakteriseres som kombinasjonsstillinger:

Tannlegen driver privat virksomhet som hovedbeskjeftigelse, men har avtale med fylkeskommunen om å behandle prioriterte grupper

Dette kan gjøres på to måter: Tannlegen kan inngå et ordinært arbeidsforhold i en deltidstilling, eller selge tjenester til den offentlige tannhelsetjenesten for å løse en offentlig oppgave.

Rapporteringen fra fylkeskommunene viser at det er 66 tannleger som i tillegg til å være ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten driver privat praksis utenfor offentlig klinikk per 01.01.03. Til sammen 42 av disse er i Oslo, Hordaland, Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag. Seks fylker har ikke meldt om slike stillinger (Akershus, Hedmark, Oppland, Rogaland, Sogn og Fjordane og Finnmark). I 2002 kjøpte fylkeskommunene tjenester fra privatpraktiserende tannleger tilsvarende 13 årsverk. Dette innebærer at virksomheten som privatpraktiserende tannlege for de fylkeskommunale ansatte tannleger i hovedsak foregår uavhengig av den offentlige virksomheten.

En oversikt blant tannpleierforeningens medlemmer viser at 27 tannpleiere har en kombinasjon av ansettelse i offentlig tannhelsetjeneste og privat ansettelse, eller er selvstendig næringsdrivende utenfor offentlig klinikk.

Ingen av tilknytningsformene er i dag særlig utbredt. Årsaken til dette skyldes flere forhold:

- Omfanget av de offentlige tannhelseoppgaver er vesentlig større enn omfanget av offentlig legearbeid i kommunene. En slik kombinasjonsstilling ville bety at offentlig tannlegearbeid måtte utgjøre en deltidstilling på mellom 1/3 til 3/4 av en fulltidstilling.
- Det finnes ikke private tannleger i de relevante områdene som offentlig tannhelsetjeneste kan inngå avtale med.
- De private tannlegene i slike områder vanligvis ikke ledig kapasitet. Det er lite ønskelig for dem å inngå avtale med offentlig tannhelsetjeneste på bekostning av deres voksne pasienter som da ikke vil ha alternative tannleger å gå til.
- Arbeidsgruppen har det inntrykk at vilkårene fylkeskommunene tilbyr for behandling av prioriterte grupper ikke er tilstrekkelig til at private tannleger ønsker å inngå slik avtale.
- I de tilfellene der det finnes privat tannleger med ledig kapasitet, kan det tenkes at fylkeskommunene som arbeidsgivere ønsker å begrense bruken av deltidsansatte tannleger.
- Som et siste moment vil muligheten for å kunne utvikle et godt samarbeid mellom tannhelsepersonell bli vanskeligere hvis en privatpraktiserendes offentlige tannlegearbeid skal foregå i egen praksis.

Tannlegen er fast ansatt i offentlig tannhelsetjeneste, men leier den offentlige klinikken til privat praksis.

Dette innebærer at tannlegen i tillegg til offentlig stilling, i deler av sin samlede arbeidstid, driver privat praksis i leid klinikk. Normalt drives den private praksisen utenom den offentlige tannhelsetjenestens vanlige arbeidstid, dvs. i tidsrom der klinikken ellers ikke er i bruk. Det medfører at tannlegen samlet har en årsverksinnsats høyere enn en ordinær stilling. Vanligvis vil tannlegen behandle betalende

voksenklientell i leietiden. Incitamentet for tannlegen er at vedkommende har anledning til å arbeide som selvstendig næringsdrivende og ha en tilfredsstillende inntjening på å behandle betalende pasienter i tillegg til den offentlige stillingen. Virksomheten som næringsdrivende gir i tillegg potensielle skattemessige fordeler.

Fylkeskommunene har oppgitt at 96 tannleger leier offentlig klinikk til privatpraktiserende virksomhet. Av disse er 75 hjemmehørende i Østfold, Akershus, Rogaland, Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal. De øvrige 21 er spredt mellom ni andre fylker.

4.1.6 Ulike kombinasjoner av godtgjøringer/avlønningsformer i henhold til avtaler mellom partene.

I fylkeskommunene er det organisert flere ulike former for avlønningssystemer knyttet til arbeidet med de prioriterte grupper (offentlig tannhelsearbeid), og med voksent betalende klientell.

Bonusordning

Mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske tannlegeforening er det inngått en rammeavtale om bonusordning i tannhelsetjenesten. Avtalen skal åpne muligheten for variert praksis ved behandling av alle typer klientell, bedre inntjening til fylkeskommunen og bedre avlønning av tannhelsepersonellet som omfattes av avtalen. Bonus utbetales i tillegg til regulativlønn etter lokal avtale. Ordningen har kommet i stand fordi man har registret behov for stimulerings tiltak. Partene i avtalen er fylkeskommunen og en bonusenhet som normalt består av tannlege, tannhelsesekretær og eventuelt tannpleier. Bonusenheten arbeider både med prioritert og ikke prioritert klientell etter plan fastsatt av fylkeskommunen. Bonuspotten skapes av den inntjening fylkeskommunen får fra bonusenhetens arbeid med ikke prioritert klientell (dvs i hovedsak voksne pasienter som betaler 100% egenandel med unntak for behandling hvor trygden yter refusjon).

Provisjonsavlønning

Tannlegen er ansatt i fylkeskommunen og i utgangspunktet avlønnet på ordinær måte. For den del av stillingen som ikke er provisjonslønn (som regel arbeid med prioritert klientell) får tannlegen en prosentvis andel av regulativlønnen. For den andel av stillingen som er provisjonsbasert (dvs. som hovedregel behandling av voksne som betaler 100 % egenandel) avtales visse arbeidsoppgaver og produksjonskrav og tannlegen får minimum 35 % av honorarinntektene i provisjon (fratrasket tannteknikerkostnader).

Økt klinisk virksomhet

Tannlegen har avtalt økt klinisk virksomhet (arbeid utover ordinær arbeidstid) og får særskilt betalt for dette. Den økte kliniske virksomheten kan omfatte både prioritert klientell og voksne betalende.

4.2 Klinikkstruktur og praksisstørrelse – betydning for rekruttering og oppgavefordeling

Ved fylkeskommunal overtakelse av den offentlige tannhelsetjenesten i 1984 var det etablert tannklinikker i så godt som samtlige kommuner. Fylkeskommunene har hatt økende problemer med å bemanne de minste klinikkene, særlig i utkantdistriktene. Større klinikker er mindre sårbare for vakanser, permisjoner og sykefravær enn de mindre enhetene. De senere år har utviklingen gått i retning av større og færre tannklinikker. Denne utviklingen skyldes først og fremst økonomiske effektiviseringsgevinster ved slik sentralisering (blant annet større utnyttelsesgrad av lokaler og utstyr), behov for faglig fellesskap og hensynet til å kunne sikre et kontinuerlig tjenestetilbud gjennom stabilitet og rekruttering av kvalifisert personell. Større klinikker gir også større fleksibilitet når det gjelder oppgavefordeling mellom personellgruppene. En sentralisering i klinikkstrukturen har dessuten latt seg gjøre som en følge av utbyggingen av veinettet, særlig i kystområdene.

Utviklingen mot en sentralisering med større og færre klinikker har medført at flere kommuner er uten tannklinikk. Innsamlede data fra fylkeskommunene per 1. januar 2001 viser at 12 kommuner er uten tannklinikk og at 40 kommuner kun har biklinikk eller ambulerende tannlege (dvs. at klinikken er betjent et begrenset antall dager eller uker per år).

Klinikkstruktur og klinikkstørrelse i offentlig sektor

Vestfold, Rogaland og Troms har gjennomført en sentralisering av klinikkstrukturen. Rogaland kommenterer at ytterligere sentralisering vil gå ut over tilgjengeligheten for brukerne. Oslo, Hedmark, og Vest-Agder er i gang med og vil fortsette sentraliseringen i 2003.

Fylkeskommunene ble spurt om i hvilken grad de vurderer hvorvidt ytterligere utvikling i retning av større klinikkentre vil virke rekrutterende/stabiliserende. Et overveiende flertall av fylkeskommunene mener større klinikker kan virke rekrutterende og/eller stabiliserende. Oppland opplyser at erfaringer viser at det også er problemer med å rekruttere til større klinikker.

Administrasjonen i flere fylkeskommuner (Akershus, Buskerud, Telemark, Aust-Agder, Hordaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nordland) ønsker økt sentralisering ved omlegging fra små klinikker til større sentrale klinikker. De opplyser imidlertid at forslagene møter politisk og lokal motstand i befolkningen med begrunnelse i tilgjengelighet. I Møre og Romsdal og Nordland har fylkestinget gått imot et saksfremlegg om sentralisering av klinikkstrukturen. I Sør-Trøndelag ønsker fylkeskommunen å opprettholde et desentralisert tilbud selv om dette fører til et dårligere tilbud totalt sett på grunn av rekrutteringsproblemer. Det sies videre at større enheter er positivt, men at svært store klinikker virker mindre attraktivt. Aust-Agder bemerker at en utvikling i retning av større klinikkentre sannsynligvis vil virke rekrutterende/stabiliserende, men at endringer i markedet kan gjøre behovet for små klinikker i distriktene gjeldene igjen.

Motforestillinger for ytterligere sentralisering av klinikkstruktur i offentlig sektor

Administrasjonen i de fleste fylkeskommunene har pekt på tilgjengelighet til tjenesten i form av avstand til tannklinikken som den mest aktuelle motforestillingen mot ytterligere sentralisering. Økt sentralisering medfører med andre ord problemer med å oppfylle tannhelsetjenestelovens krav om at tjenestene skal være rimelig tilgjengelige. Det fremkommer at dette også er den politisk viktigste motforestillingen.

Sør-Trøndelag viser til samfunnsøkonomiske perspektiver ved at foreldre må ta fri for å følge barna til tannklinikken. Konsekvensene kan bli tapt arbeidsfortjeneste og økte utgifter til reiseutgifter med bil/drosje der det ikke finnes kollektivtilbud. Hordaland påpeker at avstanden til nærmeste klinikk blir for stor for pasienter som ikke er mobile. Ytterligere redusert servicetilbud bidrar til fortsatt fraflytting. Hedmark sier at de som går oftest til tannbehandling også er de som har mest å stri med i hverdagen. Oppland påpeker at fagmiljø også kan skapes gjennom sentralisering/ klinikkfelleskap med andre helsepersonellgrupper, fremfor sentralisering av tannklinikker.

4.2.1 Praksisstruktur i privat sektor

Tannlegeforeningen har innhentet opplysninger fra sine lokalforeninger om praksisstruktur i privat sektor og ved hvilke praksiser det jobbet tannpleier. Flere lokalforeninger har påpekt at tallene ikke nødvendigvis er korrekte, men mer omtrentlige.

NTF har i alt 21 lokalforeninger. Det er 4 lokalforeninger som ikke har svart på forespørselen. Bergen og Oslo har svart, men opplyser at de per i dag ikke har registre over praksisstruktur. De har ikke sett seg i stand til å gi en oversikt over praksisstruktur innen de frister arbeidsgruppen hadde satt. Oppland har også opplyst at de ikke har data om praksisstruktur. Det innebærer at oversikten mangler data fra 7 lokalforeninger.

Tabell 11. Oversikt over praksisstruktur i privat praksis

Lokalforening	Entannlegepraksis			Flertannlegepraksis					
	Totalantall	Antall uten hjelpepers.	Antall med tannpleier	Totalantall	Antall med tannpleier	Antall tannleger i praksisen			
						2	3	4	5+
Aust-Agder	17	5	0	13	3	9	3	1	0
Bergen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Buskerud	66	-	8	14	7	14	6		
Finnmark	9	1	1	2	1	2	0	0	0
Haugaland	24	2	2	10	1	8	1	1	0
Hedmark	55	-	7	trolig 9	4	1	1	1	1
Nordland	30	trolig 0	0	13	2	9	4	0	0
Nordm. & Roms	22	1	2	9-10	2	5	4	0	0

Nord Trøndelag	28	2	3	8	0	7	1	0	0
Oppland	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oslo	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rogaland	60	7	3	44	10	26	14	2	2
Romerike	52	5	8	23	7	13	7	2	1
Sogn og Fjord.	22	1	4	9	1	7	2	0	0
Sunnmøre	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sør Trøndelag	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Telemark	49	få	2	17	3	14	2	1	0
Troms	17	0	3	14	3	7	1	5	1
Vestfold	67	5	7	32	18	25	4	3	0
Vest-Agder	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Østfold	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sum	518			218		147	50	16	5

Tabell 12. Fordeling av tannpleiere ut fra praksisstørrelse

Lokalforening	Totalantall praksiser	Antall med tannpleier(e)	Antall praksiser med tannpleier(e) ut fra praksisstørrelse (Antall tannleger i praksisen)				
			Solopraksis	2 tannl.	3 tannl.	4 tannl.	mer enn 4
Aust-Agder	30	3	0	2	1	0	0
Bergen		-	-	-	-	-	-
Buskerud	86	18	8	7	3	-	-
Finnmark	11	2	1	1	0	0	0
Haugaland	34	3	2	1	0	0	0
Hedmark	64	11	7	1	1	1	1
Nordland	43	2	0 (trolig)	2	0	0	0
Nordm. & Roms	32	2	0	1	1	0	0
Nord-Trønd.	36	3	3	0	0	0	0
Oppland		-	-	-	-	-	-
Oslo		-	-	-	-	-	-
Rogaland	104	13	3	3	4	1	2 ⁸
Romerike	75	15	8	3	2	1	1
Sogn og Fjord.	31	5	4	1	0	0	0
Sunnmøre		-	-	-	-	-	-
Sør Trøndelag		-	-	-	-	-	-
Telemark	66	5	2	0	2	1	0
Troms	31	6	3	1	0	1	1
Vestfold	99	25	7	12	3	3	0
Vest-Agder		-	-	-	-	-	-

⁸ Til sammen er det ansatt 4 tannpleiere i disse praksisene.

Østfold		-	-	-	-	-	-
Sum	742	116	48	35	17	8	5

Det er minst to forhold å kommentere til tabellene 11 og 12. Det ene er at det er store fylkesvise forskjeller mht forholdet mellom omfanget av entannlegepraksis og flertannlegepraksis. Hedmark, Buskerud, Telemark og Finnmark har forholdsvis flest entannlegepraksiser. Romerike, Vestfold, Aust-Agder, Rogaland og Sogn og Fjordane har forholdsvis flest flertannlegepraksiser. Det andre er at det er flere tannpleiere som arbeider i en flermannspraksis med to eller flere tannleger, enn i solopraksiser med en tannlege.

4.3 Oppgavefordeling mellom tannlege og tannpleier

Det er ønskelig at oppgavene blir fordelt mellom tannpleiere og tannleger slik at ressursene anvendes mest mulig effektivt. En forutsetning for optimal oppgavefordeling er at tannlege og tannpleier arbeider i team. I tannklinikker uten tannpleier utfører tannlegen mange oppgaver som en tannpleier kunne ha utført.

Det fremgår i en undersøkelse fra Statens helsetilsyn om tannpleieres yrkesutøvelse fra 1999 hvilke oppgaver tannpleiere utfører. Mesteparten av arbeidstiden brukes til undersøkelse og screening av pasienter. Videre brukes tid til klinisk forebygging og behandling. En femtedel av tiden (tilsvarende en dag i uken ved full stilling) brukes til forebyggende tannhelsearbeid utenfor tannklinik. Tilsvarende brukes til pasientadministrasjon. Det er relativt små forskjeller på arbeidsoppgavene i offentlig og privat sektor.

Tannpleier er kvalifisert for å ta røntgenbilder og diagnostisere de vanligste sykdommene i tenner og munnhule. De har kompetanse til å fjerne belegg og tannstein, pusse fyllinger og foreta nødvendige kontroller og etterbehandlinger. I og utenfor klinikken driver de veiledning i forebyggende og helsefremmende tannhelseatferd, både individuelt og i samarbeid med helsestasjoner, barnehager, skoler og andre kommunale instanser.

Hvis tannpleieren i et tannhelseteam utfører de oppgavene de er kvalifisert for, kan tannlegen i større grad utføre oppgaver som bare denne yrkesgruppen er kvalifisert til å gjøre. Det er ikke dermed sagt at tannpleier kun kan arbeide i team med tannlege. De kan også arbeide alene eller være selvstendig næringsdrivende og utføre oppgaver innen sitt kompetanseområde uavhengig av tannlege.

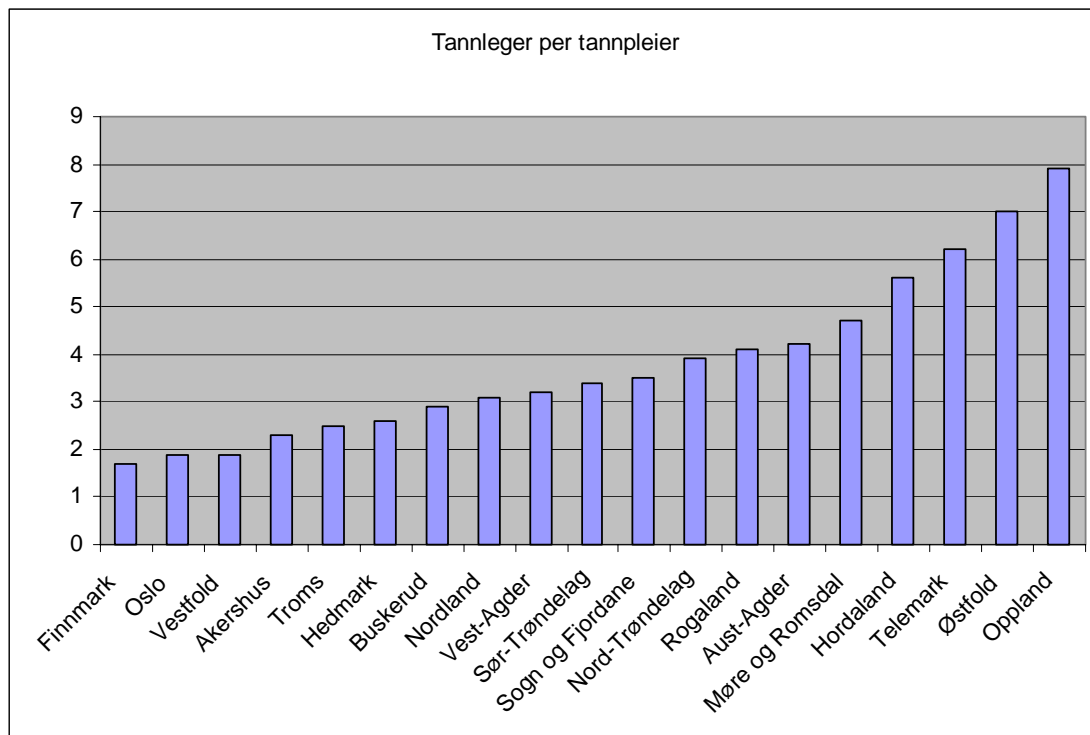
Tannhelseutviklingen har gått i retning av mindre sykdom, slik at tannpleiere i større grad kan stå for årlige kontroller og behandling uten at tannlegens kompetanse behøver å komme til benyttelse.

4.3.1 Forholdet mellom tannlegestillinger og tannpleierstillinger

Fylkeskommunene har rapportert at til sammen 20 tannlegestillinger var gjort om til tannpleierstillinger i perioden 1998-2002. Vestfold og Oppland melder at omgjøringer ble foretatt tidligere på 90-tallet. Det er ikke foretatt omgjøringer i Nord-Trøndelag, noe

som begrunnes med at det samlede antallet tannleger i utgangspunktet er lavt i forhold til befolkningstallet. Det meldes også om at det er opprettet flere tannpleierstillinger i tillegg til at det har skjedd omgjøringer.

Diagram 2 viser fylkesvis forholdstall mellom offentlige tannlege- og tannpleierårsverk per 01.01.03. rapportert fra fylkeskommunene. Tallene er korrigert for ledige stillinger.



Finnmark har lavest forholdstall med 1,7 tannleger per tannpleier, og Oppland har høyest med 7,9 tannleger per tannpleier. På landsbasis er forholdstallet 3,2:1. Følgende fylker har fremdeles et åpenbart potensiale for endringer i oppgavefordelingen: Østfold, Oppland, Telemark og Hordaland.

Fylkeskommunenes vurdering av interessen hos private tannleger for å tilsette tannpleiere
 Fylkestannlegene vurderer det slik at det er liten men antagelig stigende interesse for å ansette flere tannpleiere i privat sektor. Det er ifølge utsagnene mest aktuelt å ansette tannpleier ved større klinikker og hos spesialister. I Troms fylke er det i følge fylkestannlegen 11 tannpleiere og 48 tannleger i privat sektor. I Finnmark er inntrykket at de private tannpleierne i fylket i stor grad blir benyttet som tannhelsesekretærer. Det samlede antall tannpleiere (privat og offentlig sektor) har siden 1992 økt i alle fylker. For nærmere detaljer om den fylkesvise utviklingen, vises til kapittel 3 og tabellene 5 til 8.

Andre forhold av interesse for oppgavefordelingen mellom tannlege og tannpleier
 Fylkeskommunene har ulike oppfatninger om oppgavefordelingen mellom tannlege og tannpleier. Noen påpeker betydningen av at tannpleier tar seg av utadrettet virksomhet (Hedmark, Telemark og Vest-Agder). Hedmark uttaler at utadrettet virksomhet må

legges om og at andre enn tannhelsetjenesten må involveres i større grad. Det må føyes til at tannpleierne har en kjerneoppgave som omfatter initiering av tverrfaglige kontakter og oppfølging av disse. Andre er positive til å utvide tannpleiernes kompetanseområde til blant annet å kunne utføre enkle reparasjoner av hull i tenner (Aust-Agder, Oppland og Finnmark). Telemark og Vest-Agder bemerker at tannpleieres oppgaver bør være å ivareta alle undersøkelser og kontroller av prioritert klientell. Andre oppgaver som er nevnt er lederoppgaver, administrative funksjoner og behandling av uprioritert klientell (dvs. voksne pasienter).

Østfold viser til at oppgavefordelingen avhenger av antall pasienter, sammensetning av personell og klinikkens størrelse. Nord-Trøndelag viser til at det er begrensede muligheter til å få optimal personellsammensetning i utkantdistrikter.

4.4 Tannlegestudenters planer og forventninger til arbeid i tannhelsetjenesten

Det ble i 2001 og 2002 foretatt en spørreundersøkelse⁹ blant tannlegestudenter på siste studieår ved Universitetene i Oslo og Bergen. Spørsmålene var relatert til planer og forventninger til arbeid i tannhelsetjenesten. Svarprosenten var på 88 % (n=171).

Svarene viste at tre måneder før eksamen hadde 36 % av studentene allerede fått jobb. Av disse hadde 48 % fått jobb i den offentlige tannhelsetjenesten og 40 % hadde fått jobb som assistenttannlege i privat praksis. Det viktigste ved valg av jobb var lønn etter innsats og jobb i privat praksis. Deretter erfaring fra behandling av både barn og voksne. Rangeringen var i liten grad avhengig av oppvekstkommunens innbyggertall og sentralitet. Kvinnelige tannlegestudenter scoret høyere enn mannlige på viktigheten av å jobbe offentlig og å få erfaring fra behandling av både barn og voksne. Oppfattelsen av viktighet varierte også her lite med om oppvekstkommunen var stor eller liten, sentral eller usentral.

I alt 45 % av studentene svarte at de som første prioritet ville jobbe i offentlig tannhelsetjeneste, og 55 % i privat praksis. Resultatene viste også at 75 % av tannlegestudentene anså jobb i offentlig sektor som et midlertidig yrkesvalg. Mannlige studenter scoret høyere enn kvinnelige innenfor denne kategorien. (82 % vs. 68 %). Igjen hadde oppvekststed liten betydning i forhold til svar på spørsmålet.

Uansett sektorvalg var jobb i eller nær et tettsted viktig for studentene (68 %). Studenter fra små og lite sentrale kommuner ønsket i samme grad som studenter fra større og sentrale kommuner å jobbe nær et tettsted.

På spørsmål om hva som kjennetegner en jobb de ville være fornøyd med, viste svarene at tilfredsstillende inntekt var viktig og at arbeidsstedet passer med ektefelles/samboers ønsker og planer. Det var også viktig at arbeidsstedet befinner seg i eller i nærheten av et større tettsted. Faglig innhold i jobben og tilstrekkelige faglig utfordringer var svært viktig. Det ble også lagt vekt på tillit fra pasienten og at det skal

⁹ Den norske tannlegeforenings tidende 2002; 112 nr. 15, Artikkelforfattere Dorthe Holst, Jostein Grytten og Irene Skau

være overenstemmelse mellom jobbinnhold og egne etiske prinsipper. Gode arbeidsrelasjoner til kolleger, muligheter for selvstendige beslutninger og det å jobbe sammen med andre var viktigere enn inntekt.

Undersøkelsen viste at det å arbeide nær oppvekststedet var lite viktig. Mulighetene for å kombinere privat og offentlig stilling var heller ikke spesielt viktig.

4.5 Oppsummering

Spesielt fra 1997/1998 har de fleste fylkeskommuner igangsatt en rekke tiltak som skal bidra til å rekruttere tannleger og tannpleiere (først og fremst tannleger), og til å sikre stabilitet.

Rekruttering

- I de fleste fylker (med unntak av Oslo) er begynnerlønnen for tannleger økt med opptil 100.000 kroner
- Fylkene fra Møre og Romsdal til og med Finnmark samt Hordaland og Buskerud tilbyr etableringstilskudd (engangsbeløp ved tilsetting)
- De fleste fylker med unntak av fylkene rundt indre Oslofjord gir flyttegodtgjørelse ved flytting til stilling i offentlig tannhelsetjeneste
- De samme fylker er behjelpelig med å finne bolig. Vest-Agder og Finnmark kan skaffe bolig. Enkelte er behjelpelig med å skaffe barnehageplass
- Troms, Nordland, Nord-Trøndelag og Oppland har en fylkeskommunal ordning med nedskrivning av studielån for tannleger i tillegg til Statens lånekasse sin ettergivelse av studielån i tiltakssonen Finnmark og Nord-Troms.
- De nordligste fem fylker har i tillegg enkelte tiltak knyttet til fagutvikling og tiltak overfor tannlegestudenter fra fylket
- Kontakt med studenter i studieperioden, tilbud til studenter om sommerjobb og praksisplasser, fagmiljø og større klinikkenheter vil antagelig kunne virke positivt overfor studenter for rekruttering til offentlig sektor. Dette er gjennomført/gjennomføres allerede i mange fylker.
- Høyere begynnerlønn, mulighet til nedskrivning av studielån, etableringstilskudd, flyttegodtgjørelse og muligheter til individuelle avtaler om bonus, leie av klinikk mv. anføres av fylkeskommunene som de mest effektive tiltak.
- Det er uklart om fylkenes rekrutteringstiltak også gjelder for tannpleiere, men yrkesgruppen har hatt et solid lønnsloft siden 2001.
- I privat sektor er det ikke noe organisatorisk apparat for å "rekruttere" nyutdannede til å overta/kjøpe praksiser ved pensjonering eller til å bli partnere/assistenttannleger etc. Her foregår formidlingen mellom enkeltpersoner.
- Det er rapportert vanskeligheter med å få kjøpere i privat sektor i de samme fylker som har størst ledighet i offentlig sektor.

Stabilisering

- Den offentlige tannhelsetjenesten i de fem nordligste fylkene samt Østfold, Buskerud, Telemark, Agderfylkene og Rogaland har innført stabiliseringstillegg. Dette begynner på ca. 10.000 kroner økende til maksimalt 70.000 kroner per år avhengig av antall år i offentlig stilling i fylket.

- Bonusordninger er etablert i 12 fylker. Gjennomsnittlig årlig bonus varierer fra 10.000 kroner til 90.000 kroner. Maksimal årlig bonus varierer fra ca. 40.000 kroner til ca. 250.000 kroner
- De tre nordligste fylkene og Sør-Trøndelag tilbyr lønnet fritid utover ordinær ferie. Sju fylker har muligheter for deltidsstillinger og individuelle tilpasninger av arbeidstid
- Halvparten av fylkene har innført seniorpolitiske tiltak
- 14 fylker leier ut offentlig klinikk til ansatte tannleger for å drive privat praksis. Det fremkommer ikke om tannpleiere har denne muligheten
- Stabiliseringstiltak som muliggjør høyere avlønning er ifølge fylkeskommunene mest effektivt

Klinikkstruktur og oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere

- Fylker som har gjennomført eller er i ferd med å gjennomføre en sentralisering av klinikkstrukturen har i de fleste tilfeller et lavere forholdstall mellom tannleger og tannpleiere enn landsgjennomsnittet for offentlig sektor (som er 3,2:1).
- Administrasjonen i åtte fylker som mener det fortsatt er mulig og ønskelig å foreta endringer i klinikkstrukturen mot større og mer sentrale klinikker. Det vises til at forslagene møter politisk og lokal motstand begrunnet med svekket tilgjengelighet til tjenestene. Det opplyses at slik endring i klinikkstrukturen er en vesentlig forutsetning for å kunne omgjøre flere tannlegestillinger til tannpleierstillinger. I flertallet av disse fylkene er det høyere forholdstall mellom tannleger og tannpleiere enn landsgjennomsnittet for offentlig sektor.
- Det er store fylkesvise forskjeller i både klinikkstruktur og forholdstall mellom tannleger og tannpleiere per 01.01.03. I offentlig sektor er forholdstall mellom tannlege og tannpleier 3,2:1 og i privat sektor 13,8:1. Finnmark har 1,7 tannleger per tannpleier og Oppland har 7,9 tannleger per tannpleier i offentlig sektor.
- I privat sektor er det forholdsvis flere tannpleiere som jobber i en praksis med to eller flere tannleger enn i en praksis med bare en tannlege.
- Det er fremdeles et potensiale for endringer i oppgavefordelingen gjennom å tilsette flere tannpleiere i både offentlig og privat sektor. I privat sektor er potensialet betydelig, men avhenger blant annet av endringer i praksisstrukturen. Det kan enten opprettes flere tannpleierstillinger i tillegg til tannlegestillingene, eller ved omgjøring av tannlegestilling til tannpleierstilling.

Ledigheten i offentlige stillinger er redusert fra 2000 til 2002. Dette er sannsynligvis et resultat av en rekke virkemidler fylkeskommunene selv har iverksatt i kombinasjon med at det er for få pasienter i spesielt Oslo for at nyutdannede vil starte/etablere seg i privat sektor i dette området.

De fylkeskommunale virkemidlene omfatter økning i begynnerlønn, stabiliseringstillegg, etableringstilskudd, nedskrivning av studielån og bruk av kombinasjonsmuligheter når det gjelder inntektsmuligheter og ansettelses- og avtaleforhold eller "kombinasjonsstillinger". Etter noen år i fylkeskommunen er det i enkelte områder muligheter for å ha en inntekt på ca. 600.000 kroner. Det forutsetter at

tannlegen har mange voksne pasienter og at de offentlige oppgaver utgjør en begrenset del av arbeidsgjøppgavene.

Fylkeskommunenes rekrutterings- og stabiliseringsproblemer kommer til uttrykk gjennom antall ubesatte stillinger i kombinasjon med høy turnover og hvilke tiltak de har igangsatt.

Det kan se ut til at omfanget av ledighet i offentlige stillinger de siste 15 år kan kategoriseres i tre geografiske områder:

- Fylker med vedvarende problemer (Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark).
- Fylker med varierende problemer (Hedmark, Oppland, Buskerud, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland og Hordaland).
- Fylker med minimale problemer (Østfold, Akershus, Oslo, Vestfold).

De fylker som historisk har hatt de største rekrutteringsproblemene har i stor grad iverksatt de mest omfattende rekrutterings- og stabiliseringstiltak. Disse fylker har fortsatt høyest ledighet. Andre fylkeskommuner har få eller ingen problemer, og har ikke igangsatt egne tiltak. Det kan hevdes at dette er uttrykk for at tiltakene ikke virker. En forklaring er at nyutdannede tannleger ikke ønsker å jobbe i distrikter med høy andel ubesatte stillinger eller utenfor sentrale strøk (jfr. kapittel 4.4). Et flertall av studentene ønsker dessuten å jobbe i privat sektor. På den annen side er det et begrenset marked som fylkeskommunene konkurrerer om i sin rekruttering. I sentrale strøk er det fortsatt i de fleste fylker et pasientmarked eller tilstrekkelig etterspørsel etter tjenester til å etablere nye private praksiser eller kjøpe private praksiser av tannleger som pensjonerer seg eller slutter av annen grunn (se tabell 6 i kap 3 utvikling i privat sektor fylkesvis).

Fylkeskommunenes oppfatning er at ytterligere muligheter for rekruttering av tannleger og tannpleiere i fremtiden dels er knyttet til utvidelse av fylkeskommunale tiltak, dels til statlige tiltak. Det viktigste fylkeskommunale tiltak er sentralisering av klinikkstruktur i de fylker der dette ikke er gjennomført på en systematisk måte. Enkelte har planer for dette. I fylker hvor en sentralisering av klinikker har funnet sted blir tilbudet til innbyggerne i nabokommuner ivaretatt, enten ved at pasientene kommer til tannklinikken eller ved at tannhelsepersonell pendler til lokale klinikker som dermed er delvis betjent. Sentralisering og sammenslåing av klinikker vil også gi bedre muligheter til eventuell omgjøring av tannlege- til tannpleierstillinger.

Fylkeskommunene angir at de viktigste tiltak på statlig nivå er å øke tilgangen på tannleger og tannpleiere ved økt utdanningskapasitet, fortsette rekruttering fra Tyskland og utvide kvalifiseringskurs for tannleger fra land utenfor EØS-området. I tillegg anses statlig finansiering av spesialistutdanning (helst desentralisert) og utvidelse av tannlegestudentenes praksisperiode i den offentlige tannhelsetjenesten som av betydning.

Erfaringer fra tiltak i regi av Aetat (vikarordning for tannleger og rekruttering av tannleger fra utlandet) og responsen fra tannleger på tiltakene tilsier også at disse bør videreføres.

5. FORHOLDENE I ANDRE LAND

5.1 Innledning

Arbeidsgruppen har innhentet informasjon fra departementene i de øvrige nordiske land om relevante forhold for utredningsarbeidet. Det ble spesielt forespurt om de vurderer å iverksette tiltak for å bedre den geografiske fordelingen av tannleger og tannpleiere. Siden skotske helsemyndigheter er i ferd med å utrede tilsvarende problemstillinger som i Norge, har arbeidsgruppen i tillegg innhentet opplysninger derfra. For nærmere opplysninger om forholdene i de ulike land vises det til eget vedlegg.

5.2 Sammendrag - likheter og forskjeller i organisering og finansiering av tannhelsetjenester i de nordiske land – utvikling på personellmarkedet og framtidsutsikter

Organisering og finansiering av helse- og sosialtjenester i de nordiske land har mange likheter til forskjell fra systemene i mellom- og sør-Europa. Spesielt systemene i Danmark, Sverige og Norge omtales ofte som den skandinaviske velferdsmodellen.

Når det gjelder tannhelsetjenester, har disse med unntak av forholdene på Island, også mange likheter. Hovedtrekkene i likhetene og forskjellene kan oppsummert sies å være følgende:

5.2.1 Organisering og finansiering

- Tannhelsetjenesten er i hovedsak delt i en offentlig del og privat del. I privat sektor er det fri etableringsrett (uten former for avtalebasert driftstilskudd) og fri prissetting.
- Ansvar for å organisere offentlig finansierte tannhelsetjenester til definerte alders- og/eller pasientgrupper er i hhv Danmark og Finland lagt til kommunen, i Sverige og Norge lagt til fylkeskommunen/landsting.
- Barn og unge opp til 18-20 år får vederlagsfri tannbehandling, enten av den offentlig organiserte tannhelsetjenesten eller av privatpraktiserende med avtale.
- I tillegg gis vederlagsfri tannbehandling til grupper av eldre, uføre, funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede, varierende landene imellom.
- For den voksne befolkning for øvrig er det generelle refusjonsordninger i hhv Danmark, Finland og Sverige. I Norge er refusjonsordningene avgrenset til definerte diagnoser/sykdommer i munnhulen og til pasientgrupper med generelle sykdommer/lidelser som gir tannhelseproblemer. I Danmark har ca. 1 mill. av voksenbefolkningen i tillegg tegnet privat forsikring.

5.2.2 Personellmarkedet

- Det er lite variasjon når det gjelder tannlegerressurser i forhold til innbyggertall, varierende fra ca. 1085 innbyggere per tannlege i hhv Danmark og Finland til ca 1150 i Norge og Sverige.

- Det er imidlertid stor variasjon i antall tannpleiere i forhold til innbyggertall, hvor Norge har færrest antall. Målt som forholdstall mellom tannleger og tannpleiere varierer dette fra hhv 3 : 1 i Sverige, 5,3 : 1 i Finland, 6,5 : 1 i Danmark og ca. 9:1 i Norge.
- Spesielt Sverige men dels også Danmark har hatt et overskudd av tannleger på 90-tallet. Spesielt svenske tannleger har reist til utlandet for å søke jobb, de fleste til England, Irland og Norge.
- I Norge og Sverige er det per 2001/2002 i distriktene en betydelig ledighet i tannlegestillinger. I Finland er situasjonen i ferd med å forverres i distriktene.
- Utdanningskapasiteten av tannleger er relativt sett størst i Danmark med 160 opptaksplasser per år, 113 i Norge, 160 i Sverige og 60 i Finland.
- Utdanningskapasiteten av tannpleiere er relativt sett størst i Danmark med 125 opptaksplasser per år, 195 i Sverige, ca. 60 i Finland og 57 i Norge
- I alle land er det i ferd med å skje endringer i klinikkstruktur med større klinikker som også muliggjør andre personellsammensetninger.

5.2.3 Framtidsutsikter

- I Sverige og Danmark vil antall tannleger være rimelig stabilt fram til 2010. I Sverige anses det som mulig å opprettholde samme antall yrkesutøvere tannleger i 2020 som i 2000. I Danmark vil antallet bli redusert med ca. 700 fra 2010 til 2020 med dagens opptakskapasitet (dvs ca. 70 per år). I Finland vil antall yrkesaktive tannleger også gå ned de kommende år.
- Det forventes en økt etterspørsel samlet sett etter tannhelsetjenester i så vel Finland som i Sverige som følge av økte statlige refusjoner til tannbehandling.
- Alle land vil få utfordringer av strukturell karakter mhp personellsammensetning og klinikkstruktur.
- Det foreligger ingen planer om statlige tiltak overfor arbeidsgiversiden for å bidra til nødvendig strukturendring. Dette overlates til markedet. I Sverige foreslås mer distriktstjeneste i studiet for tannlegestudenter blant annet for å lære teamarbeid.
- Behovet for bedre geografisk fordeling av tannleger søkes i første omgang løst i Sverige ved å øke utdanningskapasiteten for tannleger i Umeå.

Alle land vil få en nedgang i antall yrkesaktive tannleger av varierende størrelse. Men i Sverige, Finland og spesielt Danmark vil det bli en betydelig større økning i antall tannpleiere sammenlignet med økningen i Norge.

6. HOVEDUTFORDRINGENE - VIKTIGE UTVIKLINGSTREKK INNENFOR TANNHELSETJENESTEN

6.1 Innledning

Som beskrevet i kapittel 1 har arbeidsgruppen som mandat å drøfte alternative virkemidler av både rettslig og utenomrettslig karakter for på både kort og lang sikt å 1) oppnå mer hensiktsmessig geografisk fordeling av tannleger og tannpleiere, 2) mer hensiktsmessig fordeling av arbeidsoppgavene mellom tannleger og tannpleiere og 3) et mer hensiktsmessig samarbeid mellom offentlig og privat sektor i tannhelsetjenesten.

Gitt de eksisterende rammeforhold og beskrivelsene og drøftingene i kapittel 3-5, ser arbeidsgruppen følgende hovedutfordringer:

- Ledighet og ustabilitet i den offentlige sektor, spesielt i fylkene fra Sogn og Fjordane nordover til og med Finnmark, men også i enkelte andre områder
- Yngre tannlegers yrkespreferanser
- Svakheter i markedet for tannbehandling
- Oppgavefordeling mellom tannpleier og tannlege, spesielt i privat sektor
- Begrenset samarbeid mellom offentlig og privat sektor - sektorinndelingen mellom offentlig og privat sektor
- Klinikstruktur i så vel offentlig som privat sektor

Innenfor dagens rammebetingelser vil utfordringenes størrelse og karakter blant annet avhenge av forhold knyttet til fremtidig tilbud av og etterspørsel etter tannpleiere og tannleger. Dette vil derfor først bli belyst.

6.2 Fremtidig tilbud av og etterspørsel etter tannpleiere og tannleger

6.2.1 Tilbudet av tannpleiere

Det framtidige tilbud av tannpleiere (og tannleger) er et resultat av forholdet mellom tilgangen på og avgangen av yrkesutøvere. Som beskrevet i kapittel 3 har det vært en økning i tannpleiernes årsverkinnsats i perioden 2000 – 2002 med 88 fra 382 til 469 (ca. 20 % økning på 2 år). Hvis det forutsettes at den årlige registreringen har hatt samme standard fra år til år, skulle dette indikere at de fleste nyutdannede tannpleiere i denne perioden har blitt yrkesaktive samtidig som et fåtall har gått ut av yrket.

SSB har i sin HELSEMOD 2002¹⁰ foretatt en framskriving av tilbudet av tannpleiere. Tilbudet er angitt i årsverk, og er blant annet basert på dagens utdanningskapasitet på 57 opptaksplasser per år og en gjennomføringsgrad på ca. 80 %. Framskrivningen antyder at tilbudet av tannpleiere vil øke med 180 fra 1999 til 2005 og med ytterligere

¹⁰ En beregningsmodell for fremskrivning av etterspørsel og tilgang på helsepersonell

130 fra 2005 til 2010 og ca. 100 fra 2010 til 2015. Utvidelsen av studietiden i tannpleierutdanningen fra 2 til 3 år innebærer at det i 2005 bare vil bli utdannet tannpleiere i Tromsø.

Økningen innebærer at fylkeskommunene de nærmeste 2-3 år dermed burde kunne ha gode muligheter til å få besatt de drøye 30 stillinger som per i dag står ubesatt på grunn av mangel på søkere. I tillegg gir det arbeidsgiversiden i den offentlige og private sektor mulighet til å få besatt inntil ca. 60 nye tannpleierstillinger i perioden fram til 2005 og ytterligere ca. 100 stillinger frem til 2010.

Hvis alle offentlige tannpleierstillinger blir besatt og ca. 50 av de ca. 160 potensielle nye stillinger kommer i offentlig sektor, vil det i 2010 bli utført ca 400 tannpleierårsverk i denne sektoren. Hvis antall tannleger forblir uendret, kan forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere i offentlig sektor bli endret fra 3:2 i 2002 til 2,6:1 i 2010. Med ca. 110 flere tannpleiere i privat sektor vil antall tannpleiere i denne sektoren øke med ca. 75 % i perioden fram til 2010. Forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere i privat sektor vil dermed bli endret fra 20,0:1 i 2002 til 11.4:1 i 2010. Samtidig endringer av hhv offentlige tannlegestillinger/privatpraktiserende tannleger vil endre forholdstallene ytterligere i begge sektorer.

Av fylkeskommunenes rapportering fremgår at fylkeskommunene foreløpig har planer om å omgjøre 5-10 tannlegestillinger til tannpleierstillinger samlet for perioden 2003-2005. Flere fylker har et større potensiale, men det opplyses at dette blant annet er avhengig av politiske vedtak om endringer i klinikkstruktur, se kapittel 4.2. Det fremkommer ikke om det foreligger planer om nye tannpleierstillinger uavhengig av omgjøringer.

Det vil ikke være utenkelig at enkelte tannpleiere etablerer selvstendig praksis. Omfanget av slik virksomhet vil antagelig med nåværende organisering og finansiering av tannhelsetjenester bli begrenset. Det økte tilbudet av tannpleiere frem til 2010 innebærer dermed at fylkeskommuner med potensiale for annen oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere vil ha økte incitamenter til å omgjøre flere tannlegestillinger til tannpleierstillinger enn det som foreløpig er planlagt.

Helsemyndighetene igangsatte høsten 2001 en forsøksordning i tre fylkeskommuner med økt tilbud av offentlige tannhelsetjenester til hjemmeboende med kommunal hjelp utover de grupper som har rettigheter etter § 1-3 i tannhelsetjenesteloven. En eventuell innføring av slikt tilbud på landsbasis om 2-3 år forutsetter statlig bevilgning og vil kunne øke etterspørselen etter tannpleiere i offentlig sektor.

6.2.2 Tilbudet av tannleger

I SSBs HELSEMOD er det foretatt en framskriving av årsverkinnnsatsen i tannlegemarkedet. Med dagens utdanningskapasitet og gjennomføringsprosent på 95 % samt forsiktig rekruttering fra utlandet anslår modellen at det i 2015 vil bli utført ca. 160 færre årsverk sammenlignet med 1999. Med lav gjennomføringsprosent vil det bli utført over 300 færre årsverk i 2015 sammenlignet med 1999.

Arbeidsgruppen har gjort en beregning av forholdet mellom avgang og tilgang på tannleger (NB – ikke årsverk). Avgangen er basert på tannlegeforeningens medlemsregister fra 1999 og tannlegeforeningens håndbok med oversikt over de som ikke er medlem av foreningen.

Tabell 13: Fremtidig tilgang og avgang på tannleger med norsk autorisasjon gitt på bakgrunn av grunnutdanning fra Norge eller gjennomført lisensprogram.

Kalenderår	Avgang alder 65 år	Tilgang*	Netto
2002	100	101	1
2003	116	101	-15
2004	134	106	-28
2005	119	106	-13
2006	93	106	13
Sum 2002- 2006	562	520	-42
2007	142	106	-36
2008	163	106	-57
2009	133	115	-18
2010	126	123	-3
2011	135	132	-3
2012	161	140	-21
2013	134	140	6
2014	118	140	22
2015	155	140	-15
Sum 2002- 2015	1829	1662	-167

* Ved beregning av tilgang er det tatt høyde for etablering av tannlegeutdanning ved Universitetet i Tromsø fra 2004 med opptak på 10 studenter som gradvis trappes opp til 40 etter fire år. Videre er det tatt hensyn til etablering av kvalifiseringsprogram ved Universitetet i Oslo fra 2003 for tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området. Videre er det lagt til grunn at 85 % gjennomfører utdanningen.

Tabellen viser at i perioden 2003 – 2006 vil tilbudet av tannleger basert på de gitte forutsetninger bli redusert med ca. 40. Hovedtyngden av reduksjonen i denne perioden kommer i 2004. I treårsperioden 2007 – 2009 blir reduksjonen ca. 110 (dvs. i gjennomsnitt 35 – 40 per år). I perioden 2010 til 2015 blir det mindre endringer. For hele perioden 2010 – 2015 er nedgangen anslått til ca. 15 (dvs. i gjennomsnitt 2-3 per år).

Hva som vil bli det faktiske tilbud av tannleger/tannlegeårsverk, vil kunne avhenge av flere forhold. Når det gjelder avgangen av tannleger vil den kunne bli lavere jo flere

privatpraktiserende tannleger som er yrkesaktive til 70 år eller mer. Økende antall tannleger i offentlig sektor som pensjonerer seg ved 62 års alder vil derimot øke avgangen, med mindre de fortsetter yrkesaktivitet i privat sektor. Endringer i tannlegers preferanser for annen yrkesaktivitet vil også påvirke det samlede tilbud av tannleger.

Størst usikkerhet er knyttet til tilgangen på tannleger. En viktig faktor er variasjon i antallet som gjennomfører tannlegestudiet i Norge (se kapittel 3.2). En annen faktor er tilgangen på tannleger fra utlandet. Av beskrivelsen i kapittel 3 og 5 (se vedlegg) kan det synes lite sannsynlig at tilgangen på tannleger fra de nordiske land vil bli høyere de nærmeste år enn det den er i dag. De største mulighetene for å øke tilgangen på tannleger ligger i rekruttering av tannleger fra Tyskland og eventuelt fra de land som blir nye EU-medlemsland fra 1. juli 2004. Rekruttering fra Tyskland vil antagelig være avhengig av den generelle konjunkturutviklingen i Tyskland, og konkurranse fra de øvrige nordiske land om rekruttering. Utvidelsen av EU-området med 10 nye medlemsland utvider mulighetene for tannleger fra disse land til å få norsk autorisasjon uten tilleggsutdanning. Hvis det tilrettelegges for norskopplæring og opplæring i såkalte nasjonale fag for tannleger fra disse land, vil dette kunne øke det samlede tilbud av tannleger på det norske markedet.

Høsten 2002 ble det innført mulighet for gebyrstipend for ungdom som vil studere odontologi i land hvor det må betales skolepenger for studiet. Av kapittel 3 går det frem at 7 norske ungdommer studerer odontologi i Ungarn, høyst sannsynlig med slikt stipend. Økt bruk av gebyrstipend vil kunne øke tilgangen på tannleger fra 2008 forutsatt at tannlegene kommer tilbake til Norge etter endt utdanning. Erfaringene fra tilsvarende utdanning i medisin i utlandet viser et frafall på ca. 25-30 prosent i løpet av studietiden.

6.2.3 Etterspørsel etter tannleger

Som vist ovenfor kan de største utfordringene når det gjelder tilbudet av tannleger kunne komme i 2004 og i perioden 2007-2009. Dette vil bli en ekstra utfordring når det gjelder rekruttering av tannleger til offentlig sektor og for muligheten til å få tannleger til å overta private praksiser i distriktene. Problemenes omfang vil i stor grad være knyttet til hva som skjer på etterspørselssiden i den voksne befolkningen i de folkerike kommuner og i stillings-/praksismarkedet, inkludert de unge tannlegers yrkespreferanser.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med SSB foretatt en ny fremskriving som legger til grunn en lavere inntektselastisitet for etterspørsel og et høyere estimat for økonomisk vekst enn det som ble lagt til grunn av SSB i HELSEMOD fra 2002. Den nye fremskrivingen viser en økt etterspørsel på ca. 140 årsverk fra 1999 til 2005, ca. 240 fra 1999 til 2010 og ca. 300 fra 1999 til 2015. Framskrivningen viser at tilbudet av tannleger i 2010 vil bli ca 80 færre årsverk sammenlignet med 1999 og 35 færre i 2015. I modellen er oppstart av tannlegeutdanning i Tromsø fra 2004 tatt med.

Rapporten om tannlegeutdanning i Tromsø¹¹ og den interdepartementale arbeidsgrupperapport fra Helsedepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet fra april 2002¹² la til grunn en 0-vekst i etterspørsel av tannleger fra 1999 til 2015 som grunnlag for forslagene til økning av utdanningskapasiteten i Norge. Videre ble det lagt til grunn en økning i tilbudet av tannpleiere som vist i kapittel 6.2.1.

Sum antall stillinger i offentlig sektor (dvs. inkludert ledige stillinger) og antall privatpraktiserende tannleger økte jevnt fra 3593 i 1985 til 3833 i 2000, dvs. en økning med ca. 240. Med forbehold om usikkerhet knyttet til tall for privat sektor, økte det samlede antall ytterligere med drøye 100 fra 2000 til 2002. For hele perioden 1985 til 2002 innebærer dette en økning på ca. 350 i løpet av 15 år (dvs. ca. 10 %). Befolkningstallet har i samme periode økt med bortimot 400.000 innbyggere, som tilsvarer ca 10 prosent økning. På landsbasis er tannlegedekningen i forhold til befolkningstallet omtrent den samme i 2002 som i 1985, gitt at alle offentlige stillinger er besatt.

Et interessant trekk er at etterspørselen i voksenbefolkningen i de folkerike kommuner, og spesielt i Oslo-området, ser ut til å ha stoppet opp og sågar gått ned de siste par år. Denne tendensen i markedsutviklingen kan være uttrykk for generell bedring i voksenbefolkningens tannhelse. Dette kan indikere at etterspørselen etter tannleger på landsbasis ikke vil øke vesentlig de nærmeste 10-15 år. Det er imidlertid store geografiske variasjoner i tannhelsetilstand i voksenbefolkningen, spesielt i de eldste aldersgrupper. Det er grunn til å vente at etterspørselen i voksenbefolkningen i distriktene vil øke i årene fremover blant annet som følge av at de fleste beholder egne tenner til alderdommen. Økt kjøpekraft og nye behandlingsmuligheter kan bidra til at etterspørselen ikke blir mindre, snarere vil kunne øke. Tabell 1 og 6 viser at det har vært en vekst i privat tannlegesektor, spesielt i fylkene Østfold, Akershus, Rogaland, Møre og Romsdal, Nordland, Troms og Finnmark. Denne veksten i kombinasjon med redusert privat sektor i Oslo har *delvis* utjevnet den geografiske tannlegedekningen på landsbasis.

Som omtalt foran i kapittel 6.2.1. er det et økende potensiale for arbeidsgiverne både i den offentlige og private sektor for omgjøring av tannlegestillinger/assistenttannlegeavtaler til tannpleierstillinger som følge av økende tilgang på tannpleiere (se foran og punkt 6.6). En omgjøring av 100 – 150 tannlegestillinger/assistenttannlegeavtaler til tannpleierstillinger frem til 2010 vil bidra til å redusere den samlede etterspørsel etter tannleger på landsbasis. Slik omgjøring vil gi en bedre balanse i tannlegemarkedet, og vil gi fylkeskommuner med mange ubesatte stillinger bedre muligheter til å rekruttere tannleger til stillinger hvor tannlegestillingene må opprettholdes (først og fremst i distriktene). Det vil også gi bedre forutsetninger for private tannleger i distriktene med stort pasientgrunnlag til å få

¹¹ Utredning om tannlegebehov i Norge og tannlegeutdanning i Tromsø, Universitetet i Tromsø 1999.

¹² Behov for økning i utdanningskapasiteten for tannleger. Alternative forslag til økning av utdanningskapasiteten, 2002.

solgt sin praksis ved ønske om pensjonering. Omgjøring av tannlegestillinger/assistenttannlegeavtaler må tas av arbeidsgiverne/praksiseiere. I fylker med størst potensiale for omgjøring og med god rekruttering av tannleger vil effekten på landsbasis kunne bli størst. Spørsmålet er om det finnes en "solidarisk handlingsvilje" på arbeidsgiversiden på tvers av fylkesgrenser og landsdeler.

I flere sammenhenger har det tidligere blitt fremhevet at det er en overkapasitet av tannlegerressurser i Oslo. Utviklingen av det private markedet i Oslo viser en netto nedgang de siste par år. Dette skulle tilsi at det foregår en markedsmessig tilpasning ved at praksiser opphører fordi det ikke lenger er pasienter nok til å etterspørre tannlegéhjelp i det ressursomfang det private markedet hittil har representert. Se ellers drøftingen nedenfor i kapittel 6.5. Hvis det fortsatt er et potensiale for en slik markedstilpasning, så vel i Oslo som i andre byer, vil markedstilpasningen bidra til bedre forutsetninger for å rekruttere til distriktene.

Endringer i etterspørselen etter tannlegerressurser vil også være knyttet til eventuell innføring av en generell tredjeparts finansiering av tannbehandling overfor den voksne befolkningen, og hvordan denne i så tilfelle organiseres. Dette er nærmere omtalt i kapittel 8.

6.2.4 Etterspørsel etter tannpleiere

SSBs framskrivning av tilbud og etterspørsel av årsverkinnsatsen av tannpleiere vil i følge HELSEMOD 2002 gi et overskudd på 178 tannpleiere i 2020. Sosial- og helsedirektoratet har i 2003 bedt SSB om å foreta en revidert framskrivning av etterspørsel av tannpleiere basert på nye forutsetninger. De viktigste endringene gjelder priselastisitet og et estimert forholdstall mellom årsverkinnsats av tannleger og tannpleiere. Med et estimert forholdstall på landsbasis på 3:1 mellom tannleger og tannpleiere (samlet for offentlig og privat sektor), en inntektselastisitet på 0,45 og en årlig økonomisk vekst i BNP på 2,0 prosent, viser framskrivningen et underskudd mellom tilbud og etterspørsel på 22 i 2005, et underskudd på 99 i 2010 og 217 i 2015 gitt dagens utdanningskapasitet og gjennomføring i studiet.

Som beskrevet foran vil etterspørsel etter tannpleiere i hovedsak være et resultat av beslutninger fylkeskommunene og privatpraktiserende tannleger tar som arbeidsgivere/praksiseiere. Helsemyndighetene opererer ikke med normtall når det gjelder personelldekning eller oppgavefordeling mellom personellgrupper innenfor helsetjenesten for øvrig. Dette er en del av arbeidsgivers styringsrett. På den annen side kan myndighetene gjennom ulike virkemidler bidra til en ønsket utvikling som i sum innebærer en annen oppgavefordeling som uttrykk for en mer effektiv bruk av tannlege- og tannpleierressurserne. Dette kan særlig være aktuelt hvor en av yrkesgruppene utgjør en kritisk faktor når det gjelder befolkningens tilgang helsetjenester.

I fylkene Oslo, Vestfold, Troms og Finnmark er det i offentlig sektor et forholdstall mellom tannleger og tannpleiere varierende fra 1,7:1 til 2,5:1. Fylkeskommunene i disse fylkene mener å ha utnyttet potensialet for effektiv oppgavefordeling og dermed

omgjøring av tannlege- til tannpleierstillinger maksimalt. Forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere i andre fylker, viser at Oppland har et forholdstall på 7,9:1, Østfold 7,0:1, Telemark 6,2:1, Hordaland 5,6:1 og Møre og Romsdal 4,7:1 (se diagram 2). Ut fra objektive kriterier som for eksempel sykdomsforhold, befolkningsgrunnlag, klinikkstruktur og kommunikasjonsforhold, skulle dette tilsi at disse fylkene burde ha et potensiale for å omgjøre tannlege- til tannpleierstillinger når tannlegestillinger blir ledige. For enkelte fylker ville forholdstallet vært lavere hvis alle tannpleierstillingene var besatt. Omvendt ville det vært høyere hvis alle tannlegestillinger var besatt.

Telemark anfører at de har planer for omgjøring av stillinger, men er avhengig av de strukturendringer som må gjennomføres på klinikkensiden. Et fylke som opplyser å ikke ha slike planer er Østfold. I likhet med de nærmeste nabofylker Akershus, Oslo og Vestfold har dette fylket også minst problemer med å rekruttere tannleger. Sammenlignet med Vestfold har offentlig sektor i Østfold et forholdstall mellom tannleger og tannpleiere som er 3,5 ganger høyere enn Vestfold. Den generelle tannlegedekningen er litt høyere i Vestfold enn i Østfold.

6.2.5 Oppsummering

Det blir sannsynligvis et økende tilbud av tannpleiere i årene frem til 2010. Etterspørselen etter tannpleiere vil for det meste være avhengig av arbeidsgivernes/praksiseiernes fremtidige beslutninger om opprettelse av tannpleierstillinger. Det økende tilbudet av tannpleiere gir arbeidsgiverne i både offentlig og privat sektor store muligheter til å få besatt 150 – 160 nye tannpleierstillinger frem til 2010, enten i tillegg til eller som erstatning for tannlegestillinger.

På tannlegemarkedet er det flere faktorer som vil kunne påvirke både tilbudet og etterspørselen. Det generelle utgangspunkt er at tilbudet av tannleger blir lavere, spesielt i perioden 2007 – 2009. På den positive siden er for det første tendensen til en ønsket markedsmessig utvikling i privat sektor i områder med overetablering (spesielt Oslo). Dette har bidratt til vekst i privat sektor i andre deler av landet og dermed bidratt til en generell geografisk utjevning i tannlegemarkedet. Det har antagelig også bidratt til at offentlig sektor på landsbasis ikke har fått større rekrutteringsproblemer de siste par år. Det andre er nye muligheter på kort sikt til å øke den generelle tilgangen på tannleger ved rekruttering fra utlandet, på lengre sikt ved effekten av gebyrstipend for norsk ungdom som søker utdanning i utlandet. Det tredje er tendensen til at privatpraktiserende tannleger fortsetter sin yrkesaktivitet til ca. 70 årsalder. Det fjerde er en økende mulighet for arbeidsgiverne til å rekruttere tannpleiere til nye stillinger hvor det objektivt sett er et potensiale tilstede, spesielt ved omgjøring av tannlege- til tannpleierstillinger.

På den negative siden kan en fremtidig treghet med å omgjøre tannlegestillinger til tannpleierstillinger opprettholde problemene i tannlegemarkedet når tilbudet av tannleger blir mindre. Utfordringen er at de regioner eller distrikter som har størst problemer med rekruttering av tannleger i stor grad er avhengig av beslutninger tatt av arbeidsgivere/praksiseiere i andre regioner/fylker. Det er grunn til å tro at tidlig

pensjonering i offentlig sektor kan redusere det samlede tilbud av tannleger, selv om noen tannleger fortsetter i privat sektor. Fortsatt overetablering av tannleger i privat sektor i sentrale strøk vil begrense mulighetene til rekruttering til både offentlig og privat sektor i distriktene.

6.3 Ledighet og ustabilitet – geografisk variasjon

Som vist i kapittel 3 og 4 kan det se ut til at en bedre markedstilpasning i privat sektor (spesielt i Oslo) i kombinasjon med rekruttering av tannleger fra Tyskland og en rekke rekrutterings- og stabiliseringstiltak har ført til bedre tannlegebemanning i offentlig sektor i de indre østlandsfylker, Buskerud og fylkene fra Telemark t.o.m. Hordaland. Fylkeskommunenes rekrutterings- og stabiliseringstiltak har i liten grad bidratt til å øke det samlede tannlegetilbud. Etablering av tiltak har båret preg av en konkurranse mellom fylkeskommunene om å få tak i nyutdannede norske tannleger i et knapphetsmarked hvor alternativet for de nyutdannede tannleger er privat praksis med fri etableringsrett og fri prissetting. Uansett utdannes ikke nok tannleger per år til å kunne besette alle ledige offentlige stillinger selv om det private markedet ikke øker. Når det offentlige marked utgjør ca. 25 % av det samlede tannlegemarkedet, sier det seg selv at utfordringene for offentlig sektor er store.

Spørsmålet er hvorvidt de positive elementene i tannlegemarkedet de nærmeste 3-6 år fortsatt bare vil komme sentrale strøk til gode, eller om også distrikter som har slitt og sliter med ledighet og ustabilitet også har muligheten til å få besatt ledige tannlegestillinger/ få kjøpere til private praksiser.

Uansett hva som skjer i tannlegemarkedet vil offentlig sektor i de fire fylker rundt Oslofjorden høyst sannsynlig få lite problemer med ledighet i tannlegestillinger. Og hvis det skulle bli ledighet av en viss størrelse, bør det være et potensiale for kjøp av tjenester i den private sektor, se tabell 6 og diagram 1. Østfold har dessuten et potensiale for å ansette flere tannpleiere for å ivareta oppgaver tannlegene utfører.

I Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark og Møre og Romsdal vil ca. 1/3 av tannlegene oppnå pensjonsalder i løpet av fem år. Hvis alle disse stillingene skulle bli besatt, utgjør det ca. ett årskull norskutdannede tannleger bare for offentlig sektor i disse fem fylkene. I tillegg kommer pensjoneringen i privat sektor i disse fylker. I Hordaland, Nord-Trøndelag, Nordland og Troms er det også mange tannleger som vil oppnå pensjonsalderen frem til 2010. Disse utgjør antagelig over halvparten av den stabile kjerne av offentlig tannleger i disse fylkene. Også i disse fylkene vil mange privatpraktiserende forsøke å selge sin praksis i samme periode som følge av oppnådd pensjonsalder.

Et sentralt spørsmål er om sentrale strøk i Sør-Norge (både offentlig og privat sektor) uansett vil bli vinnere når det gjelder rekruttering av tannleger til ledige stillinger/praksiser når studentenes yrkespreferanser tas i betraktning, se nedenfor. På 90-tallet klarte de nordligste fylkene å sikre en minimumsbemanning i distriktene gjennom rekruttering fra Danmark og Sverige, se foran kapittel 3. På det tidspunkt jobbet få tannleger utdannet i andre land i offentlig sektor i Sør-Norge.

Fylkeskommuner i Sør-Norge ser ut til å lykkes med å rekruttere tannleger fra Tyskland. Tannleger fra Tyskland ser ikke ut til å la seg rekruttere til Nord-Norge i like stor grad. Forhold som kan bidra til at de nord-norske fylker kan rekruttere tannleger er en generell økning i tilbudet av tannleger og/eller redusert etterspørsel i Sør-Norge. Konkret betyr det at fylkene i Sør-Norge rekrutterer flere fra Tyskland og eventuelt andre EU-land. I tillegg at arbeidsgiverne/praksiseiere i Sør-Norge i både privat og offentlig sektor oppretter tannpleierstillinger i takt med det økende tilbud av tannpleiere. Den kritiske faktor for at de nordligste fylker skal kunne rekruttere blir dermed de sør-norske arbeidsgivernes solidariske handlinger.

Flere fylkeskommuner rapporterer om optimisme i forhold til fremtidig rekruttering av tannleger til offentlig sektor. Det gjelder både Hedmark, Aust-Agder, Møre og Romsdal og til dels Sør-Trøndelag. De som vurderer fremtiden som problemfylt oppgir gjerne at nabofylkene har samme problemer (Oppland, Vest-Agder, Rogaland, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag, Troms). I Troms fylke skiller Tromsø by seg vesentlig fra de øvrige kommuner i fylket når det gjelder tannlegedekning generelt og tannpleierdekningen i privat sektor. Dette er en utvikling som bidrar til større muligheter til en bred rekruttering av veiledere i klinisk virksomhet i den kommende tannlegeutdanningen. Etablering av odontologisk kompetansesenter og ny tannlegeutdanning vil dessuten bety en betydelig rekruttering av spesialister og utvikling av fagmiljøer. Dette gir nye yrkesmuligheter som vil ha en positiv effekt på rekruttering av tannleger generelt til dette området.

Beskrivelsen av fylkeskommunenes rekrutterings- og stabiliseringstiltak slik det fremkommer av kapittel 4 viser at omfattende tiltak er igangsatt. Det kan virke som om ytterligere tiltak av tilsvarende karakter vil kunne ha lite tilleggseffekt på rekrutteringen til offentlig sektor. Innføring av en rekke kombinasjonsmuligheter i arbeids- og inntektsforhold i kombinasjon med stor faglig bredde samt tryggheten som ansatt i et bredere fag- og kollegamiljø, burde gi store valgmuligheter og interessante arbeidsplasser for nyutdannede tannleger. Skal ytterligere tiltak ha effekt må disse være av strukturell karakter.

6.4 Yngre tannlegers yrkespreferanser

Yrkespreferansene til sisteårsstudentene er belyst i kapittel 4.5. Disse er antagelig også uttrykk for en holdning eller preferanser i den unge voksne generasjon generelt. Allikevel skal det ikke sees bort fra at ønskene også er knyttet til motivene for å søke odontologistudiet og til studiets karakter og særpreg. Det meste av praksistreningen for andre helsefagstudenter som for eksempel lege-, sykepleie- og fysioterapistudenter foregår i den utøvende helsetjenesten og ikke på egne studentklinikker på høgskole- eller universitetsområdet. De medisinske kandidater har i tillegg 18 måneders turnustjeneste hvorav 6 måneder i den kommunale helsetjeneste. Mange har turnustjeneste i distriktskommuner. Dette innebærer at andre helsefagstudenter/-kandidater får en bred kjennskap til den utøvende helsetjenesten før de får autorisasjon som helsepersonell. Omfanget av ekstern praksis gir også erfaringer og forståelse av fremtidige kollegaer i distriktene som rollemodeller.

Den eksterne praksisperiode i tannlegeutdanningen er i dag på 3 uker både i Bergen og Oslo. Fra høsten 2003 utvides den til 5 uker i Oslo. Arbeidsgruppen ser det som en stor utfordring at forhold i odontologistudiet tilrettelegges på en slik måte at det kan gi studentene en bredere erfaring fra utøvende tannhelsetjeneste og dermed en forståelse for den offentlige tjenestens oppgaver og arbeidsformer og offentlig tannlegearbeid. Dette kan bidra til å øke interessen for å arbeide i offentlig sektor generelt og i distriktene spesielt. Etablering av tannlegestudiet i Tromsø, hvor halvparten av praksisopplæringen skal foregå på offentlige tannklinikker i Nord-Norge, vil gi andre rollemodeller for tannlegestudentene og kan på sikt kunne bidra til at flere søker arbeid i distriktene og /eller i offentlig sektor.

Et annet tiltak av lignende karakter er å legge bedre til rette for sommerjobb i offentlig sektor til studentene, spesielt i distriktene. Fylkeskommunene som har iverksatt dette tiltaket melder om god effekt mht. senere rekruttering. Til tross for at det er spesielle utfordringer særlig knyttet til å løse veilederoppgavene i ferieperioder, kan dette gjennomføres ved at fylkeskommunene i samarbeid utdanningsinstitusjonene påtar seg større ansvar for å legge til rette for at flere kan få sommerjobb.

Norge har de siste par år hatt en økonomisk nedgang i næringslivet, noe som gjenspeiles i oppsigelser og omstillinger. Et interessant trekk i mediebildet i denne sammenheng har vært en økende fokus på mulighetene og fordelene ved å være ansatt i offentlig sektor. Oppgavene og arbeidsformen i offentlig sektor er blitt framstilt som spennende og utfordrende. Man skal ikke se bort fra at positiv fokusering på yrkesaktivitet i offentlig sektor generelt også kan ha en effekt når det gjelder den offentlige tannhelsetjenestens muligheter til å rekruttere nyutdannede tannleger. Jobb i offentlig sektor gir dessuten større trygghet i ulike livsfaser.

Som nyutdannet tannlege vil mestring av det faglige i den selvstendige yrkesrollen og muligheten til å kunne utvikle en faglig trygghet ha stor betydning. For mange er de faglige utfordringene av slik karakter at de den første tiden som yrkesaktiv ønsker å være i et ansettelsesforhold eller i en arbeidssituasjon hvor de ikke har selvstendig arbeidsgiveransvar. Det innebærer at de ønsker å jobbe i en privat praksis eller på en offentlig klinikk hvor det er to eller flere tannleger.

Kjøp/overtagelse av en privat praksis innebærer en økonomisk investering og dermed en risiko. I tillegg får man et arbeidsgiveransvar med de implikasjoner det innebærer. Tannlegevirksomhet er regulert av en rekke lover og forskrifter med bestemmelser tannlegen som selvstendig næringsdrivende er forpliktet til å følge. Tannlegestudiet gir ikke kandidatene kvalifikasjoner som dekker det behov en praksiseier må ha for å kunne ivareta eier- og arbeidsgiveransvaret. Det er derfor forståelig at tannleger i entannlegepraksiser har problemer med å få solgt sine praksiser til nyutdannede, og kanskje særlig i distriktene. Deres største mulighet for potensielle kjøpere er mer erfarne tannleger i offentlig sektor i området. Det er også i denne sammenheng man må forstå interessene til tannlegestudentene hvor de svarer at de ser på stilling i den offentlige som en midlertidig yrkesperiode.

Yngre tannlegers yrkespreferanse er en utfordring både for utdanningsinstitusjonene og for arbeidsgivere/praksiseiere. Fylkeskommunene i samarbeid med de privatpraktiserende tannleger i fylket har her en viktig oppgave i å legge til rette for rekruttering av nyutdannede tannleger. Forhold knyttet til klinikker-/praksisstruktur vil antagelig være av stor betydning, se kapittel 6.8.

6.5 Svakheter i markedet for tannbehandling

Som vist i kapittel 3 består tannhelsetjenesten i Norge av en offentlig sektor som utgjør ca. 23 % og en privat sektor som utgjør ca. 77 %. Den offentlige sektor er sterkt regulert både når det gjelder pasientgrupper, oppgaver og stillinger. Offentlig og privat sektor fungerer uavhengig av hverandre, og spesielt tannlegenes inntektsforhold er forskjellig mellom de to sektorer. I den offentlige sektor har tannlegene et ansettelsesforhold med fast månedslønn. De siste årene har det i fylker hvor tannlegene i tillegg til de offentlige oppgaver også behandler voksne pasienter utviklet seg ordninger med produksjonsavhengig inntekt. Som vist i kapittel 4 har dette vært nødvendig for å rekruttere og spesielt sikre stabilitet av tannleger i sektoren.

I privat sektor er vanligvis tannlegen enten praksiseier eller har et leieforhold til praksiseier (ofte benevnt som assistenttannlege). For ordens skyld nevnes at assistenttannlegen kan også være arbeidstager. Når assistenttannlegen har et leieforhold til praksiseier betaler vedkommende en avtalt prosent av omsetningen for leie av kontor, utstyr, materialer mv. Tannlegen unngår dermed risiko som er knyttet til investeringer mv. I mange tilfeller omfatter også leiekontrakten at praksiseier er arbeidsgiver for assistenttannlegens tannlegesekretær og annet personale. Dermed kan assistenttannlegen kunne konsentrere sin oppmerksomhet om de faglige oppgavene. Videre er det i privat sektor fri etableringsrett og fri prissetting. Hoveddelen av behandlingene beregnes etter stykkpriser. Med unntak av enkelte behandlingsformer (blant annet periodontitt og operative inngrep) og enkelte pasientgrupper, betaler pasienten 100 % egenandel for behandlingen. I den private sektor etterspørres tannbehandling i prinsippet på samme måte som etter andre tjenester. Pasientene som etterspørre kan gjerne karakteriseres som konsumenter.

Forskning blant annet fra Norge viser at priselastisiteten for de aller fleste typer tannhelsetjenester er lav¹³. Det betyr at folks etterspørsel kun i liten grad påvirkes av om tannlegen øker sine priser. Brukerne etterspør det samme omfang av tjenester og skifter kun i liten grad tannlege på grunn av prisen. Konsumentene har vanskeligheter med å identifisere kostnadseffektive tilbydere av tannhelsetjenester. Dette kombinert med et relativt høyt inntektsnivå i Norge forklarer den lave priselastisitet.

På tilbudssiden er det få eller ingen incentiver for tannlegen til å prioritere mellom pasienter og behandlinger ut fra en mulig tannhelsegevinst. Det innebærer heller ikke store problemer for en tannlege å sysselsette seg selv, selv med en mindre

¹³ Grytten og Holst, "Fremtidig utdanningskapasitet for tannleger", Den norske tannlegeforenings Tidende 2003; 113 nr. 5.

pasientpopulasjon enn det som ville være naturlig. Stykkprisfinansiering og lav priselastisitet kan gi en kostnadsdrivende tjeneste.

Tannlegene står som praksisinnehavere fritt til å ansette tannpleiere for å ivareta pasientenes etterspørsel. Dette kan gjøres enten praksisen er en entannlegepraksis eller en flertannlegepraksis, se tabell 11 og 12 i kapittel 4. Fleksibiliteten er antagelig størst i en flertannlegepraksis. Det er også fri prissetting på tannpleiernes tjenester, og i mange praksiser kan det være mer kostnadseffektivt å ansette tannpleier, eventuelt istedenfor assistenttannlege. Dagens finansieringssystem i kombinasjon med tannlegens muligheter til å påvirke etterspørselen (for eksempel hyppighet av kontroller, anbefaling om behandlinger mv.), oppmuntrer antagelig i liten grad til ansettelse av tannpleier. Finansieringssystemet i seg selv kan sies å være en drivkraft for økt etterspørsel etter tannlegeårsverk.

Antagelig kan det hevdes at det i liten grad er priskonkurranse i den private tannhelsetjenesten. Norsk forskning gir riktignok ikke et tilstrekkelig grunnlag til å trekke entydige konklusjoner om effekten av fri prissetting på kostnader og kvalitet. Erfaringer fra den amerikanske helsetjenesten (tannhelsetjenesten inkludert) tyder på at konkurranse ikke gir et riktig nivå på priser og kostnader når konkurransen kombineres med stykkprisbaserte kontrakter. Konkurransen har først og fremst virkning i kombinasjon med fastpriskontrakter, f. eks. per kapitaordninger. Erfaringene med konkurranse i forbindelse med fastpriskontrakter er at effektiviteten øker, uten at kvaliteten behøver å forringes. Et problem med konkurransen slik den i dag virker på det private tannhelsemarkedet i Norge, er som nevnt at pasientenes søkekostnader blir for høye.

Det private tannhelsemarkedet har mao. svakheter på både tilbuds- og på konsumentensiden. En reaksjon på denne svakheten i markedet er at konsumentene organiserer seg, slik at de blir representert med en sterk kjøperorganisasjon. Dette sees blant annet i USA, hvor arbeidsgiverne tilbyr helse- og tannhelseforsikring til sine ansatte, og hvor forsikringsselskapet blir en reell forhandlingsmotpart i forhold til tannlegene om nivå på honorarer og hvilke tjenester pasientene kan motta. Tilsvarende gjelder også i Tyskland (Krankenkassen).

I Finland, Sverige, Danmark og England representerer staten interesser på vegne av konsumentene gjennom etablering av en statlig tannhelseforsikring (trygderefusjonsordning). Gjennom skattesystemet finansierer staten deler av kostnadene til pasientbehandling. Det foregår mao. en tredjeparts prissubsidiering av tannbehandling. Konsumentrepresentasjonen blir sterkest i tilfeller prisene på tannhelsetjenester blir maksimalpriser. I slike situasjoner vil staten på vegne av konsumentene og samfunnet, og tannlegeorganisasjonen som regel være forhandlingsparter. Alternativet er at staten på egen hånd fastsetter de beløp som skal gis som prissubsidiering fra det offentliges side, mens tannlegene for øvrig har fri prissetting slik at pasientens egenbetaling kan variere, (jfr. Sverige og Danmark).

Til sammenligning har det i Norge vært et system med en offentlig subsidiering av allmennlegetjenester ved generell trygderefusjon siden 1984. Refusjonen har vært knyttet til en driftsavtale med økonomisk driftstilskudd som lege må ha med en kommune. Kommunen fastsatte antall driftstilskuddsavtaler i kommunen.

Trygderefusjon er basert på stykkpristakster som utgjør maksimaltakster legen kan ta. Det kommunale driftstilskuddet utgjorde fram til 1.juni 2001 et årlig beløp som blant annet var avhengig av åpningstid og antall hjelpepersonell legen hadde i sin praksis, uavhengig av antall pasienter. Pasientene betalte egenandel som i hovedsak var knyttet til konsultasjonstaksten.

Ved innføring av fastlegeordningen ble det etablert et listesystem slik at alle innbyggere har mulighet til å være tilknyttet en leges innbyggerliste. Ved innføring av fastlegeordningen ble også finansieringssystemet justert. Omfanget av stykkprisbasert trygderefusjon og egenandeler er uendret. Kommunens driftstilskudd ble lagt om til et kronebeløp knyttet til antall innbyggere legen har på sin liste. Dette registreres fra måned til måned. Egenandelene fastsettes av Stortinget hvert år. Det er fortsatt kommunen som fastsetter antall driftstilskudds/fastlegeavtaler. I det nye systemet er imidlertid antall avtaler kostnadsnøytral for kommunen. Dette fordi kommunens utgifter er knyttet antall innbyggere og ikke til antall legepraksiser.

Stykkprisbehandling med takster på høyt detaljeringsnivå kan dra opp behandlingsvolumet, og dermed også den samlede etterspørsel etter tannlegeårsverk. Tannlegen kan opprettholde en tilstrekkelig årsomsetning med et pasientgrunnlag ned mot 600 – 800 pasienter i fulltidspraksis. Når de unge tannlegenes yrkespreferanser er slik det fremgår i kapittel 6.4, innebærer det en risiko for en "overetablering" i sentrale, befolkningsrike strøk i Oslo- og Bergensområdet. Det innebærer også problemer med rekruttering til offentlig sektor og til overtagelse av entannlegepraksiser i distriktene hvor tannlegen har selvstendig eier- og arbeidsgiveransvar.

Isolert sett kan man si at overetableringen og prisnivået i befolkningsrike områder i hovedsak er et problem for innbyggerne i disse områdene som må betale en høyere pris enn i andre deler av landet. Men fri etableringsrett og fri prissetting i en privat sektor som utgjør ca. 75% av markedet i kombinasjon med begrenset tilbud av tannleger fører til at offentlig sektor med unntak for Oslofjord-området generelt har fått store problemer med å rekruttere tannleger og sikre stabilitet. Taperne i dette markedet er innbyggerne i områder av landet hvor det over tid er høy ledighet i offentlige stillinger og hvor den private sektor strever med å få solgt sin praksis. Innbyggere her har ikke et likeverdig tilbud sammenlignet med sentrale strøk.

Skal innbyggerne i hele landet sikres et likeverdig tilbud av tannhelsetjenester må tannlegemarkedet underlegges rammebetingelser som bidrar til bedre balanse. I hovedsak kan dette skje på to måter. Det ene er en betydelig økning av tilbudet av tannleger (og eventuelt tannpleiere). Det andre er tiltak overfor den private sektor som reduserer etterspørselen i folkerike områder. Dette er drøftet i kapittel 7.

6.6 Oppgavefordeling mellom tannlege og tannpleier

Utdanningen gir tannpleierne kvalifikasjoner i helsefremmende og forebyggende arbeid, kliniske undersøkelser av munnhule og tannsett, taking og tolkning av røntgenbilder, konstatere fravær av sykdom og diagnostisering av de vanligste sykdommer i tenner og munnhule (for eksempel karies og periodontitt). Videre har tannpleierne kvalifikasjoner til mekanisk fjerning av mikroorganismer som er årsak til sykdommene, til kontroller og etterbehandlinger. De helsefremmende og forebyggende oppgavene utføres dels utenfor klinikk (helsestasjoner, barnehager, skoler, syke- og aldershjem mv.), dels på klinikk overfor enkeltindivider. Samarbeid med og veiledning av annet personell er en viktig del av oppgavene utenfor tannklinikken.

Tannpleiernes kvalifikasjoner i undersøkelse og diagnostikk innebærer at de kan konstatere hvilke pasienter som ikke har sykdom og/eller ikke har behov for en behandling som krever kvalifikasjon som tannlege. Tannpleierne kan dermed ivareta de regelmessige tannhelsekontroller for de aller fleste pasienter. Dette omfatter også den voksne befolkning som i hovedsak får sine undersøkelser, diagnostikk og behandling utført i privat sektor.

Den nasjonale registreringen av tannhelseutviklingen hos barn og ungdom viser at 50-65 % av barn og ungdom som undersøkes i løpet av et kalenderår, ikke har en diagnose som krever behandling utført av tannlege¹⁴. Det er dermed ikke nødvendig at tannleger må foreta de regelmessige tannhelsekontrollene. Disse kan utføres av tannpleiere. Tannlegene kan dermed avgrense sine ressurser og kapasitet til de pasienter hvor det kreves tannlegekvalifikasjoner i undersøkelses-, diagnostiserings- og behandlingssammenheng.

I perioden 1989-1999 ble det gjennomført et prosjekt i Sandefjord og i Nord-Troms hvor tannpleierne hadde hovedansvaret for de regelmessige tannhelsekontroller. Evalueringen viste at det ikke var noen systematiske forskjeller mellom tannlege og tannpleier i kvaliteten på registrering av karies og bittavvik. Ved endret oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere og omlegging av rutiner for tannhelsekontroller ble tannlegetid frigjort til behandling av nye pasientgrupper. Forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere var hhv. 2:1 i Nord-Troms og 0.5:1 i Sandefjord.

Den offentlige sektor i hhv. Vestfold, Oslo, Troms og Finnmark uttaler at de har utnyttet det maksimale potensialet for en effektiv oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger. Som vist i kapittel 3 og 5.2.4 varierer forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere i disse fylkene fra 1.7:1 til 2.5:1. Variasjonen kan blant annet skyldes ulikheter i befolkningsgrunnlag, geografi og kommunikasjonsforhold, klinikkstruktur, sykdomsforhold.

¹⁴ Sosial- og helsedirektoratet, Årsmelding for den offentlige tannhelsetjenesten 2001.

Ulike epidemiologiske undersøkelser har vist at tannhelseforholdene i den voksne befolkningen også er blitt bedre de siste 15-20 år. Mange voksne har ved de regelmessige kontrollene ikke behov for reparasjon eller behandling som krever kvalifikasjon som tannlege. Dessuten har bedringen i tannhelse som konsekvens at tidsintervallet når det gjelder behov for tannhelsekontroller for mange gjerne kan være 18-24 måneder mellom hver kontroll. I privat sektor er det med andre ord et betydelig potensiale for ansettelse av tannpleiere for å ivareta oppgaver som ikke krever tannlegekvalifikasjoner. Dermed kan tannlegekapasitet frigjøres, enten til å løse andre oppgaver eller for at disse kan disponeres i andre deler av landet hvor innbyggerne har mangelfullt tilbud av tannlegerressurser.

6.7 Samarbeid mellom offentlig og privat sektor – sektorinndeling

I følge tannhelsetjenstelovens § 1-1 kan fylkeskommunen løse sine oppgaver ved å ansette eget personell eller ved avtale om kjøp av tjenester fra private. Beskrivelsen i kapittel 3 og 4 viser at det formaliserte samarbeidet mellom offentlig og privat sektor er begrenset. I 2002 ble bare 13 årsverk utført av privatpraktiserende tannlege for å løse offentlige oppgaver. Det formaliserte samarbeidet synes å være begrenset til tannlegevakt og til behandling av barn og ungdom.

Fra flere fylkeskommuner blir det fremhevet at årsakene til den private sektors begrensede deltagelse er at de privatpraktiserende tannleger ikke er interessert i å behandle de aktuelle pasientgrupper som hører inn under de offentlige oppgavene. Det blir også fremhevet at den betalingen de privatpraktiserende krever ligger langt høyere enn den kostnad fylkeskommunen har gjennom egne ansatte. I mange av fylkene med stor ledighet i tannlegestillinger sies det også at kjøp av tjenester fra privat ikke er aktuelt fordi den private sektor ikke har kapasitet. Tannlegedekningen i de aktuelle distriktene er generelt mangelfull og tannlegene har mer enn nok med sine egne pasienter. Konsekvensen ved at private påtar seg offentlige oppgaver ville bli at de må si nei til sine egne pasienter fra voksenbefolkningen, som dermed ikke får noe tilbud.

Det kan sies kort at det eksisterer en overetablering av tannleger i sentrale strøk der det er høy betalingsvillighet i den voksne befolkningen. Gitt dagens tilgang på tannleger og rammebetingelsene for tannlegevirksomhet bidrar dette til en underetablering i offentlig og privat sektor i distriktene. Fylkeskommunene viser ikke samme betalingsvillighet som den voksne befolkning i sentrale strøk. De private vurderer det som uaktuelt å selge tjenester slik at de offentlige oppgaver kan bli løst.

I henvendelsen til fylkeskommunene i januar 2003 stilte arbeidsgruppen spørsmål om eventuelt samarbeid med den private sektor når det gjaldt fremtidig rekruttering i forbindelse med fylkets offentlige og privatpraktiserende tannlegers planlagte pensjonering. Av svarene fremkom det at bare et fåtall av fylkeskommunene hadde tatt initiativ til å etablere et samarbeid.

Så lenge overkapasiteten i privat sektor i Oslo og eventuelt andre befolkningsrike områder ikke blir forsøkt styrt, vil trolig distrikter med stort rekrutteringsbehov til både offentlig og privat sektor de kommende år uansett få store problemer. Etablering av

formalisert samarbeid løser ikke problemene så lenge tilbudet av tannleger er begrenset. Mulighetene kan blant annet ligge i et samarbeid hvor fylkeskommunen påtar seg risiko knyttet til eierskap av klinikk-/praksislokaler og til arbeidsgiveransvar for hjelpepersonell, ihvertfall for en overgangsperiode og sammen med andre virkemidler. Alternativet er at det gjøres gjennomgripende endringer i rammevilkårene for den private sektor, se kapittel 8.

6.8 Klinikkstruktur i både privat og offentlig sektor

I forbindelse med Stortingets budsjettbehandling (B.innst.S.nr. 11 (2002-2003)), uttalte Sosialkomiteens flertall at ”*tilskuddsordningen bør tilrettelegges slik at det stimuleres til etablering av fellespraksis mellom flere tannleger på større steder slik at det i større kommuner kan bygges opp solide fagmiljø for tannleger som både kan utføre ordinært tannlegearbeid samt offentlige tannhelseoppgaver. I den grad det fremstår som hensiktsmessig, bør slike ”tannhelsesentra” kunne bidra med tannlegerressurser til nabokommuner med rekrutteringsvansker*”.

Denne merknaden må sees i sammenheng med en komitemerknad om å utrede alternative modeller til dagens offentlige tannhelsetjeneste, bl. a. med muligheter for kombinasjonsstillinger, se kapittel 7.

Etablering av større klinikker for flere tannleger og for tannpleiere som skal betjene et større befolkningsområde kan sies å ha vært den grunnleggende idé i fylkeskommunenes omstrukturering av tannklinikker. Som hovedregel gir dette også gevinster på utgiftssiden, samtidig som det gir bredt fagmiljø og større fleksibilitet når det gjelder oppgavefordeling og personellsammensetning. Av kapittel 4 går det fram at ca halvparten av fylkeskommunene har gjennomført eller er i ferd med å gjennomføre en betydelig sentralisering av klinikkstruktur. Ytterligere sentralisering anses uaktuelt i disse fylkene. Administrasjonen i de øvrige fylkeskommuner opplyser at det er et betydelig potensiale, men at forslagene møter politisk og lokal motstand i befolkningen med begrunnelse i tilgjengelighet. Slik sentralisering opplyses også å være en viktig forutsetning for omgjøring av tannlege- til tannpleierstillinger.

Det største potensialet er imidlertid i privat sektor. Tabell 11 viser at i de 14 lokalforeninger som har gitt opplysninger om praksisstruktur, jobber 5 av 7 tannleger i disse områder i entannlegepraksis, 2 av 7 i praksiser med to eller flere tannleger. I denne sektor er det få økonomiske og ingen formelle hindringer for slik sammenslåing.

Norges geografi og bosettingsmønster tilsier at i deler av distrikts-Norge vil det kunne være vanskelig å slå sammen entannlegepraksiser i privat sektor. I kommuner over en viss befolkningsstørrelse burde det være store muligheter til praksissammenslåing. Økonomien i privat sektor er såpass god at tannlegene kan foreta praksissammenslåing uavhengig av økonomisk støtte fra det offentlige. Større praksiser i moderne lokaler kan dessuten i seg selv virke som et konkurransefortrinn i markedet. Spørsmålet er allikevel om offentlig støtte må til for å kunne rekruttere nyutdannede tannleger som

også ønsker å unngå risiko knyttet til eierskap og arbeidsgiverrolle. Eierskapsrisikoen er i hovedsak knyttet til risikoen ved salg hvis tannlegene senere ønsker å flytte.

Sosialkomiteens flertall uttalte i forbindelse med anmodningen om tilskuddsmidler som skal stimulere til etablering av fellespraksis følgende: ” *Ved etablering av en driftstilskuddsordning bør man etter flertallets syn se på forpliktelser om slik ambulering knyttet opp til selve driftstilskuddet.* ”

Arbeidsgruppen forstår merknadene slik at komiteens flertall ønsker utprøvd modell(er) hvor fylkeskommunen inngår driftsavtale med en gruppe tannleger. Avtalen skal innebære stimulering til etablering av større fellespraksis, for eksempel som engangstilskudd eller som en driftstilskuddsordning. Driftstilskuddet skal også omfatte en forpliktelse til å utføre offentlige tannhelseoppgaver (dvs. oppgaver knyttet til gruppene med rettskrav etter § 1-3 i tannhelsetjenesteloven) og eventuell ambulering til nabokommuner med rekrutteringsvansker.

Det har vært en positiv utvikling i antall tannpleiere i privat sektor de siste årene, se kapittel 3. Skal denne utviklingen fortsette med større kraft, og primært gjennom omgjøring av tannlegestilling/-praksis til tannpleierstilling hvor det er objektivt grunnlag for det, må dette antagelig understøttes eller stimuleres av det offentlige. Fylkeskommunene bør ha stor både direkte og indirekte interesse av at det finner sted en slik øking i tannpleierressursene også i privat sektor, slik at tannlegerressurser kan frigjøres til disposisjon for offentlige oppgaver.

Erfaringene med rekruttering til allmennlegetjenesten de siste 2-3 år viser at det kan være lettere å rekruttere to eller tre nyutdannede leger samtidig til samme sted fremfor en og en. Erfaringene viser også at i de tilfeller kommunen bærer risikoen med eierskap av legepraksisen og ivaretar arbeidsgiveransvar, er det lettere å rekruttere til små kommuner/distriktene. I forbindelse med utprøving av støtte til etablering av større praksiser med en driftstilskuddsordning kan områder med behov for rekruttering av unge tannleger til enepraksiser være godt egnet for slik støtteordning.

6.9 Fylkeskommunenes/arbeidsgivernes muligheter og begrensninger uten statlig medvirkning

Fylkeskommunen har etter § 1-1 i lov om tannhelsetjenesten mv. et ”sørge for”-ansvar for at tannhelsetjenester, herunder spesialisthelsetjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for befolkningen i fylket. Fylkeskommunen skal selv organisere offentlige tannhelsetjenester overfor befolkningsgrupper som er nærmere definert i § 1-3. Dette kan skje gjennom egne ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som har inngått avtale med fylkeskommunen (jfr. § 1-1). Utover ansvaret for de definerte befolkningsgrupper har fylkeskommunen som omtalt over også ansvar for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelig for hele befolkningen.

Skal fylkeskommunene kunne ivareta sitt ”sørge for”-ansvar er de avhengig av at staten sørger for tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell. Utdanningskapasiteten av tannleger i Norge og omfanget av nordmenn som studerer odontologi i utlandet med

statlig lånefinansiering har på langt nær vært tilstrekkelig til at fylkeskommunene har kunnet ivareta sitt "sørge for" ansvar. Stor vekst i den uregulerte private sektor har ytterligere gjort det vanskeligere for fylkeskommunene utenom Oslofjord-området, se kapittel 3.

Fylkeskommunene har tatt i bruk en rekke rekrutterings- og stabiliseringstiltak som er relevante innenfor det handlingsrom fylkeskommunen har, se kapittel 4. Dette har allikevel ikke ført til vekst i den offentlige sektor på bekostning av den private. Fylkeskommunenes muligheter ser ikke ut til å bli bedre de nærmeste årene med mindre tilbudet av tannleger øker betydelig, og/eller at det skjer en frivillig eller regulert markedstilpasning i private sektor ved reduksjon i Oslo-området. Videre er fylkeskommunenes muligheter avhengig av en kollektiv opptreden fra arbeidsgiversiden/praksiseier når det gjelder ansettelser av tannpleiere istedenfor tannleger. Sannsynligheten for at dette vil skje uten statlig inngrep ser ut til å være begrenset. De fylkeskommuner med størst problemer i ledighet og stabilitet vil derfor kunne ha behov for statlig engasjement.

Som drøftet i kapittel 6.4 er det kanskje de fylkeskommunene som kan imøtekomme nyutdannede tannlegers yrkespreferanser som vil få minst problemer. Uansett er det arbeidsgiversidens samlede beslutninger som angår endringer i klinikkstruktur og personellsammensetning som på landsbasis vil ha betydning for problemenes omfang. Det spesielt utfordrende i denne sammenheng er at beslutninger tatt i et fylke indirekte vil kunne få størst positive konsekvenser i andre fylker/regioner. Det vil kreve handling på tvers av fylkesgrenser overfor 19 fylkeskommuner og ca. 2000 praksiseiere i privat sektor. Spørsmålet blir derfor om det er tilstrekkelig å oppfordre markedet selv til å foreta solidariske handlinger.

Staten har et overordnet ansvar for at tannhelsetjenester er tilgjengelig for hele befolkningen. Likeverdig tilgjengelighet er ikke situasjonen i dag, og vil heller ikke være det de nærmeste årene. For å oppnå likeverdighet i tilbud kan det bli nødvendig for staten å ta i bruk økonomiske virkemidler alene eller økonomiske virkemidler i kombinasjon med regulering av det private markedet. Alternativet er en stor økning i tilbudet av tannleger. En slik øking alene vil ikke nødvendigvis sikre geografisk fordeling og effektiv oppgaveløsning mellom tannleger og tannpleiere eller samarbeid mellom offentlig og privat sektor.

Som oppsummering av utfordringene kan det trekkes den konklusjon at *den enkelte* fylkeskommune har en begrenset mulighet til å kunne løse sitt behov for tilstrekkelig behov for tannlegerressurser, med unntak av fylker rundt Oslofjorden. Endringer i klinikkstruktur i så vel offentlig som privat sektor er avgjørende for å endre oppgavefordelingen mellom tannleger og tannpleiere. Det vil også være et viktig virkemiddel for å trekke privat sektor inn arbeidet med å løse de offentlige tannhelseoppgaver. Ikke minst vil det kunne ha betydning for rekruttering av nyutdannede tannleger. I sum kan dette bidra til at fylkeskommuner med mange ledige tannlegestillinger kan rekruttere bedre. Det vil allikevel ikke sikre rekruttering med mindre den private sektor styres i en eller annen form.

7. ALTERNATIVE FORSLAG FOR Å OPPNÅ GEOGRAFISK FORDELING OG HENSIKTMESSIG OPPGAVEFORDELING MELLOM TANNLEGER OG TANNPLEIERE SAMT ET MER HENSIKTMESSIG SAMARBEID MELLOM OFFENTLIG OG PRIVAT SEKTOR

7.1 Innledning

Som det fremgår av redegjørelsen i kapittel 4 og 6 har fylkeskommune særlig etter 1997 på eget initiativ iverksatt betydelige tiltak som skal virke rekrutterende og stabiliserende, spesielt for tannleger. Likevel ser vi at det er områder i landet som står overfor utfordringer som synes vanskelig å løse for den enkelte fylkeskommune eller i et interfylkeskommunalt samarbeid. Når det gjelder målet om et mer hensiktsmessig samarbeid mellom offentlig og privat sektor, har gjennomgangen vist at det er en begrenset aktivitet i fylkeskommunene på dette området.

Arbeidsgruppen har funnet det mest oversiktlig å behandle tiltak under temaene geografisk fordeling, hensiktsmessig bruk av tannleger og tannpleiere samt et mer hensiktsmessig samarbeid mellom offentlig og privat sektor hver for seg. Effekten av aktuelle tiltak vil imidlertid også være avhengig av hvorvidt de innføres i kombinasjon med hverandre.

Spørsmålet om geografisk fordeling gjelder først og fremst tannleger, men det har også relevans for tannpleiere. Når det gjelder forslag til statlige tiltak som skal gi et mer hensiktsmessig samarbeid mellom offentlig og privat sektor, har arbeidsgruppen særlig vurdert alternative modeller til dagens organisering i henhold til Stortingets uttalelser, jfr. kapittel 1.4 og 6. Gruppen har imidlertid også vurdert mindre omfattende tiltak som vil kunne ha effekt på kortere sikt.

De tiltak som drøftes i dette kapitlet er tiltak som er aktuelle innenfor dagens rammeverk mht. organisering og finansiering av tannhelsetjenesten. I kapittel 8 har arbeidsgruppens kort skissert alternative modeller til dagens organisering og finansiering av tannhelsetjenesten. Dette er modeller som på sikt vil kunne være effektive i et fordelingsperspektiv.

7.2 Statlige tiltak for bedre geografisk fordeling av tannleger og tannpleiere

7.2.1 Tiltak for å øke den generelle tilgangen på tannleger

Arbeidsgruppen har i sitt arbeid lagt til grunn Stortingets vedtak angående utdanningskapasiteten for tannleger i Norge. Videre at de statlige ordninger med kvalifisering av tannleger fra land utenfor EØS-området og gebyrstipend for norske studenter i utlandet videreføres. Dette vil på sikt øke tilgangen på tannleger.

Rekrutteringen av tannleger fra EU-land har økt de senere årene, og fylkeskommunene melder tilbake om at de i all hovedsak er godt fornøyd med ordningen, se kapittel 4.

Utvidelse av EU fra 1. juli 2004 åpner for nye muligheter som kan ha virkning allerede fra 2004/2005. En må ha for øye at dette også åpner for utflytting av norske tannleger, selv om risikoen synes liten slik situasjonen er i dag på det norske tannlegemarkedet.

Det er viktig at tannleger spesielt rekruttert fra land utenfor Norden lokalt i tannhelsetjenesten kan inngå i et faglig nettverk som ivaretar "sosialiseringen" til norske normer, herunder innføring i faglige kvalitetskriterier og prioriteringer. I tillegg til at en vellykket integreringsprosess bidrar til å sikre kvaliteten på yrkesutøvelsen, øker den også sannsynligheten for at tannlegene blir yrkesaktive i Norge over en lengre periode.

Arbeidsgruppen mener derfor at et tiltak som vil kunne virke på kort sikt, er at staten bevilger midler som kan legge til rette for at tannleger fra nye EU-land får norskopplæring, at de får kjennskap til nasjonale fag samt til klinisk oppdatering og opplæring i behandlingsfilosofi og -prinsipper i norsk tannhelsetjeneste. Forslaget kan også innebære at aetat får i oppdrag å inngå avtale med et eller flere av de nye EU-land om en rekruttering som fylkeskommunene kan benytte seg av.

Når det gjelder muligheten til å rekruttere ytterligere flere tannleger fra land utenfor EØS, anser arbeidsgruppen dette for lite relevant såfremt etablering av lisensprogrammet i Oslo viser at etterspørselen er større enn forutsatt.

7.2.2 Tiltak overfor tannlege- og tannpleierstudentene

Utvidelse av praksisstudiene

Utdanningen kan legge grunnlag for senere yrkesatferd gjennom vektlegging og "status" for arbeidsoppgaver, rollemodeller i undervisningssituasjonen samt kunnskap om aktuelle framtidige mulige karrierevalg. Dersom en større del av utdanningen legges utenfor universitetet, for eksempel ved utvidet praksisstudium, vil studentene få rollemodeller også utenfor universitetsmiljøet. For å sikre at studentenes erfaringer integreres i universitetsmiljøet må studentene tilbake til fakultetet i en kortere eller lengre periode.

Et tiltak kan derfor være å utvide dagens praksisstudium (3 uker både i Bergen og Oslo, 5 uker i Oslo fra høsten 2003), til 10-12 uker. Det forutsettes at praksisperioden skal brukes til klinisk trening og opplæring. I tillegg kan praksisarbeidet skape økt forståelse hos studentene for den offentlige tannhelsetjenestens funksjon og oppgaver, faglige utviklingsmuligheter, og hva befolkningsansvar med for eksempel prioriteringer i praksis innebærer. Hovedformålet er å tilrettelegge for at studentene blir interessert i å søke jobb i den offentlige tannhelsetjenesten ved endt utdanning og helst også utenfor sentrale områder av landet. Dessuten vil de kunne få opplæring i teamarbeid, både samarbeid med tannpleiere og andre tannleger, og med helsepersonell i den kommunale helsetjenesten.

I klinikker som får ansvar for oppfølging av studentene, kan deltidsstillinger tilknyttet universitetene bli attraktive i kombinasjon med vanlige tannlegestillinger, jfr. tilsvarende ordninger som er etablert i Nord-Norge for medisinerstudentene (tilskudd

fra Helsedepartementet). Fylkeskommunen får på denne måten ansvar/oppgave knyttet til grunnutdanning av tannleger. At enkelte studenter vil kunne oppleve det som en ulempe å måtte flytte for en lengre periode, må tas med i vurderingen. En utvidelse av praksisstudiene krever en lengre planleggings- og forberedelsesperiode. Dette er derfor et tiltak som vil kunne ha effekt på mellomlang sikt, det vil si tidligst fra og med 2005. Et slikt tiltak vil kreve fylkeskommunal tilrettelegging i tillegg til tilskuddsmidler fra staten.

For tannpleierstudentene er behovet for utvidelse av praksisstudiene mindre. Fra høsten 2003 vil tannpleierstudentene få praksisstudier i offentlig tannhelsetjeneste, i privat praksis og ved boenheter, sykehjem samt sykehus. Dette blir til sammen 7 til 8 uker for studenter i Oslo, mens Bergen legger opp til 9 ukers praksisperiode. Arbeidsgruppen anser det som viktig å trekke privatpraktiserende tannleger inn i praksisstudiene slik at den private sektoren bedre kan få forståelse av tannpleiernes kvalifikasjoner og se verdien av å ansette tannpleiere.

Turnusordning for tannleger

I Norge er det krav om turnustjeneste for leger, fysioterapeuter, jordmødre, ortopediingeniører og kiropraktorer. Formålet med turnustjeneste er å gi kandidatene nødvendig klinisk trening i selvstendig arbeid under veiledning slik at de kvalifiseres for autorisasjon. Turnustjenesten skal sikre nødvendig kyndighet til å arbeide som selvstendige yrkesutøvere. For jordmødrene opphører turnustjenesten fra 2005, ved at den kliniske/praktiske opplæringen vil inngå i studiet gjennom en utvidelse av studiet med ett år.

Turnustjeneste for tannleger ville eventuelt innebære arbeid i den offentlige tannhelsetjenesten under veiledning. Bakgrunnen for å innføre en turnustjeneste for tannleger i denne sammenhengen er at dette vil bidra til bedre geografisk spredning av tannleger og til økte tannlegerressurser til offentlig sektor, spesielt i distriktene hvis turnustjenesten dimensjoneres for eksempel til 12 måneder.

Av de øvrige nordiske landene har Finland en obligatorisk praksisperiode etter fullført studium i odontologi. Fra 1. januar 2003 ble denne perioden forlenget fra seks til ni måneder. Praksisperioden gjennomføres i hovedsak innenfor offentlig sektor, hvor minst seks måneder skal bestå av tjenestegjøring ved en kommunal "hälsovårdcentral". Sverige etablerte en tilsvarende ordning for en kort periode på 90-tallet, men gikk tilbake til en 5-årig utdanning uten turnustjeneste.

Til sammenligning har det i Skottland siden 1993 vært ett års obligatorisk praksis for alle uteksaminerte tannleger som ønsker å ha et listenummer i et Health Board. Nylig har denne tiden blitt utvidet til to år. Skotske helsemyndigheter har etablert tilskuddsordninger som kalles "golden hellos". Disse består i at kandidater som gjennomfører turnus i utpekte utkantområder, mottar et engangsbeløp på £ 5000 per år i inntil to år.

Etter arbeidsgruppens syn må hovedbegrunnelsen for å innføre en turnustjeneste for tannleger være hensynet til nyutdannede tannlegers kvalifikasjoner for selvstendig klinisk arbeid. Dette innebærer samme prinsipp som for de øvrige personellgrupper med turnustjeneste. En turnustjeneste vil "sikre" den offentlige sektor en tannlegeressurs på 80-90 årsverk hvert år for inntil 1 års praksis. Turnusstillinger må være tidsbegrenset. Når tannlegen får sin autorisasjon etter 1 års turnustjeneste må vedkommende søke arbeid i offentlig eller privat sektor hvor slikt arbeid er ledig. Muligheten for fylkeskommunene til å rekruttere til distrikter med høy ledighet i tannlegestillinger vil antagelig bli større når tannleger allerede har avtjent en turnustjeneste der.

Samtidig vil innføring av turnustjeneste innebære et betydelig organisatorisk og faglig løft og utfordringer for den offentlige tannhelsetjenesten. Blant annet vil det være en forutsetning at fylkeskommunene stiller bolig til rådighet, jfr. turnusordningen for leger. En slik ordning for tannleger vil imidlertid kunne føre til at kandidater utdannet i Norge søker autorisasjon i annet EØS-land hvor det ikke er tilsvarende krav, og på denne måten omgå de norske bestemmelsene. Hvis begrunnelsen er bedre geografisk fordeling og rekruttering til distriktene, viser undersøkelser blant turnuslegene at andre forhold er vel så viktige for hvor legene søker arbeid (faglige utfordringer, arbeidsmuligheter for ektefelle/samboer, barnehage osv.).

En eventuell innføring av obligatorisk turnustjeneste som forutsetning for autorisasjon krever regulering og må antagelig knyttes opp mot opptak til studiet og som en forutsetning for autorisasjon. Vedtak om innføring av turnusordning vil således ikke ha effekt før etter 5-6 år. En kritisk faktor vil være tilstrekkelig antall klinikkplasser i offentlig sektor og mange nok veiledere til å ta imot turnustannleger, spesielt hvis praksisperioden i studiet også skal utvides. Ordningen forutsetter statlig bevilgning, i tillegg til at den vil kreve et betydelig organisatorisk og administrativt apparat hvis turnusplasser og turnustannleger skal fordeles over hele landet.

En mulighet er at ordningen baseres på frivillighet med bindingstid som medfører visse fordeler i form av lønn, teamarbeid mv.. En mulig innvending mot frivillig turnustjeneste er at det kan skape inntrykk av et a- og b-lag blant tannlegene, hvor det er de "faglig svake" som ønsker ytterligere veiledning i yrkeslivet. Det kan imidlertid også slå motsatt ut, ved at kandidater som har en slik dokumentert praksis vil stå faglig sterkere og således bli foretrukket ved senere ansettelser.

Beordring etter studiet

Plikttjeneste for tannleger har forekommet flere ganger opp gjennom historien, og ble første gang innført i 1924. Spørsmålet om tjenesteplikt ble tatt opp på nytt i 1951, for å sikre utbyggingen av den offentlige folketannrøkta og tilgangen på tannleger i skoletannpleien og i Nord-Norge. Det var forutsatt at rekrutteringen krevde særtiltak. Det ble på denne bakgrunn satt i verk en ordning hvor studentene frivillig ved erklæringer forpliktet seg til å gjøre tjeneste i folketannrøkta i to år etter eksamen.

Som følge av at det ble reist spørsmål omkring den juridiske holdbarheten av slike erklæringer, fremmet regjeringen forslag om å regulere tjenesteplikten i en lov. Lovutkastet gikk betydelig lenger enn erklæringene i det beordringstiden ble foreslått satt til fem år, og førte til mye debatt i Stortinget før det ble vedtatt. Daværende Sosialdepartementet la opp til en liberal praktisering av loven og forsøkte å ta individuelle hensyn så langt det var mulig.

I 1961 ble spørsmålet om lovens forhold til Grunnloven og Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) første gang prøvd for Høyesterett ved behandlingen av en anke i en straffesak mot en tannlege som hadde forlatt tjenesten før tiden. Høyesterett kom i dissens til at loven ikke stred mot Grunnloven eller EMK.

Loven om sivil tjenesteplikt ble forlenget i 1962, men den pliktige tjenestetiden ble redusert til 18 måneder. Parallelt med forlengelsen av loven ble det utover 1960-tallet satt i verk stimulerings tiltak i form av mulighet til økt klinisk virksomhet samt forbedringer i lønns- og arbeidsvilkår. Fra 1969 ble tjenestetiden satt ned til 12 måneder, og i 1973 ble loven avvirket.

Midlertidig lov av 21. juni 1956 om sivil tjenesteplikt for tannleger medførte at omtrent 2000 norske tannleger ble beordret til tjeneste i den offentlige tannhelsetjenesten i årene 1955 til 1973. Det innebærer at i gjennomsnitt 110 tannleger hvert år i denne perioden ble beordret til tjeneste i offentlig sektor.

Ved beordring vil tannlegerressurser blir tilført offentlig sektor i hele landet gjennom 1-2 årig tjenesteplikt etter studiet. Varigheten av beordringsperioden vil avgjøre hvor hyppig det eventuelt blir skifte i tannlegestillinger. Hvis tannlegen fortsetter å arbeide på "beordringsstedet" utover fastsatt periode, vil nye stillinger måtte opprettes med mindre det er naturlig avgang i området.

Gjennom en eventuell beordring av samtlige nyutdannede tannleger vil ca 180 kunne beordres i løpet av 2 år. Dette vil langt på vei kunne løse ledigheten i offentlig sektor. Samtidig vil det imidlertid avskjære muligheten for nye tannleger de første 2-3 årene til å overta private praksiser i distriktene. Antagelig vil en beordring være enklere å organisere i et marked med betydelig vekst i offentlig sektor. I et marked hvor antall stillinger i offentlig sektor reduseres, eventuelt er rimelig konstant fra år til år, vil en beordring sannsynligvis måtte avgrenses til et utvalg av de nyutdannede tannlegene. De øvrige måtte i så tilfelle beordres til private praksiser, fortrinnsvis i distriktene. Innføring av beordring kan resultere i at nyutdannede søker arbeid utenfor Norge etter avsluttet utdanning.

Beordring er et svært inngripende tiltak. Det kan innvendes at problemene ikke er så store at det rettferdiggjør denne formen for tvang. Dette er også et langsiktig tiltak som må knyttes opp til studiestart, slik at kravet til beordring er kjent på forhånd. Innføring av en statlig beordring forutsetter regulering samt økonomiske midler. I tillegg til at motivasjonen for arbeidet kan bli lavere, må man også ha for øye at tiltaket kan føre til at søkningen til studiet går ned og således får en negativ effekt på sikt. Beordring av

nyutdannede tannleger fra 1955 til 1973 skjedde dessuten i en periode med stor vekst i tannlegemarkedet, og hvor den generelle holdningen i samfunnet for øvrig bar preg av oppbygging av landet etter 2. verdenskrig. Det eksisterer ingen beordringsplikt for andre helsepersonellgrupper i Norge.

7.2.3 Markedsføringstiltak rettet mot tilbyder og etterspørre

Et tiltak som kan ha viss effekt er oppfordringer fra staten til fylkeskommunene om å ytterligere markedsføre fordeler og muligheter i den offentlige tannhelsetjenesten overfor *studenter og undervisningsinstitusjonene*. Hensikten med dette er å påvirke nyutdannede tannleger til å søke jobb i offentlig sektor og etablere seg i distriktene (for eksempel markedsføre kursmuligheter, pensjonsordninger, faglig fellesskap og muligheten for leie av klinikk og ulike kombinasjonsstillinger). Dette kan styrke interessen for den offentlige tannhelsetjenesten og arbeid i distriktene generelt. Fylkeskommunene har i dag aktiviteter overfor studentene, til dels med positivt resultat. Spørsmålet er om staten kan bidra ytterligere gjennom målrettet informasjon eller ved å bidra til å organisere dette i større fellesskap mellom flere fylker.

Befolkningens etterspørsel av tannhelsetjenester har betydning for bruk av de samlede tannhelseressursene i landet. Det er derfor grunn til å vurdere om etterspørselen kan "dreies" mot en mer hensiktsmessig ressursbruk, uten at dette oppfattes som moralisering og formaninger fra det offentliges side. Arbeidsgruppen mener det kan være aktuelt at Sosial- og helsedirektoratet vurderer å gi anbefalinger overfor voksenbefolkningen i sentrale strøk om at det for mange voksne med lav sykdomsaktivitet ikke er faglig grunnlag for tannhelsekontroll hos tannlege hvert halvår eller hvert år. På den måten vil etterspørselen etter tannhelsetjenester reduseres i disse områdene.

Når det gjelder befolkningens etterspørsel etter tannhelsetjenester er det dessuten grunn til å tro at mange flere vil benytte seg av tannpleiere dersom det blir bedre kjent hvilke tjenester denne yrkesgruppen kan tilby. En mer målrettet informasjon fra helsemyndighetenes side kan således indirekte føre til bedre rekruttering til distriktene ved at det markedsmessige grunnlaget for å opprettholde tannlegepraksiser i sentrale strøk reduseres. Den kanskje viktigste effekten er mer effektiv bruk av tannpleieres og tannlegers kompetanse gjennom endret oppgavefordeling.

7.3 Statlige tiltak for å få flere tannleger og tannpleiere til å etablere seg i distriktene

Sosialkomiteens flertall har spesielt anmodet om å få vurdert tilskuddsordninger som stimulerer til etablering av fellespraksis i privat sektor mellom flere tannleger på større steder. Det foreslås knyttet vilkår til slik tilskuddsordning. Det vil være hensiktsmessig at tilskuddsordningen også knyttes opp til ansettelse av tannpleiere, slik at personellressursene kan utnyttes mer hensiktsmessig.

7.3.1 Praksissammenslåing og næringsstøtte i distrikts-Norge

Som omtalt i kapittel 4.5 viser undersøkelser at nye tannleger ønsker faglig fellesskap, dvs. praktisere sammen med andre tannleger (og eventuelt tannpleiere) i større klinikker. Dette gir et bredere fagmiljø og gir muligheter til variasjoner i faglig utvikling. Endring av klinikkstruktur med større fellesklinikker er derfor et målrettet tiltak både for offentlig og privat sektor, som må antas å ha positiv effekt for tannhelseressursene i distriktene relativt raskt. Videre kan det stilles vilkår for støtte, for eksempel at det ambuleres, at praksisen påtar seg offentlige oppgaver og at det opprettes stilling for tannpleiere.

Økonomiske betingelser er en viktig faktor for å få tannleger til å etablere seg i distriktene. Dersom utsiktene ved å etablere seg utenfor sentrale pressområder, offentlig eller privat, samlet sett ikke fører til en gunstigere økonomisk situasjon for den enkelte, vil det kunne være vanskelig å få en nødvendig geografisk fordeling av tannleger på frivillig basis. Har staten ut fra sitt overordnede ansvar interesse av at aktørene handler i en bestemt retning, kan dette oppnås for eksempel ved næringsstøtte, slik det er anvendt på andre samfunnsområder (for eksempel i landbruk- og fiskerinæringen).

Ett av tiltakene kan være omstillingstiltak for å legge til rette for en mer hensiktsmessig praksis- eller klinikkstruktur. Formålet er å gjøre det attraktivt å arbeide i distrikt. En statlig støtte i denne retning kan innebære at risikoen knyttet til eierskap og arbeidsgiveransvar reduseres. Å benytte næringsstøtte til sammenslåing av klinikker forutsetter at det er grunnlag for større klinikker i området. Dette er ikke alltid tilfellet når det er store avstander mellom de privatpraktiserende tannlegene. En sentralisering vil på den annen side kunne føre til lengre reisevei for befolkningen.

Et spørsmål er om slik næringsstøtte/tilskudd til etablering av fellespraksis mv. alene er tilstrekkelig til lokke unge tannleger bort fra privat sektor i sentrale strøk. Alternativet er at bruken av økonomiske stimulerings tiltak i distrikt må kombineres med tiltak av restriktiv karakter i sentrale, folkerike kommuner. Dette kan skje for eksempel gjennom statlig bidrag til oppkjøp av praksiser og/eller etableringskontroll i definerte byområder.

Regulering av adgangen til å etablere praksis kan på sin side hindre konkurranse og medføre en "statsinstitert" verdiøkning til fordel for de som allerede har etablert praksis. Et slikt tiltak forutsetter statlig regulering, noe som igjen betyr at tiltaket først vil kunne få effekt på lang sikt. Innføring av etableringskontroll vil antagelig også føre til uheldig posisjonering i markedet i forkant av innføringstidspunktet.

For å få fortgang i arbeidet med sentralisering av klinikkstruktur, foreslår arbeidsgruppen at staten stiller til rådighet midler til utviklingstiltak.

7.3.2 Regulering av adgangen til å etablere tannlegepraksis i privat sektor

Begrensinger i adgangen til å etablere praksis i privat sektor kan være et tiltak for å redusere eventuell uønsket etablering i sentrale strøk. Indirekte vil dette bidra til å

styre tannlegeressursene til andre deler av landet. Det innebærer at tannleger som vil etablere seg i privat tannlegevirksomhet kun kan etablere seg i praksiser som er registrert av myndighetene og som omfattes av en reguleringsordning.

Av diagram 1 (se kapittel 3.3.) går det frem at det i løpet av de siste 2-3 år har skjedd en utjevning av tannlegedekningen mellom fylkene. Dette har først og fremst skjedd gjennom etablering i privat sektor i andre fylker enn Oslo og Bergen. Det er antagelig grunn til å tro at det fortsatt er overetablering i privat sektor i Oslo-området. Men som vist foran i kapittel 4 er det i både Oslo og Hordaland (Bergens-området) en markedsmessig tilpasning som går i positiv retning.

Spørsmålet er i hvilken grad en inngripende regulering skal foreslås når markedet selv kan synes å være på vei til å løse geografiske forskjeller i tannlegedekningen samlet sett for offentlig og privat sektor. Det positive i denne utviklingen er at den voksne befolkningen i andre fylker enn Oslo og Hordaland får et mer likeverdig tilbud. Det problematiske er at mange stillinger i offentlig sektor fortsatt er ubesatt. Konsekvensene av det er at grupper med rettskrav etter tannhelsetjensteloven ikke får tilgang til nødvendig tannhelsehjelp. Det får heller ikke voksenbefolkningen i de distrikter hvor den offentlige sektor utgjør hovedtyngden av tannhelstjenestetilbudet.

Ingen av de nordiske landene har i dag begrensninger i etableringsfriheten. I Sverige ble det innført en økonomisk etableringsstopp for private tannlegepraksiser i 1974 i forbindelse med innføring av en stor reform med generell trygdestøtte til tannbehandling. Etableringsstoppen ble opphevet i januar 1999.

Forslaget om etableringsregulering vil kunne bli møtt med flere innvendinger. Mange vil mene at den frie etableringsretten er et viktig prinsipp som bør stimuleres fremfor å svekkes. Så lenge voksenbefolkningen med unntak av visse behandlingsformer, betaler 100 % egenandel for tannbehandling, kan det også hevdes at det er urimelig med statlig regulering av dette markedet. Manges motiver for å søke tannlegestudiet er muligheten til en liberal yrkesutøvelse. Det er imidlertid usikkert i hvilken grad innføring av etableringsregulering i sentrale strøk kan resultere i redusert søking til studiet.

I og med at tiltaket krever regulering vil det ikke ha virkning på kort sikt. Det kan dessuten hevdes at effekten er usikker, ved at det ikke nødvendigvis flytter tannleger dit hvor behovet er størst men bare sperrer de ute fra et avgrenset geografisk område. En geografisk etableringskontroll kan derfor føre til etablering rett utenfor "kontrollområdet". Forslaget forutsetter sannsynligvis en offentlig kompensasjon i form av økonomisk støtte til den som mister muligheten til å selge praksisen på det "åpne" markedet. Det vil dessuten kreve et administrativt apparat.

7.3.3 Tilby fordeler til de som etablerer seg eller tar jobb i distriktene

Fagutvikling m.v.

Fagutvikling er gjerne knyttet til etterutdanning, videre-/spesialistutdanning og prosjekt-/utviklingsarbeid som for eksempel undersøkelser og forsøksordninger. Frem til begynnelsen på 90-tallet var det etablert statlige etter- og videreutdanningstilbud

spesielt rettet mot offentlig sektor (det såkalte Bygdøy-kurset og videreutdanning i samfunnsodontologi). I 2002 ble det tildelt midler til spesialistutdanning av tannleger. Midlene omfatter blant annet driftsutgifter til spesialistutdanning ved de odontologiske fakulteter og til forberedelser til desentralisert spesialistutdanning. Formålet med tilskuddet er å øke tilgangen på tannleger med dobbelkompetanse, øke tilgangen på spesialister for den utøvende tannhelsetjenesten og bidra til geografisk fordeling av spesialister gjennom blant annet desentralisert spesialistutdanning og lønn under utdanning. Det er forutsatt at tilskuddsordningen skal trappes opp, slik at det også innebærer lønnede stillinger for tannleger under slik utdanning.

Muligheter til spesialistutdanning har vært begrenset til Bergen og Oslo. Oppretting av organiserte fagmiljøer, som for eksempel regionale odontologiske kompetansesentra, gir blant annet mulighet for en mer desentralisert videreutdanning og vil ha betydning for rekruttering og fordeling av spesialister til områder utenfor Bergen og Oslo-området. Tiltak som på denne måten bedrer muligheten til videreutdanning, prosjekt- og utredningsoppdrag, studiepermisjoner mv. vil kunne gjøre det mer attraktivt for tannleger å etablere seg i distriktene.

Etablering av systematisert veiledning i stillinger i offentlig sektor kan være en annen variant som gir nyutdannede tannleger mulighet til å arbeide i distriktene. Dette innebærer at det organiseres en mer omfattende veiledning enn det arbeidsgiveren har ressurser til å gjøre i dag. Dette gir samtidig de unge tannlegene muligheten til å prøve arbeid i offentlig sektor. Slike tiltak eksisterer for tannleger blant annet i Skottland. Det understrekes at dette ikke må forveksles med en hospitantordning.

Forskjellige varianter av stillinger kan også tenkes utprøvd. For eksempel kan det i enkelte fylker utpekes stillinger som gir mulighet til videreutdanning med sikte på å oppnå spesialistkompetanse. Et alternativ kan være at fylkeskommune etablerer en bedre veilederordning for nyutdannede tannleger. Tiltakene vil sannsynligvis kreve statlige midler, ettersom det vil medføre ekstra kostnader i områder med mange små klinikker og lange avstander.

Nedskrivning av studielån og/eller omgjøring av studielån til stipend

Studiefinansiering er et viktig virkemiddel for å styre senere valg av arbeidssted og karriere. Staten kan stimulere til at tannleger får økonomiske rammebetingelser som øker interessen for å jobbe i distrikt med et befolkningsansvar. En form for stimulering kan være utvidet støtte til nedskrivning av studielån. En nedskrivning vil antagelig ha størst effekt hvis beløpet for nedskrivning har progressiv vekst, og fastsettes for en bestemt periode, for eksempel 5 år. På denne måten kan det bidra til stabilitet i 5 år.

Forskningsbaserte evalueringer viser at dagens ordningen med ettergivelse av studielån bidrar både til rekruttering av unge og til å øke tilgangen på personell med høyere utdanning i tiltakssonen (Finnmark og seks kommuner i Nord-Troms). Tiltaket har særlig positiv betydning gjennom tilbakeflytting av personer som har vokst opp i tiltakssonen, da denne gruppen gjerne bosetter seg permanent i sonen. Opplysninger fra Lånekassen tyder på at mange lånetakere er inne i ordningen bare i noen år etter at

utdanningen er fullført og ikke til hele lånet er avskrevet. Nåværende ordninger er komplisert, vanskelig tilgjengelig og lite forutsigbar for brukerne, og den er administrativt krevende. Utdannings- og forskningsdepartementet legger opp til å endre ordningen for å gjøre den enklere og mer brukervennlig. Arbeidsgruppen får opplyst at Regjeringen ser på ettergivelse av studielån som et treffsikkert og godt virkemiddel i forhold til å rekruttere og beholde sentrale målgrupper i tiltakssonen, og tar sikte på å videreføre ettergivelsesordningen med ny modell. Etter det arbeidsgruppen har fått opplyst vil det bli redegjort for modellen i St.prp. nr. 1 (2003-2004).

Hvis den statlige ordningen med nedskrivning av studielån utvides, står vi overfor et avgrensingsproblem, dels at virkningen overfor tiltakssonen i Finmark og Nord-Troms kan bli svekket. Det kan være problematisk å gi fordeler til visse fylker, da spørsmålet blir hvilke kriterier skal man fordele etter. Det at sentrum/periferi-problemene ikke nødvendigvis lenger er et nord/sør-problem, men fordelt over hele landet, vanskeliggjør dette ytterligere. Videre vil graden av nedskrivning kunne variere alt etter hvor lenge tannlegen er i distriktet.

Daværende Sosial- og helsedepartement vurderte et slikt tiltak i forbindelse med statsbudsjettet for 2001. Det kom imidlertid så mange innvendinger av avgrensingskarakter, at forslaget ble lagt på is. Antagelig vil det være en bedre løsning om fylkeskommunene selv vurderer og avgjør om dette vil være et effektivt virkemiddel i den enkelte fylkeskommune.

7.4 Tiltak for å oppnå en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere

Som det fremgår av kapittel 6.6, innebærer en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere at tannpleiere overtar visse oppgaver tannleger tradisjonelt har utført. Tannpleiere har kompetanse til å utføre en rekke oppgaver som i dag utføres av tannleger i deler av offentlig sektor og i privat sektor. Ved å omgjøre tannlegestillinger/praksiser til stillinger for tannpleiere vil det kunne oppnås bedre samlet ressursutnyttelse. Det forutsetter nødvendigvis tilgang på tannpleiere, jfr. kapittel 6.2.1. Det er også av stor betydning at en slik utvikling vil gjøre tannpleieryrket mer utfordrende og attraktivt. De viktigste forutsetningene for endret oppgavefordeling er klinikkforhold og teamsammensetning. Oppgavefordelingen er et arbeidsgiver-/ledelsesansvar.

Spørsmålet er hvilke tiltak staten eventuelt skulle bruke overfor arbeidsgiversiden (offentlig og privat) for å stimulere til slik omgjøring av stillinger. Det andre er avgrensningen av eventuelle statlige tiltak. På den ene siden kan statlig engasjement rettes mot sentrale områder med størst potensiale (i offentlig sektor Østfold og Telemark). Alternativet er å gi støtte til distrikter med ledighet i offentlige stillinger og vansker med å få kjøpere til private praksiser, men hvor potensialet for omgjøring er mindre.

Slike omgjøringer krever vedtak fra arbeidsgiversiden. Det er strukturelle betingelser for at en omgjøring av stilling kan ha ønsket effekt. Formålet med endringer av

stillinger er at det skal redusere etterspørselen etter tannlegerressurser i fylker/regioner med god tilgang på tannleger og/eller med overkapasitet av tannlegekompetanse, for på denne måten gjøre det lettere for andre fylker å rekruttere tannleger til stillinger som må opprettholdes. Forslag om omgjøring har blitt møtt med innvendinger som at klinikkstrukturen ikke er tilpasset dette (mange praksiser er så små at det blir uaktuelt).

7.5 Statlige tiltak for å oppnå et mer hensiktsmessig samarbeid mellom offentlig og privat sektor

7.5.1 Innledning

Som beskrevet i kapittel 6.7 er den private sektors deltagelse i de offentlige tannhelseoppgaver begrenset. Involvering av den private sektor i offentlige oppgaver er av avgjørende betydning for geografisk likeverdighet i tilbud av tannhelsetjenester. Spørsmålet er hvilke former for samarbeid som gir best effekt på hhv. kort og lang sikt. Et annet spørsmål er om etablering av formelle samarbeidsformer vil ha best effekt i regioner/distrikter med rekrutteringsproblemer eller i områder med lav ledighet i offentlig sektor og god dekning i privat sektor. Et tredje spørsmål er hvorvidt det er tilstrekkelig at staten oppfordrer til samarbeid, eller om staten aktivt må bidra. Det statlige bidrag kan gis i form av tilskuddsmidler til fylkeskommuner og/eller i form av regelverk som forplikter samarbeidsformer. Med hjemmel i tannhelsetjenesteloven § 4-2 kan departementet gi nærmere forskrifter om privat virksomhet innen offentlig tannhelsetjeneste.

Sosialkomiteens flertall har bedt om at alternative modeller til dagens offentlige tannhelsetjeneste utredes for å løse rekrutteringsvanskene, jfr. kapittel 1.4. Flertallet ser særlig for seg muligheten av kombinasjonsstillinger mellom privat praksis og offentlig tannhelsetjeneste, der den offentlige tannhelsetjenesten ivaretas gjennom deltidsstillinger på timebasis, på linje med den modellen det er lagt opp til for fastleger med offentlige arbeidsoppgaver. En samlet komite ber om en egen tiltaksplan for rekruttering av tannleger til offentlig tannhelsearbeid og til ubesatte stillinger i norske distrikter. Tiltaksplanen bør etter komiteens syn *”inneholde virkemidler på linje med de som ble iverksatt ved fastlegereformen, basert på driftstilskuddsmodell for opprettelse av tannlegepraksis mot forpliktelser til utførelse av så vel offentlig tannhelsearbeid som generell tannbehandling av befolkningen.”*

7.5.2 Kombinasjonsstillinger og driftstilskuddsmodell

Kombinasjonsstillinger i allmennlegetjenesten

En kombinasjonsstilling i allmennlegetjenesten innebærer at legen har en kommunal deltidsstilling for offentlig, allmennmedisinsk arbeid i kombinasjon med såkalt kurativ allmennlegevirksomhet, enten som næringsdrivende eller som kommunalt ansatt. Det offentlige allmennmedisinske arbeidet består i hovedsak av legetjenester på helsestasjon, i skolehelsetjenesten, på sykehjem og eventuelt fengselsanstalter. Også andre oppgaver kan være aktuelle.

Driftstilskudd i allmennlegetjenesten

Siden 1984 har det vært en driftsavtaleordning for leger i kommunehelsetjenesten. Kommunen skal etter lov om kommunehelsetjenesten sørge for at allmennlegetjenester er tilgjengelige for befolkningen. Kommunen kan ivareta sine forpliktelser ved enten å ansette leger eller gjennom avtale med private ved å inngå driftsavtale med leger som næringsdrivende. Driftsavtalen har vært koblet til en generell trygderefusjonsordning for behandling av sykdom, skade og lyte hos allmennlege. Driftsavtalen har vært en forutsetning for at legen kan praktisere for trygdens regning. I den kurative virksomheten har allmennlegens omsetning som næringsdrivende i hovedsak bestått av tre elementer: et driftstilskudd fra kommunen, egenandeler fra pasientene samt trygderefusjon. Tilskuddet fra kommunen har ikke vært knyttet opp til det offentlige legearbeid men til den kurative virksomheten som utløser trygderefusjon. Driftstilskuddet har utgjort ca. 1/3 av legens omsetning. I den kommunale deltidsstilling for offentlige oppgaver har legen i hovedsak vært lønnet som arbeidstaker i deltidsstilling.

Fastlegeordningen fra 1. juni 2001 innebar innføring av et listesystem, ved at innbyggerne fikk rett til å stå på en leges liste. Kommunens driftstilskudd er fortsatt koblet til den kurative virksomheten som fastlege. Tilskuddet fra kommunen ble endret fra å være et årlig driftstilskudd uavhengig av antall pasienter, til et per capitatilskudd per innbygger legen har på sin liste. Fra 1. juli 2003 utgjør dette beløpet kr 296,- per innbygger per år. Legens forpliktelser er å ivareta nødvendig allmennlegehjelp på dagtid til de innbyggere som står på vedkommendes liste. Summen av driftstilskudd og trygderefusjon innebærer at kostnadene for behandling hos allmennlege dekkes med ca. 2/3 av det offentlige, både før og etter innføring av fastlegeordningen. Det øvrige er dekket av pasientenes egenandel.

Utviklingen i allmennlegemarkedet

På slutten av 90-tallet var det store problemer for kommunene når det gjaldt rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten. Per januar 2001 var 350 av i alt ca. 3600 allmennlegehjemler ubesatt (flere av hjemlene ble betjent i lengre tid ved korttidsvikarer). I årene frem til 2001 skjedde det en betydelig etablering av leger uten driftsavtale i store bykommuner. Per 1. juni 2003 er 114 av 3850 hjemler uten fast lege (de fleste er besatt med korttidsvikarer fra de nordiske land). Bedringen i allmennlegemarkedet skyldes i hovedsak 4 forhold:

- rammebetingelsene for fastlegeordningen ble avklart høsten 2000
- stram statlig regulering av legemarkedet (både allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten) fra 01.01.99
- stor økning i årlig tilgang på norske leger siden 1997 (ca. 150 % økning på 5-6 år, fra ca. 320 til ca. 800 ved økt utdanningskapasitet og gebyrstipendordning) i tillegg økt tilgang av leger fra utlandet
- rekrutterings- og stabiliseringstiltak i allmennlegetjenesten ved innføring av fastlegereformen, spesielt tilskudd til interkommunalt legevaktsamarbeid og veiledning av turnusleger

Det er nå søkere til nesten samtlige utlyste fastlegehjemler.

Når det gjelder rekrutterings- og stabiliseringstiltak, er det få av disse som har relevans for tannleger på grunn av allmennlege- og tannlegevirksomhetenes forskjellige karakter. Den tilskuddsordningen som har mest aktualitet gjelder utvikling av såkalte ressurskommuner, hvor kommuneleger blant annet har en deltidsstilling som universitetsansatt for å veilede medisinstudenter. Denne har en parallell til den modellen for tannlegeutdanning som planlegges i Tromsø, hvor store deler av den kliniske treningen av studentene skal foregå på offentlig tannklinikk i landsdelen. Aktuelle tilskudd for rekruttering og stabilitet i offentlig tannhelsearbeid og til geografisk fordeling av tannleger som sikrer likeverdig tannhelsetilbud i hele landet, vil dermed måtte ha en annen innretning enn de stimuleringsstiltak som ble innført i forbindelse med innføring av fastlegeordningen.

Kombinasjonsstillinger i tannhelsetjenesten

I kapittel 4.1.5 er det gitt en beskrivelse av hva som kan anses som kombinasjonsstilling for tannleger.

Formålet med bruk av kombinasjonsstillinger vil være å rekruttere til ubesatte stillinger i distriktene for å oppnå likeverdig tilbud i hele landet. Spørsmålet er i hvilken grad slike kombinasjonsstillinger av næringsvirksomhet (voksente klientel) og fylkeskommunal deltidsstilling (offentlige oppgaver på grupper med rettskrav på tannhelsetjeneste) er av interesse for etablerte tannleger. Eventuelt hvordan slike stillinger skal vekke interesse hos de nyutdannede tannlegene. Muligheter for slike kombinasjonsstillinger gis i flere fylker, se kapittel 4. Tannlegevirksomhet i fylkeskommunale stillinger i distriktene gir i utgangspunktet stor bredde i faglige utfordringer. Et avgjørende moment kan være hvilken risiko nyutdannede tannleger pådrar seg eiermessig og arbeidsgivermessig ved en slik kombinasjonsstilling. Den økonomiske risikoen er antagelig ikke knyttet til risiko ved omsetning/inntekter. Risikoen vil være knyttet til muligheten til å kunne selge praksisen i dagens markedssituasjon hvis tannlegen ønsker å flytte eller gå over i annen virksomhet.

Hvis tannlegen har et leieforhold til fylkeskommunen som på sin side er eier av klinikken/praksisen og i tillegg har arbeidsgiveransvar overfor tannhelsesekretær og eventuelt tannpleier, vil det være fylkeskommunen som bærer risikoen. Slike leieforhold er ikke uvanlig i allmennlegetjenesten i små distriktskommuner. For den som er eier og eventuelt også arbeidsgiver vil den økonomiske risikoen være lav hvis tilgangen på tannleger er tilstrekkelig i forhold til etterspørsel, og hvis nyutdannede tannleger er interessert i å søke seg til distriktene, også der hvor andelen ubesatte stillinger er høy.

Skal kombinasjonsstillinger tilbys i områder med stabil tannlegedekning og god samlet tannlegekapasitet, vil det ikke oppnås effekt når det gjelder geografisk fordeling av tannlegeressurser uten at også de privatpraktiserende tannlegene i området omfattes av en ordning med kombinasjonsstillinger. Siktemålet er mer effektiv utnyttelse av

tannlegeressursene i dette området, som indirekte skal frigjøre tannlegerressurser ved at offentlige stillinger eller private praksiser kan inndras/opphøre. Frigjorte ressurser kan dermed kanaliseres til områder med stort behov for rekruttering. Det betyr at de private tannlegene må redusere omfanget av voksne pasienter slik at de har kapasitet til å ta deltidsstilling for offentlige oppgaver. Dermed vil alle tannleger i området kunne få en kombinasjonsstilling (for eksempel tredjeparten av arbeidstiden med offentlige oppgaver som ansatt og øvrig arbeidstid til voksenbehandling som næringsdrivende). Voksenpasienter som ikke lenger vil kunne gå til sin tidligere privatpraktiserende tannlege, må få mulighet til å få behandling hos de tannlegene som tidligere var fylkeskommunalt ansatt i heltidsstilling.

7.5.3 Skisse til modell for kombinasjonsstilling med driftstilskudd innenfor tannhelsetjenesten

Arbeidsgruppen legger til grunn at det kan være to hovedforutsetninger når det gjelder rammevilkår og økonomi i en driftstilskuddsmodell i tannhelsetjenesten:

- a) driftstilskuddsmodell innenfor dagens rettslige og økonomiske ramme. Det betyr at driftstilskuddet vil omfatte de offentlige tannhelseoppgaver og at egenandeler til tannbehandling for den voksne befolkningen forblir uendret (slik den ble uendret ved innføringen av fastlegeordningen)
- b) driftstilskuddsmodell hvor driftstilskuddet dekker kostnader til behandling av voksne. Det vil innebære en prissubsidiering av tannbehandling for voksenbefolkningen

Nærmere om alternativ a)

Fylkeskommunens kostnader til tannhelsetjenester er i hovedsak knyttet til generelle helsefremmende og forebyggende oppgaver og til tjenestetilbudet til grupper med rettskrav på tannhelsetjenester. I distrikter med svak eller ingen privat tannhelsetilbud overfor den voksne befolkning, vil fylkeskommunen gjennom sine klinikker og ansatt tannhelsepersonell yte slikt tilbud. Det innebærer også kostnader til infrastruktur og til drift av slikt tilbud. I prinsippet skal kostnadene dekkes gjennom pasientenes egenbetaling.

Kombinasjonsstillinger og driftstilskudd kan organiseres på flere måter, blant annet følgende (opplistingen er ikke uttømmende):

- i. De offentlige oppgaver utføres som deltidsansatt med timelønn. Tannlegevirksomheten overfor den voksne befolkningen utøves etter vanlig honorarberegning med 100 % egenandel, enten i et eierforhold eller leie-forhold når det gjelder klinikklokaler. Driften forutsettes finansiert innenfor fylkeskommunens økonomi.
- ii. De offentlige oppgaver utføres på basis av en kontrakt om å sørge for nødvendig tannhelsetilbud til et definert antall personer med rettskrav på vederlagsfri behandling. Tilskuddet kan gis basert på utførte tjenester eller som et per-capitabeløp per person. Tannlegevirksomheten overfor den voksne befolkningen som under punkt i. Driften forutsettes finansiert innenfor fylkeskommunens økonomi.

- iii. De offentlige oppgaver utøves som under punktene i. eller ii, men tannlegen mottar i tillegg et tilskudd som engangs næringsstøtte eller som årlig driftsstøtte. En årlig støtte vil subsidiere tannlegens kostnader til driften, eller kan knyttes til vilkår om ambulering, til å ansette tannpleier og dermed påta seg flere oppgaver mv. eller andre forhold. Dette krever ekstra finansiering fra fylkeskommune og/eller stat.
- iv. De offentlige oppgaver utøves som punktene i. og ii, mens en årlig driftsstøtte til tjenestetilbudet til voksenbefolkningen kan innebære en prissubsidiering eller redusert egenandel for pasienten. Dette krever ekstra finansiering av fylkeskommune og/eller stat.

Økonomien i en driftstilskuddsmodell kan etter punktene i. og ii. være innenfor den økonomien som i dag finansierer de offentlige tannhelsetjenester overfor grupper med rettskrav. På landsbasis utgjorde dette 1.26 mrd. kroner i 2002. Det betyr at deler av de midler som i dag finansierer driftsutgifter til offentlige klinikker og lønn til tannpersonell for å ivareta de offentlige oppgavene, som alternativ ble gitt i et kontraktsforhold med tannleger som ellers driver næringsvirksomhet overfor voksenbefolkningen og som forpliktet seg til å ivareta offentlige oppgaver. Driftstilskuddet vil være knyttet til de offentlige oppgaver, og kan for eksempel gis som lønn i deltidsstilling eller som et per capita-beløp per person. For dette per-capita beløpet må tannlegen forplikte seg til å ivareta definerte oppgaver som for eksempel oppsøkende virksomhet, forebyggende tjenester og behandling. I en driftstilskuddsavtale kan det også avtales at tannlegen kan ansette tannpleiere for å ivareta flere av oppgavene. Alternativet er at tannlegens oppgaver avgrenses overfor offentlige oppgaver som fylkeskommunen ønsker ivaretatt av tannpleiere eller andre ansatt av fylkeskommunen. De ulike variantene kan også omfatte fritt tannlegevalg for de grupper som har rettskrav innenfor de offentlige oppgaver.

Komitemerkningen kan forstås slik at tannlegene i en driftstilskuddsmodell må forplikte seg til å yte tannbehandling til den voksne befolkning som betaler egenandel etter samme mønster som i dag.

Ved igangsetting av ulike modeller er det behov for flere avklaringer. Blant annet vil det være viktig at de ulike modeller søker å oppnå et ønsket formål om at individuelt forebyggende tjenester og regelmessige undersøkelser i hovedsak kan utføres av tannpleiere for å bidra til å økonomisere tannlegerressurser, se kapittel 6.6. Et annet forhold er hvordan driftstilskuddsordningen kan utformes slik at innbygger/pasient kan ha mulighet til å bytte tannlege. Ytterligere må det vurderes hvorvidt driftstilskuddet skal baseres på et likt kronebeløp per innbygger per år/for en toårsperiode, eller om det skal skje en differensiering avhengig av tannhelse-/sykdomsforhold eller av andre grunner.

Som beskrevet i kapittel 6.5 vil antagelig den mest hensiktsmessige tilskuddsordning i tannhelsesammenheng bestå av et per capita-tilskudd uten ekstra tilskudd per ytelse. Dessuten vil det være viktig å sørge for at den samfunnsbevisste og faglige kultur i den offentlige sektor blir ivaretatt og videreført. Dette omfatter evne til å prioritere, fokus på

forebyggende arbeid og helseresultater og ivaretagelsen av grupper som har dårlige forutsetninger for å ivareta egen tannhelse. Ivaretagelse av kulturbygging gjennom ledelsesutøvelse, etablering av samarbeidsfora og profesjonalitet i kontraktsinngåelse blir dermed viktig.

En utprøving av modellene beskrevet under punktene iii. eller iv. vil innebære en finansiering som går ut over fylkeskommunens ressursbruk til tannhelsetjeneste i dag. Hvis disse to modeller skal utprøves forutsetter arbeidsgruppen at staten bidrar med årlig tilskudd.

Arbeidsgruppen forutsetter at staten som et minimum gir tilskudd til prosjektkostnader (forberedelse, drift av prosjektorganisasjon, evaluering mv.), uansett modell. Tilskudd må være basert på søknad fra fylkeskommunene som beskriver den modellen som søkes igangsatt. Det må også stilles som forutsetning at den private sektor har deltatt i utforming av prosjektsøknad. I den sammenheng er det viktig at Tannlegeforeningen sentralt er aktiv støttespillere overfor den lokale del av foreningen og overfor de angjeldende fylkeskommuner. Staten bør legge eventuelle føringer for hvilke forsøk som ønskes prøvd ut basert på geografiske hensyn. Det må forutsettes at tilskudd fra staten skal innebære utprøving av samarbeidsmodeller mellom offentlig og privat sektor som bidrar til hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger, og direkte eller indirekte til nødvendig geografisk fordeling av spesielt tannleger.

Behovet for grundig arbeid til utvikling av prosjektsøknad kan tilsi at statlig støtte også bør bevilges til det utredningsarbeid som må til for at en prosjektsøknad kan forberedes og utarbeides.

7.6 Arbeidsgruppens vurderinger og tilråding

7.6.1 Arbeidsgruppens vurderinger av tiltakene

Arbeidsgruppen legger til grunn at følgende statlige tilskudd videreføres:

- tilskudd for å øke tilgangen på tannleger fra Tyskland gjennom Aetat og kvalifisering av tannleger fra land utenfor EØS-området
- tilskudd til spesialistutdanning og etablering av odontologiske kompetansesentra

Som det fremgår av drøftingen av hovedutfordringene i kapittel 6 og presentasjonen av de alternative tiltakene i kapittel 7.2 til 7.5, vil enkelte tiltak kunne ha effekt på kort sikt, andre på lang sikt. Effekten vil også i stor grad være avhengig av hvorvidt de innføres i kombinasjon med hverandre.

a) Tiltak av generell karakter

Fremstillingen i kapitlene 3, 4 og 6 viser at enkelte fylkeskommuner er i en kritisk situasjon når det gjelder mulighetene til å tilby likeverdig tannhelsetilbud til hele befolkningen i fylket, og spesielt til de grupper som har rettskrav på tjenester. Utviklingen i det private markedet ser ikke alene ut til å kunne avhjelpe

fylkeskommunene, selv om enkelte opplever et bedre rekrutteringsmarked de siste par år, antagelig takket være vellykket rekruttering av tyske tannleger.

Uansett hva som gjøres av andre tiltak, og som i hovedsak har effekt på lang sikt, mener arbeidsgruppen at rekrutteringen fra EU-land må ha høyest budsjettmessig prioritet de nærmeste årene. Hvis denne rekrutteringen stopper opp er det stor risiko for at tannhelsetilbudet til befolkningen i mange distrikter står i fare for å bryte sammen. Det er også viktig at rekrutteringen utvides til de nye EU-medlemsland fra 2004. Det forutsetter at myndighetene i aktuelle land inngår avtale med norske myndigheter om slik rekruttering som følge av en overkapasitet i det respektive landet.

Videre er arbeidsgruppen enige om at markedsføringstiltak, særlig rettet mot etterspørere, jfr. 7.2.3, vil kunne ha positiv effekt. Arbeidsgruppen mener det er grunn til tro at mange vil henvende seg til tannpleierene dersom kunnskapen om hvilke tjenester denne yrkesgruppen utfører, blir bedre kjent. Gruppen tilrår derfor at Sosial- og helsedirektoratet får i oppdrag å iverksette dette tiltaket.

Når det gjelder tiltak overfor tannlegestudenter, er utvidelse av praksisstudiet for tannleger isolert sett av stor interesse. Dette er et tiltak som først vil ha effekt om 3-4 år. Grunnen til dette er at iverksettingen krever forberedelse både på de odontologiske fakultetene og i fylkeskommunene hvor den utvidede praksistreningen skal foregå. Den vil dessuten gjelde for studenter i 4- og/eller 5 studieår. Tiltaket vil kunne ha en rekrutterings- og stabiliseringseffekt i offentlig sektor ettersom det blir muligheter til å bli universitetsansatt tannlege i kombinasjon med fylkeskommunal ansettelse og/eller driftsavtale.

Av hensyn til tannlegestudentenes kunnskaper om offentlig tannhelsearbeid, om arbeidsvilkår og faglig bredde i arbeid i distrikt og om offentlig ansatte tannleger som rollemodeller, bør slik utvidelse av praksisperioden isolert sett gjennomføres, uavhengig av andre tiltak. Tannhelsetjenesten blir dermed også en viktig deltager i undervisningen av studenter, slik sykehus og primærhelsetjenesten i dag fungerer for andre helsefagstudenter på høgskole og universitet.

Et sterkere virkemiddel for forståelse for offentlig tannhelsearbeid og for offentlige tannleger som rollemodeller vil være å innføre en turnustjeneste for tannleger, for eksempel en 12 måneders turnustjeneste. På landsbasis vil dette dreie seg om 80 – 90 kandidater per år.

Hovedformålet med innføring av turnustjeneste må være å bidra til en nødvendig geografisk fordeling av tannleger. Dette vil kunne skje ved at turnustjenesten utføres i de deler av landet hvor fylkeskommunene har store problemer med rekruttering og stabilitet. Turnusåret vil i seg selv være en ressurs for fylkeskommunen det enkelte år. I tillegg vil muligheten til å rekruttere tannleger som er ferdig med turnusåret i fylket kunne bli større sammenlignet med dagens situasjon.

I prinsippet skal en turnustjeneste kvalifisere kandidaten til selvstendig yrkesutøvelse. Arbeidsgruppen har ikke registrert faglige eller pasientsikkerhetsmessige argumenter som har vært ført frem de siste årene som begrunnelse for innføring av turnustjeneste. Det er uansett ønskelig at en kandidat er best mulig skikket eller kvalifisert etter endt utdanning før vedkommende gis autorisasjon. Innføring av turnustjeneste vil dermed i hovedsak være begrunnet i hensynet til geografisk fordeling av tannlegerressurser og mulighet for å rekruttere til offentlig sektor.

Innføring av turnustjeneste er overfor den enkelte kandidat et inngripende tiltak. Effekten vil ikke kunne oppnås før etter minimum 3 - 4 år. Staten må foreta de nødvendige budsjettmessige og forskriftsmessige forberedelser som skal til for å organisere og finansiere turnustjenesten, jfr. slik tjeneste for turnusleger. Det er også et spørsmål om hvorvidt vilkår om turnustjeneste må være kjent for studentene allerede ved opptak til studiet.

I valget mellom utvidet praksisperiode i studiet og turnustjeneste for odontologiske kandidater vil arbeidsgruppen prioritere økt praksisperiode. Selv om dette er av kortere varighet, krever det mindre forberedelse, mindre ressurser og kan gjennomføres tidligere enn turnustjeneste. Dessuten vil muligheter til å kunne omgå turnusordningen resultere i at den ikke blir effektiv. En utvidelse av praksisperioden i studietiden vil også kunne frigjøre klinisk undervisningskapasitet på fakultetene til oppdaterings- eller eventuelt kvalifiseringskurs for utenlandske tannleger.

Det mest inngripende tiltaket er beordring etter endt utdanning. Dette tiltaket har isolert sett størst effekt hvis beordringen skulle ha en varighet på 2-3 år. Effekten av et slikt tiltak vil kunne komme først om 6-7 år, hvis vilkåret om beordring forutsettes å være kjent ved opptak til tannlegestudiet.

Innføring av beordring som eneste tiltak vil kunne virke negativt på søkningen til studiet og til studentenes gjennomføring av tannlegestudiet. Etter en samlet vurdering anser arbeidsgruppen ikke som aktuelt i denne utredningssammenheng. En beordring kan være aktuelt hvis den samtidig er kombinert med virkemidler av positiv eller ikke inngripende karakter. Slike positive virkemidler kan være knyttet til beordringsperioden eller til yrkesutøvelsen etter beordringsperioden.

Arbeidsgruppen vurderer sosialkomiteens merknader slik at komiteen ønsker en bred gjennomgang av tannhelsefeltet med sikte på vurdering av en reform. Sentrale elementer i reformsammenheng vil blant annet kunne være knyttet til rettigheter for pasienter og nivå på egenandeler i kombinasjon med driftsformer for tannleger/tannpleiere og offentlig støtte/prissubsidiering av generell tannbehandling. Hvis Regjeringen har til hensikt å gjennomføre en utredning med sikte på en fremleggelse for Stortinget, kan dette antagelig fremmes for Stortinget i løpet av 2-3 år.

Arbeidsgruppen ser det som uhensiktsmessig at spørsmålet om beordring skal tas stilling til og eventuelt besluttes på dette tidspunkt relativt kort tid før et eventuelt reformdokument for tannhelsetjenesten fremmes for Stortinget. En reform av den

karakter som komiteen skisserer gjennom sine merknader i ulike innstillinger, vil måtte omfatte spørsmålet om en generell driftstilskuddsordning i kombinasjon med regulering av tannlegemarkedet. Innføring av offentlig støtte til tannbehandling for voksne for eksempel i form av generell trygderefusjon vil føre til ytterligere sentralisering av tannlegeressursene med mindre markedet underlegges en regulering slik tilsvarende som for legemarkedet. Hvis dette blir resultatet, vil spørsmålet om beordring måtte tas opp til ny vurdering pga. nødvendigheten av slikt tiltak.

Både turnustjeneste og beordring vil først ha effekt fra tidligst 2006 og 2007. For fylkeskommunene er det perioden frem til 2009 som er mest kritisk. Etter arbeidsgruppens vurdering må derfor tiltak som har effekt etter 1-2 år prioriteres. Turnustjeneste og beordringsplikt er dessuten av slik inngripende karakter at de bør sees i sammenheng med regulering av tannlegemarkedet og i reformsammenheng. Arbeidsgruppen vurderer det dermed slik at eventuell turnustjeneste og beordringsplikt for tannleger ikke foreslås nå, se kapittel 8.

b) Tiltak rettet mot områder hvor det er/antas å være en overetablering, spesielt av tannleger.

Arbeidsgruppen har vurdert to tiltak under denne kategorien. Det ene er forsøksordninger om samarbeidsmodeller mellom offentlig og privat sektor i regi av fylkeskommunen. Vi viser her til omtalen av slike modeller i kapittel 7.5. Tiltakene vil kunne bidra til mer hensiktsmessig anvendelse av tannlege- og tannpleierressurser og indirekte til geografisk fordeling av tannleger med bedre muligheter for rekruttering til offentlig sektor. Uansett vil det være av stor betydning at slike modeller prøves ut med tanke på den private sektors medvirkning i offentlige oppgaver. Det andre tiltaket er regulering av privat sektor gjennom etableringskontroll. Som vist i kapittel 7.3.2 er det mange momenter som taler mot et slik regulering. Samtidig viser situasjonen i tannlegemarkedet at behovet for tiltak av mer gjennomgripende karakter er stor, med mindre tilbudet av tannleger øker drastisk.

Med samme begrunnelse som over når det gjelder turnustjeneste og beordringsplikt, anbefaler arbeidsgruppen at forslag om etableringskontroll ikke fremmes i denne omgang. Tiltaket bør vurderes i forbindelse med en bredere gjennomgang av tannhelsetjenesten med sikte på eventuell gjennomgripende reform. En eventuell driftstilskuddsordning med generell offentlig støtte til tannbehandling vil uansett innebære en regulering av markedet hvor effekten etter arbeidsgruppens vurdering minst blir den samme som ved ensidig etableringskontroll. Dette selv om en generell tilskuddsordning vil måtte innebære regulering av priser og/eller takster, se kapittel 8.

c) Tiltak rettet mot områder hvor det er stor ledighet i stillinger i offentlig sektor og eventuelt i tillegg store problemer med å få unge tannleger til å overta private praksiser med tilstrekkelig pasientgrunnlag.

Arbeidsgruppen mener det er viktig at staten bevilger midler til forsøk med modeller som beskrevet i kapittel 7.5 i disse områdene av landet. Fylkeskommunene kan utvikle

prosjekter og søke støtte til samarbeidsprosjekter med privat sektor. Det kan ligge mange positive elementer i støtteordninger og driftsmodeller som nyutdannede og/eller etablerte tannleger ser som spennende og attraktive. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at fylkeskommunene fra 2004 gir muligheter til å søke støtte til slike tiltak.

Tilskuddsmidler til forsøksordninger og utviklingstiltak i fylkeskommunal regi kan forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet. På bakgrunn av en utlysning kan fylkeskommunene søke om midler. De forhold som skal søkes løst og vilkårene for tildeling av tilskuddsmidler må komme klart frem av utlysningsteksten som for eksempel effektiv oppgavefordeling, endret klinikkstruktur og praksissammenslåing, nye driftsavtalesystemer med ivaretagelse av offentlige oppgaver, fagutvikling mv. Prosjektsøknadene må også være forankret i et samarbeid med den private sektor. Arbeidsgruppen forventer at enkelte av prosjektene vil ha overføringsverdi, mens andre muligens først og fremst vil ha som formål å bedre situasjonen i regionen. Helsemyndighetene bør følge opp arbeidet ved å opprette en erfaringsbank.

Spørsmålet er om andre statlige tiltak bør gjennomføres øremerket disse områder, eller om en generell økning av tilbudet av tannleger i kombinasjon med tiltakene anbefalt foran vil kunne være tilstrekkelig.

Når det gjelder statlige tilskudd til fagutvikling var erfaringene fra en forsøksordning i de nord-norske fylker i 1995-97¹⁵ ikke positive gitt den modell som ble valgt. Arbeidsgruppen vurderer det slik at de generelle tiltak av faglig karakter som statlige helsemyndigheter gir tilskudd til i inneværende budsjett generelt vil ha positiv effekt. Arbeidsgruppen sikter her til statlig tilskudd til desentralisert spesialistutdanning av tannleger, etablering av odontologiske kompetansesentre, etablering av etterutdanning i offentlig tannhelsearbeid mv. Hvis ytterligere tiltak av faglig karakter skal støttes, bør det eventuelt gjøres i forbindelse med etablering av samarbeidsmodeller som fylkeskommunene kan søke om tilskudd til, se foran.

Når det gjelder nedskrivning av studielån vil arbeidsgruppen foreløpig ikke anbefale dette som et statlig tiltak utover de ordninger som eksisterer. For det første er avgrensingsproblemene store. For det andre må slikt tiltak sees i sammenheng med alle de tiltak den enkelte fylkeskommune selv har etablert angående økonomiske vilkår ved ansettelse og yrkesutøvelse. Det vil derfor være vanskelig for staten å utarbeide kriterier for tildeling. Dette tiltaket bør derfor overlates til fylkeskommunen selv å vurdere. Fylkeskommunene vil kunne ha betydelige økonomiske interesser av å beholde ansatte i flere år. Hvis kostnadene ved turnover i tannlegestillinger tas med i regnestykkene, er fylkeskommunene de nærmeste til å vurdere og eventuelt oppnå gevinst gjennom å bruke nedskrivning av studielån som rekruttering- og ikke minst stabiliseringstiltak.

¹⁵ Prosjektet var forankret i Statens helsetilsyn og het ” Tannlegestabilitet og kvalitet i nordnorsk tannhelsetjeneste 1995-1997.

7.7 Arbeidsgruppens tilråding med tidsplan for innføring

Arbeidsgruppen foreslår en tre-trinns tiltaksplan som tar utgangspunkt i tidsperspektivene 2004-2006 (kort sikt), 2007-2009 (mellomlang sikt) og 2010 og fremover (lang sikt). På denne måten kan en løpende vurdere effekten av de igangsatte tiltak i forhold til markedsutviklingen før man tar endelig stilling til tiltak av mer langsiktig og omfattende karakter.

Det presiseres at enkelte tiltak i kategorien "kort sikt" ikke vil ha effekt innenfor denne tidsrammen, men først etter noen år. Det er imidlertid nødvendig å komme i gang med planleggingen/forberedelsene.

7.7.1 Tidsperioden 2004 til 2006 (trinn 1)

Tiltak som forventes å ha effekt i løpet av denne perioden er:

- Økt rekruttering av tannleger fra EU-land (Tyskland og nye EU-medlemsland) fra 2004. Tilskudd til Aetat for organisering av rekruttering, organisering av norskopplæring og opplæring i nasjonale fag for å avhjelpe arbeidsgiversiden i Norge. Dette vil øke den samlede tilgang på tannleger.
- Oppfordring fra helsemyndighetene til samtlige fylkeskommuner (spesielt fylkeskommunene i Sør-Norge) om å iverksette planlagte strukturendringer i klinikkforhold som kan bidra til annen oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger slik at tannlegerressursene utnyttes effektivt.
- I samarbeid med Tannlegeforeningen oppfordring fra helsemyndighetene til tannleger i den private sektor som planlegger endringer i sin praksisdrift om å ansette tannpleiere til å utføre oppgaver som ikke krever tannlegekvalifikasjoner og som tidligere er utført av tannleger.
- Informasjonsvirksomhet fra helsemyndighetene rettet mot tilbydere og etterspørere når det gjelder hyppigheten av nødvendige tannhelsekontroller og eget ansvar for tannhelsen. Dette skal bidra til å redusere etterspørselen etter tannlegerressurser i sentrale strøk, og mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger.

Tiltak med oppstart i denne perioden, vil ha effekt etter periodens utløp:

- Utvidelse av praksisstudiet i tannlegestudiet fra 4-6 uker til 12 uker.
- Tilskudd til utvikling og igangsetting av samarbeidsmodeller mellom offentlig og privat sektor i regi av fylkeskommunene. Dette omfatter tilskudd til utprøving av ulike driftsavtaleformer, støtte til sammenslåing av praksiser i distrikt og driftsformer som reduserer risiko for nyutdannede tannleger i forbindelse med eier- og arbeidsgiveransvar. Det knyttes vilkår om blant annet offentlige oppgaver og effektiv oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger. Prosjektene bør også omfatte tiltak angående fagutvikling og kulturbygging.

Utredningsarbeid

- Statlig utredning av mulige reformsystemer for tannhelsetjenesten som omfatter generell driftstilskuddsordning, utvidelse av rettigheter for innbyggere, endringer i egenandelsbetaling og generelle offentlige støtteordninger. Spørsmål

om turnustjeneste for tannleger, beordring av tannleger og etableringskontroll i privat sektor kan vurderes i den sammenheng.

7.7.2 Tidsperioden 2007 til 2009 (trinn 2)

På dette tidspunkt vil man kunne se effekten av tiltak iverksatt under trinn 1 og vurdere behovet for justeringer.

- Gjennomføre ordninger med nye samarbeids- og driftsformer mellom offentlig og privat sektor planlagt og startet opp under trinn 1.
- Planlegge og gjennomføre de reformsystemer som er besluttet politisk basert på utredning foretatt under trinn 1. Reformene må ha som siktemål en mest mulig effektiv anvendelse av samlede ressurser (offentlig og privat sektor) i utføring av offentlige tannhelseoppgaver. Samtidig må de sikre geografisk likeverdig tilgjengelighet til tannhelsetjenester, effektiv oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger.

7.7.3 Fra 2010 (trinn 3)

På dette tidspunkt forutsettes at effekten av oppstart av tannlegeutdanningen i Tromsø i kombinasjon med kvalifiseringstiltak for tannleger fra utlandet kan sikre tilstrekkelig tilgang på tannlegerressurser, sammen med styring av rammebetingelsene for tannlegemarkedet. Tannlegeutdanningen i Tromsø i kombinasjon med utvidelse av praksisstudiet for tannlegestudentene i Bergen og Oslo, samt helsemyndighetenes finansiering av spesialistutdanning og etablering av odontologiske kompetansesentra vil ha bidratt til et betydelig faglig løft for hele tannhelsetjenesten.

På dette tidspunkt forutsettes det også avklart og gjennomført aktuelle reformer av gjennomgripende systemkarakter som skal sikre formålene denne arbeidsgruppa har fått i oppdrag å utrede og foreslå tiltak overfor.

8. ALTERNATIVE MODELLER TIL DAGENS OFFENTLIGE OG PRIVATE TANNHELSETJENESTE

8.1 Driftstilskuddsmodell med økt økonomisk ramme

Det ligger i utgangspunktet utenfor arbeidsgruppens mandat å drøfte alternative finansieringsformer for tannbehandling generelt i forhold til dagens ordning. Arbeidsgruppen har imidlertid i lys av komitemerknadene og anmodningen om en tiltaksplan med blant annet driftstilskuddsmodeller, drøftet skisser til aktuelle modeller som på lang sikt vil ha effekt på den geografiske fordelingen av tannleger og tannpleiere og arbeidsdelingen mellom disse yrkesgruppene. Modellene vil måtte innebære en betydelig offentlig finansiering av tannbehandling for voksenbefolkningen generelt. Modellene forutsetter at de innføres på landsbasis.

8.1.1 Alternative former for offentlig prissubsidiering

Innenfor den norske helsetjenesten er det i hovedsak tre former for prissubsidiering av helsetjenester:

- a) Tjenester ytes vederlagsfritt eller med lav egenandel av personell ansatt av kommune, fylkeskommune eller statlig helseforetak. Tjenestene finansieres i hovedsak av tilbyder, som får dekket sine kostnader gjennom skatter/rammefinansiering fra staten.
- b) Tjenester ytes av yrkesutøvere som inngår kontrakt med hhv kommune, fylkeskommune eller statlig helseforetak. Kommunen/foretaket yter driftstilskudd ved hjelp av rammeoverføring fra staten. Konsekvensen av driftstilskuddet er en prissubsidiering av tjenesten som kommer pasienten/brukeren til gode. Ansvarlig forvaltningsorgan fastsetter antall driftsavtalehjemler i sitt respektive område. Staten har ansvar for tilstrekkelig tilgang på personell som kommunene/de statlige foretakene kan inngå driftsavtale med (leger, fysioterapeuter, fra 2004 også jordmødre). Driftstilskuddet kan gis som et fast kronebeløp per år med forpliktelser om åpningstid (legespesialister og fysioterapeuter) eller som per capita per innbygger på liste (fastlegeordning).
- c) Kontantytelse for støtte til behandling av sykdom gjennom refusjon fra trygden. Dette kan gis i kombinasjon med driftstilskudd slik som for leger, psykologer og fysioterapeuter. For disse yrkesgrupper føres det forhandlinger hvert år om driftstilskudd og takster. Slike ytelser kan også gis uten driftstilskuddsordning som for behandling av sykdom hos tannleger, kiropraktorer og hjemmefødsler for jordmødre. Refusjonene fastsettes da av staten uten forhandlinger.

For alle tilfeller av behandlinger under b) og c) betaler pasienten egenandel.

For de tjenestetyper hvor det gis både driftstilskudd og trygderefusjon (leger, psykologer og fysioterapeuter) kan ingen i yrkesgruppen praktisere for trygdens regning uten at de har driftsavtale med hhv. kommune eller med regionalt helseforetak.

Utover disse offentlige finansieringsordninger er det også etablert såkalte skjermingsordninger slik at pasienter med omfattende behov for helsehjelp skal unngå høye utgifter til nødvendige helsetjenester. Skjermingsordningene kalles for tak 1 og tak 2.

Tak 1

Denne omfatter behandling hos lege, psykolog, medisiner på blå resept og utgifter til reise i forbindelse med behandling. Hvis utgiftene i løpet av et kalenderår overstiger et fastsatt beløp (i 2003 fastsatt av Stortinget til kr 1.350) får pasienten frikort, og skal ikke betale egenandel for disse tjenester resten av året.

Tak 2

Denne takordningen omfatter godkjente egenandeler ved behandling hos fysioterapeut, opphold på opptreningsinstitusjoner, klimareiser til utlandet og refusjonsberettiget tannlegebehandling (unntatt kjeveortopedi). Ordningen ble innført fra 01.01.03, og taket for egenandeler er kr 4.500. Pasienten må selv ta vare på kvittering for betalt offentlig godkjent egenandel, og ta med kvitteringer til trygdekontor når summen av egenandeler passerer 4.500 kroner. Pasienten vil så få frikort for slike tjenester for resten av kalenderåret.

8.1.2 Relevans for tannhelsetjenesten

Formålet med de tiltak som arbeidsgruppen har drøftet er en nødvendig geografisk fordeling av tannleger, en bedre samordning av privat og offentlig tannhelsetjeneste samt en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger.

Tjenestetilbudet på tannhelseområdet gis som oppsøkende virksomhet, innkalling til undersøkelser/kontroller basert på sannsynlig sykdomsutvikling og behov for kontroll. Mulighetene til resultater av forebyggende innsats er ikke ubetydelig. I tillegg gis nødvendig behandling med eventuell henvisning til spesialist.

Som belyst foran vil arbeidsgruppen anta at en fortsatt fri etablering og fri prissetting i privat sektor uten system med driftstilskudd knyttet til generell støtteordning til tannbehandling, vil resultere i at den offentlige sektor i distriktene vil ha vedvarende problemer med å kunne gi et likeverdig tilbud. Selv ikke en betydelig økning i utdanningskapasitet for tannleger vil kunne avhjelpe situasjonen på sikt, spesielt ikke hvis arbeidsmuligheten i sentrale strøk i nabolandene blir større. En økning i utdanningskapasiteten vil heller ikke ha effekt før om 6-7 år.

Arbeidsgruppen vil fraråde innføring av betydelige trygderefusjonsordninger for nye grupper eller nye sykdommer/behandlingsformer uten at det knyttes opp til regulering av tannlegemarkedet. Hvis ikke vil konsekvensene bli en ytterligere risiko for

sentralisering av tannlegekapasiteten på grunn av økt etterspørsel. Dette vil undergrave mulighetene til et geografisk likeverdig tannhelsetilbud.

På den ene siden kan det hevdes at det er en underkapasitet av tannlegeressurser gitt dagens rammevilkår for tannlegevirksomhet. Dette gir seg utslag i mange ledige tannlegestillinger i offentlig sektor i distriktene, se kapittel 3, og fører til begrensede muligheter for innbyggerne mht. mulig tilgang til tannhelsehjelp. På den annen side kan det også hevdes at det objektivt og faglig sett er en overkapasitet av tannlegeressurser i sentrale strøk, også fordi både tannpleier- og tannlegeressurser ikke anvendes hensiktsmessig.

Denne ubalansen i markedet vil fortsatt eksistere i varierende omfang uansett de tiltak som iverksettes i perioden 2004 – 2006 jfr. arbeidsgruppens forslag. Og ubalansen vil kunne forsterkes ved innføring av nye offentlige økonomiske støtteordninger. For innbyggerne i distriktene kan dette bli et alvorlig problem. For mange fylkeskommuner som ansvarlig forvaltningsorgan med et "sørge-for" ansvar vil problemene kunne synes uløselige, med stor belastning på de få, stabile tannhelsepersonell som "holder ut" i distriktene. For storsamfunnet er dette allerede et fordelings- og prioriteringsproblem som har etiske og verdimeslige implikasjoner for velferdsstaten.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor at det igangsettes et bredt utredningsarbeid. Utredningsarbeidet må blant annet gjennomgå de aktuelle finansieringsordninger slik de er summarisk beskrevet i kapittel 8.1.1. Disse ordningene må vurderes mhp. relevans for tannhelsetjenesten. I dette må det inngå hvilke problemer og utfordringer de vil løse, og hvilke implikasjoner en innføring eventuelt vil medføre.

Et avgjørende aspekt i utredningsarbeidet vil være drøftingen av hvilket finansierings- og organiseringssystem som vil kunne bidra til å fremme tannhelse og redusere kontroller og behandlinger som anses unødvendige. Videre hvordan finansieringssystemet kan bidra til hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger. I dette ligger også sannsynlig nivå på de offentlige støtteordninger som må til for at de fleste private tannleger vil slutte seg til en driftstilskuddsmodell. En slik modell forutsetter regulering av det private marked som sikrer geografisk fordeling.

9. ADMINISTRATIVE OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV DE FORESLÅTTE TILTAK

Økt rekruttering av tannleger fra EU-land (Tyskland og nye EU-medlemsland)

Aetat organiserer i dag et opplegg for rekruttering med etablering av kontakt mellom tyske tannleger og arbeidsgivere i Norge, organisering av norskopplæring og opplæring i nasjonale fag for å avhjelpe mangelen på tannleger i offentlig sektor. For å utvide dette arbeidet, kan det være behov for tilskudd til etaten. Arbeidsgruppen legger til grunn at statens kostnader er ca 50 000 kroner per tannlege som gjennomfører opplæringen. I tillegg bør det arrangeres samlinger etter at tannlegene har startet i praksis i Norge.

Den årlige kostnaden vil utgjøre ca. 3-4 mill. kroner.

Utvidelse av praksisstudiet i tannlegestudiet fra 4-6 uker til 12 uker

Tiltaket krever forberedelser både av de odontologiske fakultetene og i fylkeskommunene hvor den utvidede praksistreningen skal foregå. Dette innebærer at fylkeskommunene får et større ansvar for tannlegestudentenes utdanning enn det som er tilfellet i dag. Fylkeskommunene må blant annet inngå avtaler med et tilstrekkelig antall klinikker og ellers ha et overordnet ansvar for det faglige opplegget som tilbys studentene. Det må også gjøres utstys- og undervisningsmessige investeringer. Universitet og fylkeskommune innehar den faglige kompetansen som er nødvendig for å planlegge og utføre dette arbeidet.

Utstysinvesteringene kan innebære ca. 15 mill. kroner. I tillegg kommer årlige kostnader som kan anslås til 50 000 kroner per student (4-5 mill. kroner per år).

Markedsføringstiltak rettet mot forbrukerne og tilbydere av tannhelsetjenester

Helsemyndighetene ved Sosial- og helsedirektoratet blir den viktigste aktøren i dette arbeidet. Direktoratet innehar den nødvendige fagkompetansen. I tillegg har direktoratet erfaring fra denne typen informasjonsvirksomhet.

Tiltaket vil kunne ha en kostnad på 1-2 mill. kr.

Oppfordring fra helsemyndighetene til fylkeskommunene om å vurdere og eventuelt iverksette endringer i klinikkstruktur og oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere

Tiltaket bør forankres i Helsedepartementet i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund, Tannlegeforeningen og Tannpleierforeningen. Det må også vurderes om noe av informasjonsarbeidet bør skje i samarbeid med tannlegeforeningen og tannpleierforeningen. Tiltaket bør kunne gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer.

Utvikling og igangsetting av samarbeidsmodeller med driftsstøtte og /eller næringsstøtte mellom offentlig og privat sektor i regi av fylkeskommunene

Dette omfatter tilskudd til iverksetting av ulike driftsavtaleformer, eller næringsstøtte til sammenslåing av praksiser i distrikt og driftsformer som reduserer risiko for nyutdannede tannleger i forbindelse med eier- og arbeidsgiveransvar. Det knyttes vilkår om blant annet offentlige oppgaver og effektiv oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger. Prosjektene bør også omfatte tiltak angående fagutvikling og kulturbygging.

Enkelte fylkeskommuner har allerede, om enn i begrenset grad, inkludert privat sektor i sin organisering av tannhelsetjenestene. Erfaringene er positive. Fylkeskommunene har imidlertid erfart at det på kort sikt kan medføre økte kostnader å knytte seg opp til privat sektor.

Det foreslås at rammevilkårene for tildeling av tilskuddsmidler etter søknad utarbeides av helsemyndighetene i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund, Tannlegeforeningen og Tannpleierforeningen.

Arbeidsgruppen foreslår at Sosial- og helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidler. På bakgrunn av søknader fra fylkeskommunene (eventuelt flere i samarbeid) kan Sosial- og helsedirektoratet tildele midler til ulike utviklingsprosjekter. Direktoratet vil således få økte administrative oppgaver knyttet til dette til arbeidet. Å etablere, og senere oppdatere, en sentral informasjonsbank vil også medføre administrative og økonomiske kostnader. Direktoratet bør etablere en ressursgruppe som bistår direktoratet i vurderingen av søknader og oppfølgingen av samarbeidsprosjekter.

Det foreslås 10 mill. kr til slike prosjekter i 2004, og at dette trappes opp i årene fremover.

Utredninger av alternative modeller til dagens offentlige tannhelsetjeneste

Dette tiltaket må initieres av Helsedepartementet. For å kunne utrede mulige reformsystemer for tannhelsetjenesten (som blant annet må omfatte utvidelse av rettigheter for innbyggere, endringer i egenandelsbetaling og generelle offentlige støtteordninger), kreves bredt sammensatt utvalg. Utredninger bør gjennomføres i løpet av 1-2 år innenfor de rammer departementet har til utvalgsarbeid.

Vedlegg

FORHOLDENE I ANDRE LAND

Sverige

Informasjonen fra Sverige baserer seg i hovedsak på sluttrapporten av utredningen Tannvårdsöversyn 2000 (SOU 2002:53), som forelå i juni 2002¹. Utrederne fikk som oppgave blant annet å vurdere tilbud av og etterspørsel etter tannhelsepersonell og foreslå tiltak for å sikre tilgangen på kompetent tannhelsepersonell og fremme effektivitet og samarbeid.

Organisering og finansiering av tannhelsetjenester

I Sverige har fylkeskommunen (landsting) ansvaret for organisering og finansiering av offentlige tannhelsetjenester. Dette omfatter vederlagsfri tannbehandling av barn og unge under 20 år, visse andre pasientgrupper med spesielle behov samt organisering av spesialistbehandling for hele befolkningen. I tillegg tilbys tjenester til ca. 30 % av den voksne befolkningen. Virksomheten kan bedrives enten i regi av landstinget (folktandvården), eller av privatpraktiserende tannleger med avtale. Siden 1. januar 1999 har det vært fri etableringsrett og fri prissetting i den private sektor.

I 1974 ble det innført en allmenn tannhelseforsikring (tandvårdsförsäkringen) for den voksne befolkning. Riksförsäkringsverket (RFV) har ansvar for å administrere den økonomiske støtten som følger av tannhelseforsikringen. Forsikringsordningen omfatter behandling som utføres ved folktandvårdsklinikk, ved odontologisk fakultet eller av privatpraktiserende tannleger som står oppført på en liste hos forsikringskassen (anslutning). Det er kun et fåtall av tannleger som ikke er tilknyttet forsikringsordningen. De begrensninger som finnes i retten til å bli oppført på liste, har som formål å begrense statens kostnader til forsikringen og bidra til en jevnere fordeling av tannleger utover landet. Arbeid utført av tannpleiere inngår ikke i forsikringsordningen, men må føres opp på tannlegens regning for at det skal gi grunnlag for refusjon.

1. januar 1999 ble det iverksatt en tannhelsereform som har til formål å gi alle voksne med langvarig sykdom og funksjonsnedsettelse bedre økonomisk støtte til tannbehandling. Samtidig ble etableringskontrollen for privatpraktiserende tannleger opphevet, med fri prissetting. Landstingene fikk også selv anledning til å fastsette pris for voksenbehandlingen.

1. juli 2002 trådte det i tillegg kraft en ordning med et utgiftstak (högekostnadsskydd) på 7700 SEK for protetisk behandling av personer fra 65 år og eldre. Utgifter som overstiger dette beløpet dekkes fullt ut av forsikringsordningen.

¹ Tandvården till 2010, Slutbetänkande av utredningen Tandvårdsöversyn 2000 (SOU 2002:53)

De totale kostnader til tannhelsetjenester er beregnet til 14 366 mill. kroner i 2000. Av disse var blant annet 8 822 mill. kroner pasientenes egenandel (patientavgift), 3 562 mill. kroner landstingenes nettokostnader og 1 414 mill. kroner statlig tannhelseforsikring.

Kombinasjonen av fri prissetting og tredjeparts finansiering har ført til at prisene på allmenntannhelsetjenester er økt med 30-40 %. I følge utredningen innebærer dette at økningene i refusjonene via forsikringsordningene er blitt oppspist av de prisøkninger som har funnet sted siden reformen ble innført. Flere forslag om å innføre prisreguleringer har ikke fått gjennomslag i den svenske regjeringen og riksdagen. Det ble imidlertid vedtatt en lovendring fra 1. juli 2002 hvor det klart fremgår at folktandvårdens priser skal fastsettes av landstinget.

Situasjonen på tannlegemarkedet

Arbeidsmarkedet for tannleger har vært ustabilt de siste årene. I begynnelsen av 1990-tallet begynte arbeidsløsheten å øke, og var på det høyeste i 1996. Årsaken var dels rasjonalisering innen folktandvården, dels etableringsstopp for privatpraktiserende tannleger som ønsket å praktisere for forsikringsordningen. Svenske tannleger flyttet utenlands, først og fremst til England, Irland og Norge.

I 2000 var det 7722 yrkesaktive tannleger i Sverige. Dette gir i gjennomsnitt 1 150 innbyggere per tannlege. Av disse var 42 % kvinner og 58 % menn. Antall yrkesaktive tannleger er blitt redusert med hele 1870 yrkesaktive siden 1990, derav ca. 300 i perioden 1999-2001. Årsaken til nedgangen er færre studieplasser, økende grad av pensjonering og mange har forlatt yrket eller flyttet til utlandet, se ovenfor. Ca. 850 tannleger utdannet i Sverige er yrkesaktive i England. Svenske tannleger ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten i Norge var på det meste 95 i 1999. Per 1. januar 2003 var tallet redusert til 31.

De siste 2-3 år har det blitt mangel på tannleger i deler av Sverige. ¼ av tannlegene som ble autoriserte i perioden 1996 – 2001 har utdanning fra utlandet. Det er spesielt Polen, Belgia og Tyskland som det er rekruttert tannleger fra.

I underkant av halvparten av tannlegene er privatpraktiserende. Det er få tannleger i Sverige som eier praksisen selv, da de fleste er overdratt til Praktikertjänst AB. De private tannlegene er således ansatte i Praktikertjänst og ikke selvstendig næringsdrivende.

Tannlegene er ujevnt fordelt utover landet. Tannlegedekningen er høyest i län med tannlegeutdanning. I 1999 var det i Stockholm i gjennomsnitt 655 innbyggere per tannlege, mens tilsvarende tall for et av de nordligste län i gjennomsnitt var 1285 innbyggere per tannlege. Vinteren 2001/2002 ble det registrert ca. 240 ledige tannlegestillinger i folktandvården, spesielt på mindre steder ("glesbygden").

I Sverige foregår tannlegeutdanningen i Umeå, Stockholm, Gøteborg og Malmö. Antallet studieplasser er tilsammen 180 pr. år. For å oppnå en bedre geografisk

fordeling av tannleger har SOU 2002:53 foreslått at antall studieplasser ved grunnutdanningen snarest økes med 20 plasser og at disse legges til universitetet i Umeå.

Antallet yrkesaktive spesialister er beregnet til ca. 850 i 2001. Antall studieplasser for spesialistutdanningen ble økt til 182 i 2001.

Tannpleiermarkedet

Det finnes i dag mellom 2500 og 2600 yrkesaktive tannpleiere (tandhygienister), hvorav drøyt 1500 er ansatt i folktandvården. De øvrige 1000 driver enten egen virksomhet eller er ansatt i privat tannlegevirksomhet. Tannpleiernes yrkesaktivitet er ca. 70 %. Det gir i gjennomsnitt ca 3 500 innbyggere per tannpleier. Forholdstallet mellom tannlege og tannpleier er ca 3:1.

Det utdannes årlig om lag 195 tannpleiere i Sverige. Utdanningen gis på 8 høyskoler og universitet spredt rundt i landet. Utdanningen er normert til 2 år. Fra høsten 2001 er tannpleierutdanningen ved Karolinska Institutet i Stockholm blitt 3-årig, hvilket gjør at utdanningen kan holde samme akademiske nivå som de andre utdanningene ved instituttet (for eksempel fysioterapeuter og sykepleiere).

Oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere

Teamarbeid og delegering av arbeidsoppgaver fra tannlege til annet tannhelsepersonell er aktuelt innenfor både folktandvården og i privat sektor. Solopraksiser er mer vanlig innenfor privat sektor. Flere prøveprosjekt med teamarbeid og et lavt innslag av tannleger og høyt innslag av tannpleie som har vært under utprøving, har vist seg å være vellykket (jf. Gustafsmodellen og Selma-klinikken).

Framtidsutsikter

I følge SOU 2002:53 vil antallet yrkesaktive tannleger antagelig være stort sett uforandret de nærmeste ti år samtidig som etterspørselen etter tannbehandling med størst sannsynlighet kommer til å øke. Årsakene til den økte etterspørsel er dels økning i den eldre generasjon, dels økninger i den statlige forsikringsordning.

Det er beregnet at ca. 1 800 tannleger vil pensjonere seg i perioden 2002-2011. For å opprettholde antall tannleger må tilgangen på tannleger bli det samme som avgangen, dvs. ca 180 per år. Antall nyuteksaminerte tannleger var i 2000 og 2001 hhv 138 og 133. Tilgangen på tannleger med utenlandsk utdanning har bidratt til at mangelen på tannleger ikke har blitt forverret de siste 2-3 år.

Det er risiko for at tannlegemangelen kommer til å øke de kommende 10 år pga. pensjoneringen. En kraftig økning på etterspørsel etter kroner, broer og implantater i befolkningen over 65 år kan imidlertid føre til at tannlegeressursene ikke blir tilstrekkelig. Utredningen vurderer det imidlertid som mulig å opprettholde tannlegeressursene på dagens nivå om ti år. Det foreslås at det tilstrebes at 180 kandidater utdannes hvert år, og at antall studieplasser snarest mulig økes i Umeå med

20, spesielt for å avhjelpe en omfattende ledighet i folktandvården i Norrlands innlandsområder.

Med en utdanningskapasitet på 195 per år beregnes antall yrkesaktive tannpleiere å øke med ca. 1 500 fram t.o.m. 2011. Med uforandret antall tannleger vil forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere dermed bli 2:1. Utredningen fremholder at den største utfordringen innen tannhelsetjenesten antagelig blir av strukturell karakter. Det innebærer en optimal utnyttelse av tannlegenes kompetanse, og at tannpleiere og eventuelt andre kan ivareta oppgaver som i dag utføres av tannleger. Det betyr også at tannlegene i større grad må ivareta en team-lederfunksjon. Dette inngår ikke i dagens tannlegeutdanning. Utredningen foreslår derfor at tannlegestudentene får trening i teamsamarbeid samt kan tilegne seg en helseøkonomisk og behandlingsekonomisk forståelse. Det foreslås derfor at det så snart som mulig innføres to måneders sammenhengende klinisk utdanning på tannklinikker utenfor utdanningsinstitusjonen.

Utover disse forslagene er det ikke forslag til andre statlige tiltak for bedre geografisk fordeling av tannleger eller tiltak som skal bidra til nødvendige strukturendringer når det gjelder oppgavefordeling mellom tannlege og tannpleier.

Danmark

Det foreligger en rapport fra Sundhedsstyrelsen fra november 2001 som omhandler tilbud av og etterspørsel etter tannhelsepersonell².

Organisering og finansiering av tannhelsetjenester

Ansvar for tannhelsetjenester i Danmark er desentralisert til fylker (amt) og kommuner. Den kommunale tannpleien kan tilbys enten på offentlige klinikker eller hos privatpraktiserende tannleger som kommunen har inngått avtale med. Det er vederlagsfri kommunal tannpleie for barn under 18 år. Ca. 85 % av barn i alderen 0-17 år blir behandlet på kommunale klinikker, mens 15 % behandles hos privatpraktiserende tannleger. Eldre personer som bor på pleiehjem eller blir pleiet i eget hjem kan få kommunal omsorgstannpleie. Amtene tilbyr spesialisert tannpleie til personer med spesielle tannpleiebehov (psykiske lidelser, psykisk utviklingshemming mv.).

Det gis refusjon fra den offentlige sykesikringen til tannbehandling for voksne hos privatpraktiserende tannleger. Voksne betaler mellom 30 og 65 % av de fastsatte takstene. Ca. 1,5 millioner dansker omfattes i tillegg av en privat forsikringsordning som dekker utgiftene både til behandling som dekkes av den offentlige sykesikringen og behandling som faller utenfor denne.

Tannlegemarkedet

Det er antatt at det i 1999 var ca. 4880 yrkesaktiv tannleger i Danmark, hvorav 51 % kvinner og 49 % menn. Det innebærer i gjennomsnitt ca. 1085 innbyggere per

² Sundhedsstyrelsen: Tandplejeprognose Udbud og etterspørgsel for tandplejepersonale i Danmark 2000-2020

yrkesaktiv tannlege. Ca 2 % av tannlegene er utenlandske. Av disse kommer 41 % fra ikke-skandinaviske land. Det meldes om økende problemer med å rekruttere tannhelsepersonell i visse områder av Danmark, spesielt når det gjelder tannleger og spesialister til offentlig sektor. Antall "fulltidsledige" tannleger er redusert fra 143 i 1995 til 87 i 1998. Myndighetene har ikke fullt overblikk over spørsmål angående geografisk fordeling av tannleger og tannpleiere, og eventuelle problemer i den sammenheng. Det påpekes fra Sundhedsstyrelsen at de areal- og avstandsmessige forhold i Danmark ikke er av samme betydning som i Norge og omvendt.

Tannlegeutdanningen foregår i Aarhus og Københavns universitet. Opptakskapasiteten ble økt på 90-tallet, fra ca 130 fram til 1996 til 160 fom 1997. Det er imidlertid et frafall i studiet på 25-30 %. Det finnes i tillegg to spesialistutdanninger av tre års varighet (ortodonti og hospitalsodontologi). I 2000 var det registrert i alt 151 yrkesaktive tannlegespesialister. Kjønnfordelingen er også her omtrent lik.

Tannpleiermarkedet

Ifølge tall fra 1999 er det registrert i alt 1032 tannpleiere, hvorav 97 % er kvinner. Den overveiende delen befinner seg i aldersgruppene under 45 år.

Utdanningen av tannpleiere i Danmark er knyttet til universitetene. Utdanningen ble utvidet fra 2 til 2 ½ år i 1996. Gjennomføringsprosenten har samtidig sunket. I 2000 ble det utdannet i alt 78 tannpleiere.

I den kommunale tannpleien er forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere 5,2:1, i privat sektor 7,3:1. I begge sektorer er det en utvikling mot større klinikker og klinikkfelleskap. Med innføringen av tannpleierloven i 1996, ble tannpleiere autorisert helsepersonell med rett til utøvelse av selvstendig virksomhet uten forutgående henvisning fra tannlege.

Kliniske tannteknikere

I tillegg til tannpleiere og tannleger har Danmark i mange år hatt en yrkesgruppe som er ukjent i Norge og Sverige, nemlig kliniske tannteknikere. I 1999 var det registrert 460 slike. Deres autorisasjon omfatter kompetanse til selvstendig å fremstille og tilpasse tannproteser, uten at en tannlege blir involvert.

Framtidsperspektiver

Ifølge rapporten antas det i årene fremover å være tilstrekkelig med tannhelsepersonell for å dekke etterspørselen i den kommunale tannpleien og den private voksentannpleien. Uten endringer i den nåværende utdanningskapasiteten, vil antall tannleger øke fram til 2005, for deretter å bli redusert med ca 100 fram til 2010. Fra dette tidspunkt vil aldersavgangen bli vesentlig større enn tilgangen på tannleger, slik at antall yrkesaktive tannleger forventes å bli redusert med ca. 700 fra 2010 til 2020. Det forventes å bli mer enn en fordobling av antallet tannpleiere ved mot 2020, sammenholdt med tallet i 1999 (fra ca. 1000 til ca. 2500). Rapporten legger til grunn at dette er en hensiktsmessig utvikling når man legger sykdomsutvikling og faglige vurderinger til grunn. Dette krever strukturtilpasning, og rapporten anbefaler at

Sundhedsstyrelsen ser nærmere på mulighetene i den sammenheng. Den igangværende utvikling mot større klinikkenheter anses som relevant. Det antydes at interkommunale løsninger kan bli aktuelle innenfor den kommunale tannpleie.

Rapporten har ingen forslag til konkrete statlige tiltak som skal sikre geografisk fordeling av tannleger og tannpleiere, eller som skal bidra til de nødvendige strukturelle endringer som rapporten mener bør finne sted.

Finland

Organisering og finansiering av tannhelsetjenester

I Finland har kommunene ansvaret for helsetjenesten, herunder den offentlige tannhelsetjenesten. Virksomheten er lokalisert til kommunale helsevårdcentraler (HVC), og offentlige tannhelsetjenester omfatter vederlagsfri forebygging og behandling av barn og ungdom 0-18 år. De fleste voksne får utført tannbehandling av privatpraktiserende tannleger som har fri etableringsrett og fri prissetting.

Frem til 1. desember 2002 hadde voksne født i 1946 og senere vært berettiget til tannbehandling ved de kommunale HVC med refusjon fra sykeforsikringen. Personer født før dette årstall måtte i sin helhet få behandling i det private tannlegemarkedet uten refusjon fra sykeforsikringen. Fra 1. desember 2002 ble refusjonsordningen utvidet til å gjelde hele befolkningen over 18 år. Behandlingen kan gis enten ved HVC eller hos privatpraktiserende tannlege med refusjonsrett fra sykeforsikringen. Sykeforsikringen gir tilskudd til en årlig tannlegeundersøkelse og til ordinær tannbehandling. Ca. 60 prosent av behandlingsutgiftene refunderes innenfor fastsatte takster. Utgifter til protetiske eller til tanntekniske arbeider omfattes ikke av refusjonssystemet.

Behandling som gis av tannpleiere (og munnhygienister) i egenskap av selvstendige yrkesutøvere, er ikke refusjonsberettiget.

Situasjonen på tannlegemarkedet

Ved utgangen av 2001 var det ca. 4750 yrkesaktive tannleger i Finland, hvorav 593 spesialister (dvs. i gjennomsnitt 1 tannlege per 1083 innbyggere). Av disse arbeidet ca. 2400 i offentlig sektor og ca 2350 i privat sektor, derav ca. 600 i deltidsstilling. Mange småkommuner har ingen privatpraktiserende tannleger. Ved utgangen av 2001 var det registrert ca. 200 ledige tannlegestillinger ved helsevårdcentraler eller sentralsykehus. Det er tydelige tegn på at situasjonen i distriktene ("glesbygden") forverres når det gjelder ledige stillinger.

Utdanningskapasiteten ble redusert i 1993 i forbindelse med at grunnutdanningen i Kuopio og i Åbo ble lagt ned. Grunnutdanningen foregår nå ved Helsingfors universitet og Uleåborgs universitet, mens spesialistutdanningen foregår ved disse to samt ved Åbo universitet. Reduksjonen i utdanningskapasitet fikk konsekvenser fra og med 1999. Det er et mål å utdanne ca. 60 per år. Antallet som har avbrutt studiene de siste årene har steget. For å avhjelpe denne situasjonen har universitetene økt antallet

studieplasser med ca. 20. Høsten 2002 ble det tatt opp 83 studenter. Den kliniske undervisningen i grunnutdanningen er desentralisert og foregår i stor grad ved helsevårdsentralene.

Ca. 20 spesialister utdannes på årsbasis. For tiden er ca 13 % av tannlegene spesialister i hhv. oralkirurgi, ortodonti, klinisk tannbehandling eller administrativ tannbehandling.

En arbeidsgruppe for spesialistutdanning foreslo i 2002 at antallet studieplasser for spesialistutdanning skulle økes med 35 plasser. Tilsvarende økning ble foreslått for grunnutdanningen (dvs til 115 opptaksplasser). Sosial- og helsevårdsministeriet og Undervisningsministeriet vil i løpet av første halvår i 2003 ha utredet økningen av kapasiteten ved grunnutdanningen.

Etter endt utdanning går tannlegene ut i en praksisperiode. Fra 1. januar 2003 ble denne perioden forlenget fra seks til ni måneder. Etter dette får de autorisasjon og kan fungere som selvstendige yrkesutøvere. Praksisperioden gjennomføres i hovedsak innen offentlig sektor, hvor minst seks måneder skal bestå av tjenestegjøring ved en HVC.

Situasjonen på tannpleiermarkedet

Det er ca. 450 yrkesaktive tannpleiere ved HVC og omtrent like mange som arbeider i privat sektor. Dette gir en tannpleiertetthet på ca. 5.700 innbyggere per tannpleier. Forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere er 5,3:1. Tannpleierutdanningen er av 3 ½ års varighet. Antall autoriserte tannpleiere har økt fra 664 i 1995 til 1088 ved utgangen av 2001.

Fremtidsutsikter

De første oppfølgingsstudier viser at de voksnes etterspørsel etter tannbehandling har økt, spesielt i de store kommunene. Dette har ført til ventetid ("vårdkøer"), og kommunene har ansatt ca. 150 nye tannleger og et 50-tall tannpleiere. Det finnes uutnyttede muligheter til annen arbeidsfordeling mellom tannhelsepersonell, og anser dette som et arbeidsgiveransvar.

En beregning av sosial- og helsetjenestens arbeidskraftbehov fra 2001 konstaterer at det for tiden ikke er registrert problemer når det gjelder tilgangen på tannleger. Det konstateres at utvidelsen av refusjonssystemet for voksne fra 2002 kan få betydning for behovet for tannleger og annet tannhelsepersonell. I de kommende år vil det pensjoneres flere tannleger enn antall nyutdannede tannleger. Drøye 300 tannleger vil pensjoneres i offentlig sektor før utgangen av 2010.

Arbeidsfordelingen mellom tannleger og annet tannhelsepersonell i Finland er under utredning som en del av det nasjonale "hälso- och sjukvårdsprosjektet år 2003".

Det er for øvrig ikke iverksatt noen statlige tiltak som skal bidra til bedre geografisk fordeling av personell eller til en annen oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere.

Island

Organisering og finansiering av tannhelsetjenester

På Island har staten det administrative ansvaret for helsetjenesten. Tannbehandlingen utføres for det meste av privatpraktiserende tannleger. Offentlige skoletannhelseklinikker ble opprettet i 1922, men disse ble stengt våren 2002. Det er fri etableringsrett og fri prissetting.

Det nasjonale sykeforsikringssystemet tilbyr delvis refusjon av kostnadene til tannbehandling for barn under 18 år og eldre fra 67 år. Refusjonen skjer etter offentlig fastsatte takster. For barn under 18 år refunderes 75 % av kostnadene til det meste av tannbehandling (med unntak av gull- og porselens kroner, broer og tannreguleringer). Personer med kronisk sykdom, alderspensjonister og uførepensjonister får også dekket sine utgifter helt eller delvis, dog ikke gull- eller porselens kroner og broer. Resten av befolkningen har ikke adgang til refusjon av utgifter til tannbehandling. Det finnes heller ingen privat tannbehandlingsforsikring.

Utdanninger

Det utdannes årlig 6 tannleger etter 6 års utdanning. Det er i tillegg en stabil tilgang til landet av islandske tannleger som har tatt utdanning i andre europeiske land. Undersøkelser og forebyggende behandling utføres i hovedsak av tannleger.

Geografisk fordeling av tannleger og tannpleiere mv.

Tallet på yrkesaktive tannleger er 277 og dekningen er nå gjennomsnittlig 1 tannlege per 1032 innbyggere. Av det samlede antall yrkesaktive tannleger er 213 lokalisert til hovedstadsregionen. Det er 21 yrkesaktive tannpleiere. Det innebærer et forholdstall mellom tannleger og tannpleiere på 13:1. De fleste tannpleiere er ansatt i private tannlegepraksiser, idet de ikke har adgang til å arbeide selvstendig.

Islandske helsemyndigheter finner situasjonen på tannlegemarkedet og den stabile tilgangen på og fordelingen av tannleger meget tilfredsstillende, og har derfor ingen planer om å iverksette tiltak.

Skottland

Informasjonen fra Skottland baserer seg i hovedsak på en rapport fra National Health Service avgitt i januar 2003³. Den har tatt utgangspunkt i forholdene i Highlands som anses representativt for andre "remote and rural" (RaR)-områder i Skottland.

Organisering og finansiering av tannhelsetjenester

Den offentlige tannhelsetjenesten er en del av primærhelsetjenesten som er lokalt basert. Den sørger for over 85 % av tannbehandlingen.

³ NHS Scotland: Education and Training for the Dental Team in Remote and Rural Regions of Scotland: Report of a Working Group January 2003

Allmenntannleger (GDPs) arbeider som selvstendige yrkesutøvere med avtale (independent contractors) i varierende grad innenfor rammen av NHS i Storbritannia. Dette er den tradisjonelle tannlegepraksisen. Ifølge rapporten fra NHS har denne modellen vist seg i økende grad å være uegnet for å møte pasientens behov når det gjelder tilgjengelighet. To andre faktorer som påvirker allmenntannhelsetjenesten (GDS), er mangel på kontroll med hvor praksiser etableres og mangel på kontroll av hvilke pasientgrupper som er godkjent for behandling. Det er en tendens til flukt fra NHS til privat sektor. Modellen med GDP som involverer betydelige kapitalinvesteringer, er ikke lenger betraktet som attraktiv. Det er mange eksempler på at pensjonerte tannleger ikke greier å selge sin egen praksis.

Community Dental Service (CDS) er en lønnet tjeneste som også leverer førstelinjetjenester. CDS har ansvar for offentlig tannlegearbeid, forebygging og behandling av prioriterte grupper som barn, pasienter med spesielle behov og gravide. I distriktene er det CDS som sørger for at barn får tannbehandling via mobile kontortjenester som besøker skolene.

Salaried General Dental Practitioner Service (SDS) er en organisering som er en form for nødløsning dersom GDS ikke er tilstrekkelig for å møte befolkningens behov, ingen uavhengig GDP er tilgjengelig og sikkerhetsnett til CDS midlertidig ikke er i stand til å møte disse spesielle omstendighetene. I så fall kan de lokale Health Boards be staten om tillatelse til å inngå avtaler med lønnede tannleger. SDS har de samme forpliktelser overfor sine registrerte pasienter som GDPs. Avlønningssystemet er imidlertid rigid da det ikke er anledning til å variere avlønningen og forslag om dette må fremlegges for departementet. Noen SDS tannleger arbeider under en ordning med "salary plus bonus". De mottar en månedlig inntekt og i tillegg bonusutbetaling for arbeid utover et visst nivå. Salary plus bonus ordninger er utformet for å oppmuntre til høy produktivitet. I motsetning til vanlige GDPs, kan lønnede GDPs bli beordret til områder der det er usannsynlig at GDPs kan drive en vellykket privat praksis. Lønnede GDPs deltar dessuten i vocational training (VT) i distriktene.

I tillegg finnes en organisering med Joint CDS/SDS Appointments. En joint appointment tannlege er ansatt av CDS men har tillatelse til å utføre GDS i en del av tiden. I tillegg til ordinær lønn mottar tannlegen en godtgjørelse for ansvar. Disse tannlegene er fastlønnede og har ikke anledning til å motta tilskudd/refusjon for behandlingen.

Lønnede GDS tannleger og joint CDS/GDS lønnede tannleger har i mange år vært ansatt av NHS Boards og siden november 1999 også av NHS primary trusts for å tilby allmenn tannbehandling til befolkningen generelt. Antallet slike stillinger er økende.

I tillegg til tradisjonell tannlegepraksis, finnes det corporate dental groups som eier kjeder med tannlegedevirksomhet. The Dentists Act 1984 setter flere restriksjoner for at slike firmaer kan tilby tannbehandling. Det finnes en etableringsbegrensning ved at corporate bodies som har etablert praksis etter 21. juli 1955, ikke får adgang til å

praktisere. Dette forhindrer på en effektiv måte etablering av nye firmaer. Ifølge en rapport fra det britiske Office of Fair Trading (OFT) fra mars 2003⁴, har det britiske helsedepartementet foreslått å fjerne denne restriksjonen på grunn av konkurransehensyn.

I juli 2002 ble det foretatt endringer i lovgivningen som utvider yrkesområdet til tannpleiere (dental hygienists and therapists). Begge gruppene kan nå praktisere uten at det er en betingelse at tannlege er tilstede. Verken tannhygienister eller tannterapeuter kan kreve pasienten for betaling for behandling.

På grunn av det lave folketallet i distriktene i Skottland, er det ingen private spesialistpraksiser der. Spesialisttannhelsetjenesten er konsentrert til sykehusene.

Følgende pasientgrupper har rett til fri tannbehandling innenfor NHS: barn og unge under 18 år, unge under 19 år i fulltidsutdanning, gravide kvinner eller kvinner som har født barn i løpet av de foregående 12 måneder, personer og deres partnere som mottar forskjellige former for økonomisk hjelp fra sosialetat, arbeidsetat, skattereduksjoner.

Det er tre metoder for betaling for privat tannbehandling: fee-per-item, kapitasjon og forsikring. Mesteparten av privat tannbehandling betales direkte av pasienten til tannlegen på en "fee-per-item" basis. Kapitasjonsordningene baseres på fast månedlig betaling sett i forhold til det forventede behandlingsnivå (volum) som er påkrevd. Ordningen setter pasienten i stand til å budsjettere behandlingskostnadene. En fordel er at kostnaden i løpet av kontraksperioden ikke varierer med behandlingsnivået.

Tannlegeutdanningen

Tannlegeutdanningen i Skottland har en varighet på 4 år. Siden 1993 har det vært ett års obligatorisk vocational training (VT) for alle uteksaminerte tannleger som ønsker å ha et listenummer i Health Board. Nylig har denne tiden blitt utvidet til to år.

Målet om 120 uteksaminerte kandidater per år vil ikke bli oppfylt i 2003 og 2004. Frem mot 2006 vil det være en reduksjon i antallet nyutdannede. Per august 2002 var det i alt 115 studenter på fjerde året. Det skotske helsedepartementet har lagt til rette for finansiering av 120 VT-plasser.

Den skotske arbeidsgruppen foreslår en rekke tiltak for å stimulere rekrutteringen av studenter fra RaR-områder til disse områdene. Forholdene foreslås blant annet lagt til rette for studenter fra RaR-områder med egne kvoter, studiestipendier, markedsføring av tannlegestudiet, utvikling av undervisningsmateriale for satelittundervisning / internettundervisning fra tannlegehøyskolene i regionene mv. Det tas i tillegg til orde for å innlemme temaer som er relevant for distriktspraksiser inn i læreplanene.

⁴ Office of Fair Trading: The private dentistry market in the UK March 2003

Tannpleierutdanningen

Tannterapeut- og tannpleierutdanningen foregår i dag i hhv. Glasgow og Edinburgh. Varigheten av utdanningen er 2 ½ år. Fra høsten 2003 vil 20 tannterapeut- og higienister bli utdannet derfra. 10 kvalifiserte tannhygienister kan fra oktober 2003 ta et seks måneders påbygningskurs i tannterapi. I tillegg vil Dundee ta inn 10 studenter fra høsten 2004. Betydningen av at flere tannhelsepersonell vil ha både higieniker- og terapeutisk kompetanse, er at en og samme person kan utføre mer sammensatt behandling.

Geografisk fordeling av tannleger og tannpleiere mv.

I Skottland er det 1831 GDPs ifølge tall fra mars 2001. Dette tilsier en dekning på 1 tannlege per ca. 2 780 innbyggere. Ved slutten av februar 2003 var det 293 tannleger som var ansatt i CDS. Kvinner utgjør 60% av nyutdannede tannleger. Den gjennomsnittlige pensjonsalderen for tannleger er 59 år.

Fra august 2002 er det iverksatt en rekke økonomiske stimulerings tiltak når det gjelder tilskudd og godtgjørelser til tannleger som har praksis i distriktene. Blant disse kan nevnes:

- Kompensasjon til tannleger som påtar seg behandling i grisgrendte strøk ved å reise ut i distriktet fra sin faste klinikk.
- Tannleger som etablerer seg i grisgrendte strøk (i Skottland definert som steder med mer enn 90 minutters reisevei fra 5 angitte sentre) får et årlig tilskudd på £ 1500.
- Tilskuddsordninger som kalles golden hellos. Disse består i at kandidater som har turnus (vocational training) i utpekte utkantområder får et engangsbeløp på £ 3000. Videre får tannleger som har gjennomført ett års turnus eller to år med generell opplæring og som slutter seg til en Primary Care Trust eller Island Health Board liste i bestemte utkanter, et årlig tilskudd på £ 5000 i inntil 2 år, dvs. totalt £ 10.000.
- Tilskuddsordning for tannleger som ønsker å bli veiledere for turnuskandidater. De kan få inntil £ 10.000 til å oppgradere praksisen for å kunne utføre veilederjobben.

Arbeidsgruppen tar forøvrig til orde for at det i ett enkelt område vil være formålstjenlig å etablere et større utdanningscenter med 5-6 behandlingsplasser og tilhørende undervisningsfasiliteter. Videre mener den at ordninger tilsvarende de som er benyttet i Canada, der det gis kompensasjon for tjeneste i isolerte områder med mye vaktansvar mv., kan være formålstjenlig. Det pekes på tilsvarende ordninger som vi allerede har i Norge med stabilitetstillegg. Det er også foreslått å utvikle kompensasjonsordninger som reflekterer den sosiale og faglige isolasjonen som tannhelsepersonell og deres familier har i distriktene samt forbedring av arbeidsvilkårene.

Arbeidsgruppen foreslår å innføre en tilleggskompensasjon for alt tannhelsepersonell som arbeider innenfor NHS i distriktene for å reflektere graden av isolasjon, ansvarsnivå, frekvensen av tilkalling, bredden i praksis og tilleggskompetansen som er nødvendig i RaR miljøet. Rapporten nevner også spesialistutdanning etablert ved e-læring og desentralisering av utdanningen.

Oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere

Det er restriksjoner i lovverket som innebærer at andre tannhelsepersonellgrupper kan utføre oppgaver som ellers ville blitt ivaretatt av tannleger. Det vil si at det er visse yrkesgrupper som kan utføre oppgaver i konkurranse med tannleger, men hvor pasienten bare kan få tilgang til tjenester utført av disse yrkesgruppene gjennom tannlege. En konsekvens av restriksjonene for disse yrkesgruppene er at tannlegene bruker betydelig tid på oppgaver som kunne vært utført av de andre personellgruppene. OFT har foreslått at disse hindringene fjernes, slik at det oppnås en effektivisering av tannhelsetjenesten samt bedret tilgang på tannhelsetjenester og økt konkurranse mellom yrkesgrupper.

**Utgitt av:
Helsedepartementet**

Publikasjonsnummer: I - 1086 B

Print: Kopi- og distribusjonsservice - 07/03 - 1000

