



**Til:** Det odontologiske fakultet

**Institutt for klinisk odontologi**

**Fra:** Institutt for klinisk odontologi

Bestyrer

Postboks 1109

Blindern

**Kopi:** –

Telefon: 22852228

**Saksbehandler:** KJÅ

Telefaks: 22852342

**Emne:** Høring

Web-adr.: <http://www.odont.uio.no/iko>

Saksbehandler: Kjersti Mørkved Jåsund

**Dato:** 21.10.05

**Saksnr.:** 05/16304

**Sakseier:**

## **NOU 2005:11 ”Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet”. Høringsuttalelse**

I regi av Helse- og omsorgsdepartementet ble det i mars 2004 nedsatt et utvalg til å vurdere det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Utvalgets arbeid foreligger som en NOU (NOU 2005:11). Det odontologiske fakultet har bedt Institutt for klinisk odontologi (IKO) utarbeide forslag til høringsuttalelse, og i den sammenheng har høringen vært forelagt alle fagavdelingene ved instituttet.

Den foreliggende høringsuttalelse har inkludert i seg de innkommende forslag fra fagavdelingene. Avdeling for Samfunnsodontologi ved fagleder professor Dorthe Holst har levert hovedbidraget.

I den foreliggende høringsuttalelsen skal det gis en vurdering av 1) utredningen som helhet på basis av mandatet og 2) de utpekte utfordringene og 3) en analyse av sammenhengene mellom utfordringene og de foreslåtte tiltakene.

Som utgangspunkt for denne høringsuttalelse legges til grunn at tannhelse og sykdommer i tenner og munnhule bør sidestilles med øvrige helse og sykdommer i kroppen, og at brukernes rettigheter, lovgivning og tannhelsetjenestens organisatoriske tilknytning i størst mulig grad bør gjøres lik generelle prinsipper av norsk helsetjeneste.

### **Mandat, kapittel 1**

Stortinget ba om en bred utredning på tannhelsefeltet. Utredningen skal vurdere organisering av offentlige tannhelsetjenester, spørsmål om vederlagsfri tannbehandling og bruk av egenandel, samarbeide mellom offentlig og privat sektor, bruk av kombinasjonsstillinger i denne sammenheng. Det pekes på at fylkenes ’sørge for ansvar’ og endringer og reformer innen helsetjenesten tilsier en bred utredning.

Mandatet er utformet bredt og inviterer til en analyse av det offentlige engasjementet i lys av bl a mer samarbeid mellom offentlig og privat sektor og nyere reformer ellers i helsetjenesten.

Mot denne bakgrunn er det bemerkelseverdig og helt utilstrekkelig at utredningen kun beskriver den offentlige tannhelsetjenesten og ikke den private sektor. Dette desto mer fordi de foreslåtte tiltakene dreier seg om prinsipielle reguleringer i den private sektor. Det blir derfor ikke mulig å vurdere tiltakene for denne sektor eller for sektorene samlet. Det savnes også vurdering av grenseflaten mot primærhelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet  
Vedlegg 2/2  
S.nr. 200502859-103



### Beskrivelse av tannhelsetjenesten og befolkningens tannhelse, kapittel 3-10

Utredningen beskriver i kapitlene 3-10 historiske hovedtrekk og dagens situasjon mht tannhelse i befolkningen, tannhelsetjenester, personell, lovverk, utgifter til tannhelsetjenester, modeller for finansiering av tannhelsetjenester og foretar en kort internasjonal sammenligning. Det leder frem til utfordringer og tilrådinger i kapittel 11. I kapittel 12 beskrives de økonomiske og administrative konsekvenser.

Utfordringene er følgende (litt forkortet fra s 66):

1. Regionalt fordelingsproblem med mangel på tannleger i mange deler av landet
2. Sosialt fordelingsproblem; det finnes grupper som per i dag av forskjellige årsaker ikke får et godt tilbud
3. Mer effektiv produksjon av tannhelsetjenester
4. Bedre samarbeid mellom sektorene
5. Offensiv og bevisst satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid

#### 1. Regionalt fordelingsproblem

Det pekes flere steder i utredningen på et stort regionalt eller geografisk fordelingsproblem for tannleger i mange deler av landet. Som dokumentasjon for dette beskrives antall ledige stillinger (113) i den offentlige tannhelsetjenesten i 2003, tabell 3.3 side 19 i utredningen. Det gis ingen beskrivelse av hvordan de ledige stillinger er fordelt etter fylke eller som andel av alle besatte stillinger. Tabellen 3.3 side 19 er ikke korrigert for overgang fra tannlege I til tannlege II stillinger. En slik korreksjon ville vist at antallet utførte tannlegeårsverk målt i arbeidstimer i 2002 bare er 6 % lavere enn i 1985, mens tabellen indikerer 22 %.

Den foreliggende beskrivelse av det påståtte fordelingsproblem er utilstrekkelig og villedende ikke minst i lys av at det finnes lett tilgjengelige tall for fordeling av besatte årsverk i både privat og offentlig tannhelsetjeneste per befolkningsenhet og fylke (Helsetilsynet 2004). På side 20 i utredningen finnes overraskende en slik fordeling (figur 3.1) utarbeidet av Seksjon for samfunnsodontologi UiO. Denne er imidlertid ikke omtalt, og det finnes ingen henvisning til den i teksten. Det vedlegges i dette notatet nye figurer av besatte årsverk beregnet fra Kostra, SSB 2005 (Figur 1,2 side 9 i vedlegget). (Grunnen til at vi skriver "foreløpige tall" selv om disse tall er lagt ut på NSB' nettsider, er at vi har sett at det forekommer feil fra to fylker som SSB jobber med.) Begge figurene viser at besatte årsverk per befolkningsenhet varierer betydelig mellom fylkene og at de nordligste fylkene kommer bra ut i denne sammenligningen. I figur 2 (side 10 i vedlegget) er ubesatte årsverk per fylke lagt inn i bunnen av stolpene. Antall ubesatte årsverk alene gir et fordreiet bilde av ressurstilgjengeligheten i regionene.

Tabell 1 side 12 i velegget viser hvor mange prioriterte pasienter og hvor mange prioriterte pluss voksne personer som ble behandlet per tannlege og tannpleierårsverk i den offentlige tannhelsetjenesten for hvert av fylkene. Flere fylker har under 600 pasienter ferdigbehandlet per år per tannlege og tannpleierårsverk. Trøndelagsfylkene med lavt antall tannleger og tannpleier per befolkningsenhet kan vise nær dobbelt så høyt produksjonstall. Disse svært lave tallene viser at det kan være ressurskrevende å organisere tannhelsetjenester i fylker med stor andel utkantstrøk og høy personell-turnover. Men det er ikke hele forklaringen. Tallene viser også at det må være en svikt i driften og ledelsen av den offentlige tannhelsetjenesten som er et like stort problem som rekruttering og stabilitet.



Det skal imidlertid pekes på at stabiliteten i stillingene i flere fylker er så lav, at det brukes mye ressurser på å skaffe vikarer og tannleger fra utlandet til stillingene. Utredningen peker på at de tiltakene fylkene har brukt på å skaffe tannleger til stillingene kun i begrenset omfang har vært vellykket.

Samlet viser ovenstående at det **ikke** er dokumentasjon for det påståtte fordelingsproblem, som påvist flere ganger skriftlig (bl a Grytten et al 2002). Helsedepartementet og Utredningen anvender utelukkende antall ledige stillinger og ikke besatte årsverk per befolkningsenhet, og dette gir et skjevt bilde av virkeligheten. Deler av den offentlige tannhelsetjenesten har et **rekrutterings- og stabilitetsproblem** som ikke kan løses som et fordelingsproblem.

Flere steder i rapporten omtales tannlegemangel som et problem.

Samtidig har rapporten flere tabeller og figurer som viser at det **ikke** er tannlegemangel i Norge.

Figur 3.1 side 20 i utredningen viser den fylkesvise fordelingen av tannlegeårsverk (offentlig og privat) pr 10000 innbyggere i Norge. Fylkesgjennomsnittet er 7,5 tannleger pr 10000 innbyggere. Med unntak av Oslo og Bergen (som ligger litt over snittet) er fordelingen nesten helt lik i alle norske fylker.

Tabell 10.1 side 62 i utredningen viser tannlegedekning i flere land i Europa i antall innbyggere pr tannlege. Det fremkommer at det i Norge er ca 1100 innbyggere pr tannlege i Norge. Det er likt de andre nordiske land, og bedre enn Tyskland, Frankrike, GB og Nederland. Den samme tabellen viser at andelen private tannleger i Norge er 70 %.

Tabell 5.1 og 5.2 på sidene 30 og 31 i utredningen viser at den totale andel av befolkningen som faller inn i de prioriterte gruppene a-d er ca 30 %.

Disse tabellene sammen viser at fordelingen private og offentlige tannleger i Norge er bortimot optimal i forhold til de oppgavene den offentlige tannhelsetjenesten må ta seg av i henhold til norsk lov.

Jostein Grytten og Irene Skau viser i en artikkel i Tidende fra 1999 (109; 354-359) at det er en klar skjevfordeling av offentlig tannlegedekning **i favør av Nord-Norge**. De tre nordligste fylkene ligger så høyt som 35-75 % over gjennomsnittet for landets fylker. De har gjort sine beregninger basert på Statens helsetilsyns årsmelding for 1997.

Dersom man sjekker årsmeldingene for årene frem til 2004, finner man at tallene er de samme i dag. Ingen av disse årsmeldingene er referert i NOU 2005:11. Ei heller Grytten og Skaus nevnte artikkel.

Det som heller ikke fremkommer av rapporten er hvor mange stillinger som finnes i de aktuelle områdene. Det er videre et faktum at de 3 nordligste fylkene har over 100 stillinger hver i offentlig sektor, mens det til sammenligning kun var ca 70 i Akershus og ca 40 i Vestfold. At det finnes ledige stillinger i de nordligste fylkene bør derfor ikke komme som noen overraskelse.

Rapporten viser ellers at den geografiske fordelingen av tannleger er relativt sett god i Norge, det er et riktig forhold mellom private og offentlige tannleger i forhold til de oppgavene det offentlige har i henhold til Lov om tannhelsetjenesten.

Problemene synes dermed å være:

1. Mangel på tannleger i enkelte utkantkommuner, men ikke generelt i fylkene, og
2. Gjennomtrekk i offentlige stillinger i enkelte kommuner.



Rapporten definerer ikke på en tilfredsstillende måte om det finnes problemer i tannhelsetjenesten, ei heller konkret hvor problemene eventuelt finnes.

## **2. Sosiale fordelingsproblem**

Utredningen skriver at tannhelsen i den norske befolkning er god og har bedret seg over tid. Dette er vi enige i, men samtidig understreker utredningen at det finnes et alvorlig sosialt fordelingsproblem. Denne formulering er vi ikke enig i. Datagrunnlaget for disse påstandene er fraværende og det undrer oss at utredningen på side 24 henviser til upubliserte data fra Sør-Trøndelag, når det er så mange publiserte data om emnet. Utredningen peker på at tannhelsen også hos eldre er blitt mye bedre, men at funksjonstap og evt institusjonalisering er en trussel for tannhelsen i denne gruppen. Det er i den sammenheng vesentlig å peke på at de fleste eldre er funksjonsfriske og hjemmeboende også etter fylte 80 år (Holst et al 2004).

Vi er enige i at rusmiddelbrukere, psykisk utviklingshemmede og fengselsinnsatte har problemer med å ivareta sin tannhelse. Disse gruppene og de aller eldste gir imidlertid ikke grunnlag for å beskrive tannhelseutfordringen som et sosialt fordelingsproblem i befolkningen. Tabell 2 side 13-15 i vedlegget viser at tannstatus i hele befolkningen målt som forekomst av tenner og tabell 3 side 16-19 i vedlegget viser en høy etterspørsel etter tannhelsetjenester bortsett fra de eldste aldersgrupper hvor det ennå forekommer tannløshet.

## **3. Mer effektiv produksjon av tannhelsetjenester**

Utredningen peker på Leon-prinsippet om å utføre tannhelsetjenester på lavest effektive omsorgsnivå. Det er enighet om at dette er et vesentlig mål. Likevel problematiseres denne utfordringen i liten grad. Utredningen har ikke vurdert arbeidsmarkedet for tannleger i det hele tatt. Det ble foretatt en arbeidsmarkedsundersøkelse blant alle tannleger i 2004: Tallene viser at en tredjedel av de privatpraktiserende tannlegene ikke jobber fulltid. Likeledes ønsker en tredjedel av de privatpraktiserende tannlegene flere pasienter.

Dette viser for det første at det ikke er mangel på tannlegetimer i landet. For det andre er det et potensial for et samarbeid om oppgavene hvis dette bare utredes og utformes på en konstruktiv måte for begge parter.

Utredningen peker på at tannpleieren er en viktig personellressurs, som også den private sektoren må inkludere i tannhelseteamet i større grad. Imidlertid er tannpleierens plass i tannhelsetjenesten ikke seriøst vurdert. Det finnes ingen oversikt over tannpleiere verken i offentlig eller privat sektor eller til en analyse av behovet for å utdanne flere tannpleiere.

Når gjelder krav til kvaliteten på tannhelsetjenester, signaliserer utredningens tittel at man er opptatt av å gi et godt tilbud til de individer som har størst behov. Utredningen omtaler noen grupper som åpenbart har behov for et bedre tilbud. Men utvalget har latt muligheten gå fra seg til å diskutere krav til innholdet i tilbudet og fremme tilråding om et overordnet krav til faglig kvalitetssikring av tjenesten.

Dette medfører at det kun er lovens krav om forsvarlighet som gjelder som en "nedre" grense for hva som er akseptabelt. Utvalget burde ha diskutert bruk av kvalitetsparametre i lys av at Den offentlige tannhelsetjenesten i sin forvaltning av helsekroner er tilbyder på den ene siden og på den andre siden selv definerer tjenestens innhold og kvalitet. I Sverige har myndighetene et eget organ som stiller krav til tjenestens omfang og kvalitet.



#### **4. Bedret samarbeid mellom offentlig og privat sektor**

Lov om tannhelsetjenesten 1984 åpner for samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Dette har imidlertid ikke funnet sted i noen særlig grad. Utredningen uttaler at det er fordi fylkeskommunen ikke har hatt effektive virkemidler. Det foreslås å gi den offentlige tannhelsetjenesten et styrings- og forvaltningsansvar for en samlet sektor i regionen. Dette vil bli kommentert senere. Endringen i Lov om tannhelsetjenesten i 2001 åpnet for en betydelig frihet for fylkeskommunene til å samarbeide med privat sektor i form av kjøp av tjenester og inngåelse av kontrakter o lign. Det er derfor neppe dekkende at utredningen skriver at fylkeskommunen ikke har hatt effektive hjelpemidler.

Det skal understrekes at samarbeid i den form som foreslås i utredningen, neppe inviterer den andre parten til interesse for samarbeidet. For at et slikt samarbeid skal kunne lykkes må det understøttes av finansielle og organisatoriske tiltak med aksept i begge sektorene.

#### **5. Mer offensiv og bevisst satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid**

Utredningen peker på viktigheten av dette arbeid og på samarbeid med helsetjenesten og sosialtjenesten. Dette kan umiddelbart støttes. Det savnes imidlertid en innsikt og analyse av hvordan dette kan styrkes og videreutvikles. Et bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten vil ellers være helt avgjørende for å få til gode resultater i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Det savnes også en presisering av tannpleiernes rolle i dette arbeid og en analyse av behovet for tannpleiere. Utvalget tilrår økt forskning for å få kunnskap om hvilke tiltak som virker. Dette støttes, og det kan legges til at dette kan ivaretas hvis forskningsmidler stilles til rådighet for forskning i et folkehelseperspektiv i et tverrfaglig samarbeid med relevante forskningsgrupper (her kunne også universitetenes rolle vært nevnt) og med tannhelsetjenesten. Det fremgår ikke klart av utredningen at det må settes av ressurser for å gjennomføre dette. I helsetjenesten generelt er det krav til forskning. Helseforetakene bruker flere hundre millioner på klinisk forskning. Det brukes innenfor tannhelsefeltet nasjonalt mellom 5 og 10 milliarder og en betydelig del av dette er knyttet til offentlig tannhelsetjeneste. Det er rimelig at en andel av Den offentlige tannhelsetjenestens budsjetter nyttes til forsknings- og utviklingstiltak i samspill med forskningsmiljø ved universitetene.

**Institutt for klinisk odontologi** foreslår at det forankres i lovteksten at Den offentlige tannhelsetjenesten skal avsette ressurser til forsknings- og utviklingstiltak.

### **Kapittel 11: Utvalgets vurderinger og tilrådninger**

Det gis her en gjennomgang med kommentarer knyttet til de enkelte tilrådninger.

#### **Ad. 11.1 Styrings- og forvaltningsansvar**

Det foreslås å gi den offentlige tannhelsetjenesten et styrings- og forvaltningsansvar for en samlet sektor i regionen. Eksemplene på side 67 i utredningen på hva et slikt styrings- og forvaltningsansvar kan føre til viser at denne tilråding vil kunne ha begrenset effekt på det som er formulert som utfordringer. Det er imidlertid behov for å betrakte arbeidsoppgavene i den offentlige og den private sektor under ett.



### Ad. 11.3.3 Hvem bør ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester?

Når det gjelder hvem som skal ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester bør gruppen 0-18 år utvides med ett årskull og også ta med 19 åringene. Det ville ellers følge andre offentlige stønadsordninger. De fleste ungdommer bor hjemme til avsluttet videregående skolegang som er 19 år. Selv offentlige bidragsordninger fortsetter ut til ungdommen er ferdig med videregående utdanning.

### Ad Tannhelsetjenester ved sykehus

Utvalget mener det er behov for tannhelseteam på utvalgte sykehus og foreslår at myndighetene utreder dette, med sikte på å etablere forsøk med tannhelseteam på sykehus. Dette støttes klart, fordi vi i Norge i dag har en situasjon hvor vi ikke kan sammenlikne oss med noe øvrig europeisk land. Våre naboland og øvrige europeiske land har odontologi som én av flere spesialiteter på de fleste sykehus. Eksemplet ser vi i dag i forbindelse med den debatt som går vedrørende behandling av pasienter på antikoagulantia – at det er ugunstig å regulere disse pasientene før tannbehandling.

Internasjonale guidelines sier at man ikke bør regulere disse pasientene, og at risikopasientene bør behandles i sykehus. Den kapasiteten har ikke norske sykehus i dag. Utvalget redegjør for bakgrunnen for tannhelseteam ved sykehus – Det odontologiske fakultet kan selvsagt bidra med en rekke andre argumenter om ønskelig. Utvalget skriver om at teamet bør kunne ha kartleggingsfunksjon av ulike oral medisinske tilstander etc. Det må presiseres at behandlingsfunksjonen må være viktig, slik at ikke disse pasientene sendes mellom ulike instanser dersom dette kan unngås.

### Ad. 11.3.6 Spesielt om folketrygden og tannbehandling

Utredningen avviser en generell trygdeordning i tannhelsetjenesten.

Til dette er å si: Å øke trygdens tilskudd til tannbehandling uten å knytte trygderefusjoner til andre finansielle eller organisatoriske elementer vil lede til større etablering i sentrale strøk. Det er man enig i. Men utredningen **unnlater nettopp** å knytte bruken av trygdemidler til mulige organisatoriske og finansielle reformelementer. En styrt bruk av trygdemidler ville kunne gi makrofordeler. I stedet avviser utredningen generell bruk av trygdemidler, hvilket ikke er til befolkningens fordel.

Det er videre sterkt å beklage at utvalget ikke har anbefalt full likhet mellom trygdens finansiering av sykdommer i munnhulen og andre steder i kroppen:

Fremdeles er det slik at pasienter med en rekke sykdommer og lidelser som oppstår i det oropharyngeale område og hvor pasienten behandles av tannlege ikke oppnår samme grad av trygderefusjon som hvis pasienten ble behandlet av fastlege – til tross for at sykdommens karakter klart må betraktes som å høre til innenfor tannlegens arbeidsfelt. Eksempelvis vil en pasient som får en cyste et hvilket som helst sted i kroppen kun betale egenandel for å få denne fjernet hos lege – en pasient som får dette i kjevene og behandles av tannlege vil måtte betale enn langt større egenandel. Det samme forhold gjelder også ulike hud/slimhinnesykdommer som oppstår i munnhulen. Dette er **klart et viktig prinsipp** for å unngå at munnhulen blir det eneste sted på kroppen hvor trygden har andre regler.

Utredningens forslag om økte trygdemidler til spesifiserte grupper med særlige problemer (s. 75) samt en forenkling av regelverket støttes (s. 78). Det støttes også å gi tannpleiere rett til å praktisere for trygden.



#### **Ad 11.4.1 Prisregulering**

Det pekes på at prisene i privat sektor har økt betydelig mer enn prisindeksen. Dette var vist av Grytten et al 2004. Det understrekes imidlertid at så lenge ingen har vist hvor mye av pristigningen som skyldes investeringssetterslep fra 1995, kostnadsutvikling i praksis og hvor mye som er ren næringsinntekt, er det vanskelig å vurdere prisstigningens rimelighet. Det er derfor uklokt å innføre prisregulering på det nåværende grunnlag og uten å koble en eventuell takstbruk til en alternativ finansiering av tannhelsetjenester.

#### **Ad 11.4.2 Etableringsstopp**

Det postuleres at etableringsstopp vil medvirke til å fordele tannlegene bedre. Det foreslås at det beregnes hjemler i de mest tannlegetette områdene, og at det ellers overlates til Helsedepartementet å foreta en nærmere utredning.

For det første er den postulerte skjevfordelingen ikke dokumentert, snarere tvert imot (se over). Selv om man nekter tannleger å etablere seg på ett sted, er det ikke gitt at tannlegene flytter til det stedet noen ønsker de skal være. Erfaringene fra andre land, bl a Sverige, viser at etableringsstopp har flere u hensiktsmessige bivirkninger enn ønskede virkninger. Det er lite sannsynlig at Departementet vil kunne være å jour med tannlegers til- og fraflytninger og hjemlene blir fort historiske og for gamle. De negative effektene på rekruttering og profesjonen vil være store.

Etableringsstopp vil ikke kunne løse noen av de skisserte problemene, men vil kunne skape store problemer.

#### **Ad. 11.4.3 Regionale kompetansesentra**

Utvalget presiserer viktigheten av etablering av regionale kompetansesenter for å tilby nødvendig tannbehandling til befolkningen og prioriterer etablering av slike senter.

Vårt Institutt for klinisk odontologi har erfart at en del pasienter ikke får et optimalt behandlingstilbud fordi fylkeskommuner ikke har prioritert den kompetanse som kreves ved eksempelvis behandling av barn og unge med spesielle behov. Dette kan gjelde pasienter med tannutviklingsforstyrrelser, pasienter med alvorlige tannskader, medisinsk kompromitterte pasienter og pasienter som krever psykologisk omsorg.

Instituttet vil derfor påpeke viktigheten av at loven sikrer at pasientgrupper som det offentlige skal ha ansvar for i tråd med innstillingen og som har kompliserte behandlingsbehov, får et kvalitetsmessig behandlingstilbud. Videre at det pålegges å avsette ressurser til dette.

#### **Ad 11.4.5 Turnustjeneste**

Det foreslås 1-års turnustjeneste for å bedre den faglige kvaliteten hos tannlegene. Denne begrunnelsen savner dokumentasjon. Betyr dette at utvalget har gjort en kvalitetsvurdering av kandidatene og dermed antar at dagens utdanning ikke gir tilfredsstillende faglig kvalitet? Hvordan en turnustjeneste skal bedre den faglige kvaliteten, sies det intet om. Det sies heller ikke hvor denne turnustjenesten skal foregå, men det kan formodes at turnustjenesten skal foregå i den offentlige tannhelsetjenesten, fordi utredningen antar at turnustjeneste vil medføre bedre rekruttering til distriktene. Undersøkelser blant tannlegestudenter og nyutdannede tannleger viser at de som velger å jobbe i Den offentlige tannhelsetjenesten etter utdanning, kun blir et par år (Holst et al 2002).



Det er lite som tyder på at turnus vil gi ekstra rekruttering eller stabilitet i stillingene.

En arbeidsgruppe nedsatt av Helsedepartementet avviste turnustjeneste, fordi dette krever store administrative ressurser som ikke står i samsvar med de resultater som kan forventes oppnådd (Helsedepartementet 2003). Oppsummert kan det tyde på at argumentet for å innføre turnustjeneste ikke er faglig basert, men kun som et tiltak å bedre den geografiske fordelingen av tannleger.

Forslaget om turnustjeneste er også i konflikt med Bologna-traktatens føringer. Denne traktaten er bakgrunnen for at Norge har lagt om det aller meste av høyere utdanning til mønsteret bachelor- og mastergrad, dvs. 3- og 5-årige utdanningsløp. Ifølge traktaten er det et krav at kandidaten ved oppnådd mastergrad i odontologi har ervervet seg tilstrekkelige kunnskaper til selvstendig utøvelse av tannlegeyrket. Bologna-traktaten er underskrevet av den norske regjering og førende for all utdanning i Norge.

#### **Ad. 11.5 Modeller for organisering av den offentlige tannhelsetjenesten**

Utredningen diskuterer tre modeller: Direktoratmodellen, autonomt statlig tannhelseforetak og fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Utvalget er tredelt på dette punktet.

Etter vår vurdering bygger både direktoratmodellen og den fylkeskommunale modellen på foreldete prinsipper og vil ikke gjøre en samlet tannhelsetjeneste bedre i stand til å løse oppgavene. Foretaksmodellen bygger på en moderne driftsform som kan tilpasses lokale og regionale forhold. Foretaksmodellen vil kunne gi tannhelsetjenesten muligheter og samtidig utfordre gamle tradisjoner.

#### **Ad. 11.6 En fasttannlegeordning**

Utredningen avviser etablering av en form for fasttannlegeordning etter modell av fastlegeordningen. Utredningen mener at prinsippene fra fastlegeordningen ikke vil kunne løse dagens problemer i tannhelsetjenesten (s. 91). Hovedinnvendingen er at en statlig subsidiering vil medføre en økning i etterspørselen i de folkerike kommunene.

Dette er en villedende begrunnelse fordi subsidiering i form av kapitalasjon vil kunne være et insentiv for tannlegene til å ta flere pasienter og derfor medvirke til å spre tannlegene. Dessuten vil en kapitalasjon kombinert med annen styrt trygdebruk kunne være et grunnlag for etablering av takster som ellers i allmennhelsetjenesten. Utredningen unnlater å referere til at dette faktisk er prøvet i og dokumentert fra Østfold (Grytten et al 2002, Holst et al 2002).

## **Kapittel 12. Økonomiske og administrative konsekvenser**

#### **Ad 12.4 Utvalgets tilrådninger og konsekvenser for gjeldende lovverk**

Utvalget slår fast at det ikke ønsker å endre barn og unges (0-18 år) rettigheter. Likevel foreslås det at § 1-3 i tannhelseloven som prioriterer barn og unge foran andre grupper faller bort.

Ellers kan man ikke se at utvalget diskuterer tilbudets innhold. Ressursknapphet på midler og personell har vært stikkord for medieoppslag om den offentlige tannhelsetjenesten det siste tiåret. Derfor er det vesentlig at tilbudets innhold forankres i lovteksten. Hovedinnstillingens undertittel (Et godt tilbud til de





som trenger det mest) avspeiler en holdning til ressursbruken som Institutt for klinisk odontologi slutter seg til.

Lovteksten bør likevel inneholde krav til tilbudets innhold og kvalitet, og det kan vises til den tilsvarende svenske lov, som inneholder formuleringer knyttet til kvalitet, kvalitetskontroll og spesialisttilbud. Se for øvrig vår kommentar i de to siste avsnitt i punkt 3 under "Beskrivelse av tannhelsetjenesten og befolkningens tannhelse, kapittel 3-10".

### **Samlet vurdering**


Etter vår vurdering har utredningen betydelige svakheter i forankringen til eksisterende norsk og utenlandsk tannhelsetjenestekunnskap. Det leder til en svak beskrivelse og analyse av nå-situasjonen samt til forslag som verken er forankret i de eksisterende problemer eller i kunnskap om reguleringens virkemåte. Vi vil advare mot å utforme politiske tiltak på det eksisterende grunnlag.


Det vil fortsatt være et behov for et tydelig offentlig ansvar for befolkningens tannhelse og tilgjengelighet av tjenester. Som ellers i helsetjenesten vil ansvaret i mindre grad omfatte drift. Det vil fortsatt være behov for offentlig drevne klinikker med tilbud til pasienter med omfattende og kompliserte behandlingsbehov eller pasienter som av andre grunner har problemer med å benytte vanlige praksiser. Et bredt anlagt offentlig folkehelsearbeid må støtte befolkningen og motivere til å ta medansvar for egen og familiens tannhelse. Barn og ungdom og andre prioriterte grupper tilbys regelmessig undersøkelse og behandling i samsvar med prinsippene i Lov om tannhelsetjenesten 1984. En stor del av disse oppgavene kan løses i et samarbeid mellom sektorene. Det er et offentlig ansvar å bruke styringsverktøy slik at nødvendige tannhelsetjenester med dagens kommunikasjonsmidler er tilgjengelige for hele befolkningen.

Avslutningsvis har Institutt for klinisk odontologi også merket seg at utvalget beklageligvis setter sykdom i tenner og munnhule i en særstilling og mener at denne type sykdommer er mindre alvorlige enn andre typer av sykdom. Konsekvensen av utvalgets syn er at munnhulesykdommer organiseres med en annen lovgivning, andre rettighetskriterier og på et annet forvaltningsnivå enn den øvrige helsetjeneste.

Institutt for klinisk odontologi er av den oppfatning at sykdommer i munnhulen som hovedregel skal og bør sidestilles med annen sykdom både hva gjelder rettigheter, lovgivning og organisatorisk tilknytning. Forskning – ikke minst ved Det odontologiske fakultet – viser stadig tydeligere relasjon mellom oral helse og generell helse.

Med vennlig hilsen

  
Pål Barkvold  
Professor  
Instituttleder

  
Kjersti Mørkved Jåsund  
førstekonsulent



## **VEDLEGG**

**OBS!**

Sidetallene i vedlegget stemmer ikke, så vennligst følg denne henvisningen.

Side 9 av 17:

**Figur 1.2**

Side 10 av 17:

**Figur 2**

Side 12 av 21:

**Tabell 1**

Side 13-15 av 21:

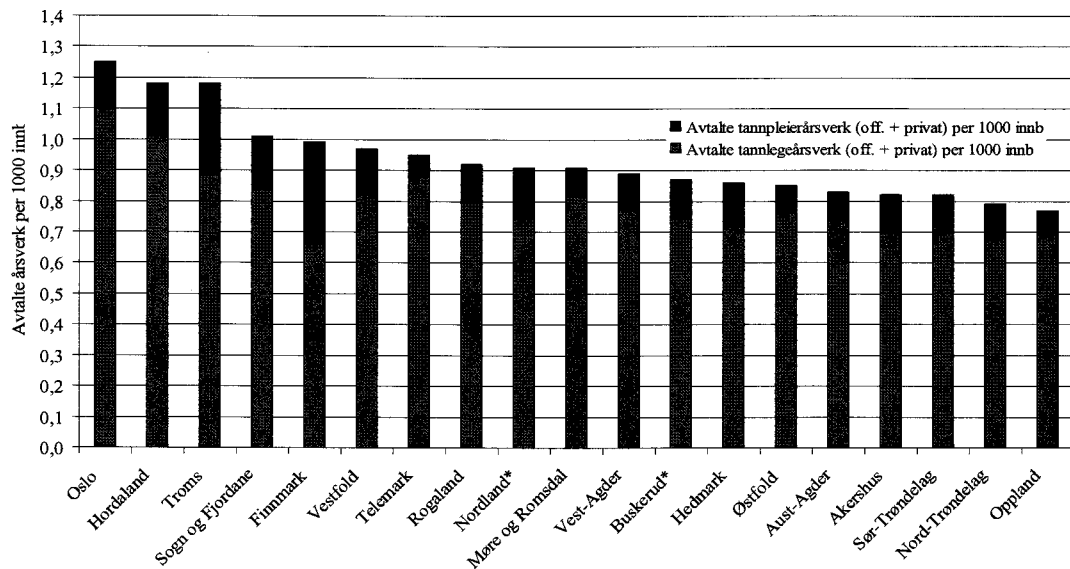
**Tabell 2**

Side 16-19 av 21:

**Tabell 3**

Fig. 1.2

**Avtalte tannlege- og tannpleierårsverk per 1000 innbygger  
Offentlig og privat tannhelsetjeneste. Foreløpige tall 2004**

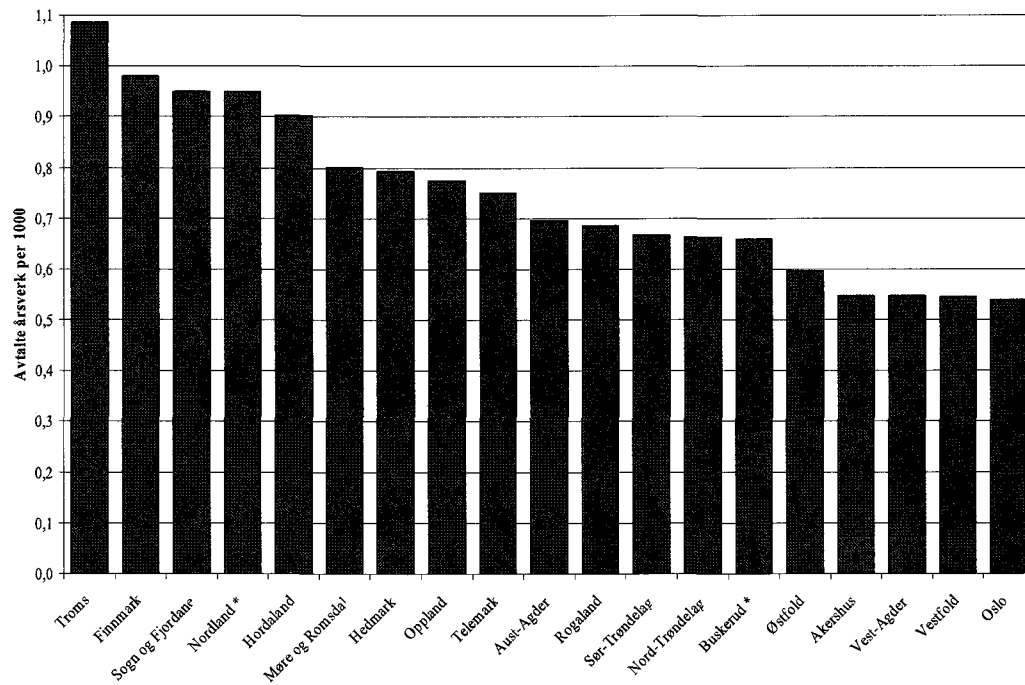


Kilde: Statistisk sentralbyrå, Kostra

Seksjon for samfunnsodontologi, UiO 2005

Fig. 2

**Avtalte offentlige tannlegeårverk per 1000 prioriterte personer + voksne under tilsyn og antall ledige stillinger per 31.12. 2004. Foreløpige tall**



Kilde: Statistisk sentralbyrå, Kostra

Seksjon for samfunnsodontologi, UiO 2005



# UNIVERSITETET I OSLO

## DET ODONTOLOGISKE FAKULTET

Side 12 av 21

Prioriterte personer/personer undersøkt/behandlet per offentlig avtalte tannlege/tannpleierårsverk. Netto driftsutgifter per prioritert person under tilsyn. Offentlig tannhelsetjeneste 2004. Foreløpige tall

Fylke	Prioriterte personer undersøkt/ behandlet per offentlig avtalt tannlege/ tannpleierårsverk	Pers oner undersøkt/ behandlet per offentlig avtalt tannlege /tannpleierårsverk	Netto driftsutgifter per prioritert person under tilsyn (kr)
Østfold	725	766	1 089
Akershus	748	758	751
Oslo	632	632	734
Hedmark	425	568	1 291
Oppland	565	719	1 033
Buskerud	609	740	1 184
Vestfold	562	613	897
Telemark	645	785	1 052
Aust-Agder	612	751	1 087
Vest-Agder	751	809	1 019
Rogaland	666	822	888
Hordaland	499	593	1 099
Sogn og Fjordane	510	662	1 456
Møre og Romsdal	574	702	1 235
Sør-Trøndelag	553	802	971
Nord-Trøndelag	567	802	1 507
Nordland	433	542	1 789
Troms	289	378	1 931
Finnmark	299	466	2 134

Kilde: Statistisk sentralbyrå, Kostra

Seksjon for samfunnsodontologi, UiO 2005

Tabell 1.



# UNIVERSITETET I OSLO

## DET ODONTOLOGISKE FAKULTET

Hvordan vurderer du din tannhelse og din generelle helsetilstand? 1 = meget dårlig  
5 = meget god.

	Tannhelse (n = 2 445)				Generell helsetilstand (n = 2 443)			
	Dårlig (1+2)	Verken god eller dårlig (3)	God (4+5)	Snitt	Dårlig (1+2)	Verken god eller dårlig (3)	God (4+5)	Snitt
<b>Alle respondenter</b>	9	24	68	3,8	6	18	76	3,9
<b>Kjønn</b>								
Kvinner	9	23	68	3,8	7	19	73	3,9
Menn	9	24	67	3,8	5	17	78	4,0
<b>Alder</b>								
21 - 29 år	10	24	66	3,8	3	11	85	4,1
30 - 39 år	7	16	77	4,0	5	11	84	4,1
40 - 49 år	5	22	72	3,9	6	16	78	4,0
50 - 59 år	13	27	60	3,6	10	23	68	3,8
60 - 69 år	9	22	69	3,7	9	22	69	3,8
70 - 79 år	9	32	60	3,6	6	27	68	3,7
> = 80 år	6	31	63	3,7	7	36	57	3,6
<b>Utdanning</b>								

Tabell 2, side 1.



	Tannhelse (n = 2 445)				Generell helsetilstand (n = 2 443)				
	Dårlig (1+2)	Verken god eller dårlig (3)	God (4+5)	Snitt	Dårlig (1+2)	Verken god eller dårlig (3)	God (4+5)	Snitt	
Grunnskole	13	27	60	3,5	9	27	64	3,7	
Videregående skole	9	25	66	3,8	6	19	75	3,9	
Universitet/høyskole	6	19	75	4,0	4	12	83	4,1	
<b>Samlet husholdningsinntekt</b>									
< 200 000 kr	14	28	58	3,6	12	27	61	3,6	
200 000 - 399 999 kr	10	24	65	3,7	6	22	72	3,9	
400 000 - 599 999 kr	8	25	68	3,8	5	13	82	4,0	
600 000 - 799 999 kr	4	19	78	4,0	4	13	83	4,1	
800 000 - 999 999 kr	6	21	73	3,9	5	13	82	4,1	
> = 1 million kr	2	18	81	4,2	4	3	93	4,4	
<b>Bostedsregion</b>									
Østlandet	9	22	69	3,8	7	19	74	3,9	
Sørlandet	5	25	69	3,9	11	14	75	3,9	
Vestlandet	10	27	64	3,7	6	18	73	3,9	
Trøndelag	6	25	69	3,8	4	19	77	4,0	

Tabell 2 forts.  
side 2



# UNIVERSITETET I OSLO

## DET ODONTOLOGISKE FAKULTET

Side 15 av 21

	Tannhelse (n = 2 445)				Generell helsetilstand (n = 2 443)			
	Dårlig (1+2)	Verken god eller dårlig (3)	God (4+5)	Snitt	Dårlig (1+2)	Verken god eller dårlig (3)	God (4+5)	Snitt
Nord-Norge	9	29	62	3,7	6	21	73	3,9
<b>Kommunestørrelse</b>								
< 2000 innbyggere	14	32	54	3,5	8	21	71	3,9
2000 - 5000 innbyggere	9	32	60	3,7	11	23	67	3,8
5000 - 10 000 innbyggere	7	25	68	3,8	5	22	73	3,9
10 000 - 30 000 innbyggere	8	21	70	3,8	5	18	78	3,9
> = 30 000 innbyggere	10	22	68	3,8	6	16	78	4,0
<b>Tannstatus</b>								
Ingen tenner igjen	10	43	47	3,5	11	39	50	3,5
1 - 9 tenner igjen	39	26	36	2,9	15	24	62	3,7
10 - 19 tenner igjen	21	39	40	3,2	8	34	58	3,6

Tabell 2 forts.  
side 3

Nor Tannlegeforen Tid 2005; 115: 576 - 80

Dorthe Holst, Irene Skau og Jostein Grytten

Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkning i Norge i 2004





**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET ODONTOLOGISKE FAKULTET

Side 16 av 21

Andel som har vært hos tannlege i løpet av siste 12/14 måneder og deres utgifter til behandling. Andel respondenter i prosent og gjennomsnittlige kostnader i kroner

	(n)	Andel som har vært hos tannlege		Gjennomsnittlig utgift til tannlege	
		Siste 12 mnd	Siste 24 mnd	Siste 12 mnd	Siste 24 mnd
<b>Alle respondenter</b>	2 471	78	87	2 253	4 043
<b>Kjønn</b>					
Kvinner	1 230	80	90	2 201	4 180
Menn	1 241	77	85	2 307	3 893
<b>Alder</b>					
21 - 29 år	486	59	76	1 835	2 740
30 - 39 år	442	72	86	1 548	2 660
40 - 49 år	364	85	91	1 966	3 629
50 - 59 år	391	88	94	2 945	5 577
60 - 69 år	419	88	91	2 554	4 572
70 - 79 år	236	88	94	3 024	5 783
>=80 år	133	83	86	2 236	5 403

Tabell 3 side 1



	Andel som har vært hos tannlege			Gjennomsnittlig utgift til tannlege	
	(n)	Siste 12 mnd	Siste 24 mnd	Siste 12 mnd	Siste 24 mnd
<b>Utdanning</b>					
Grunnskole	250	73	83	2 358	4 386
Videregående skole	967	79	88	2 173	4 117
Universitet/høyskole	1 038	77	88	2 282	3 630
<b>Samlet husholdningsinntekt</b>					
<200 000 kr	301	68	80	2 674	5 180
200 000 - 399 999 kr	738	78	86	2 017	3 981
400 000 - 599 999 kr	634	80	89	2 112	3 622
600 000 - 799 999 kr	380	81	90	2 117	3 552
800 000 - 999 999 kr	96	77	95	3 682	4 295
>=1 million kr	50	90	95	2 099	4 558
<b>Bostedsregion</b>					
Østlandet	1 170	79	87	2 390	4 442
Sørlandet	133	86	93	2 325	5 135

Tabell 3 side 2



	Andel som har vært hos tannlege			Gjennomsnittlig utgift til tannlege	
	(n)	Siste 12 mnd	Siste 24 mnd	Siste 12 mnd	Siste 24 mnd
Vestlandet	582	78	88	2 064	3 700
Trøndelag	193	75	85	2 089	3 320
Nord-Norge	188	67	78	1 874	2 839
<b>Kommunens sentralitet</b>					
Usentrale kommuner		75	87	1 850	3 480
Sentrale kommuner		79	87	2 367	4 210
<b>Kommunestørrelse</b>					
< 2 000 innbyggere	56	53	69	1 462	3 648
2 000 - 5 000 innbyggere	246	75	85	2 047	3 454
5 000 - 10 000 innbyggere	323	83	90	2 117	3 469
10 000 - 30 000 innbyggere	699	81	90	2 314	4 196
>=30 000 innbyggere	1 139	77	86	2 345	4 298
<b>Tannstatus</b>					
Ingen tenner igjen	59	32	45	2 577	3 109

Tabell 3  
side 3



	(n)	Andel som har vært hos tannlege		Gjennomsnittlig utgift til tannlege	
		Siste 12 mnd	Siste 24 mnd	Siste 12 mnd	Siste 24 mnd
1 - 9 tenner igjen	88	73	81	3 376	8 796
10 - 19 tenner igjen	237	90	94	3 584	6 986
>=20 tenner igjen	2 053	79	89	2 024	3 684

Nor Tannlegeforen Tid 2005; 115: 212 - 6

Dorthe Holst, Jostein Grytten og Irene Skau

Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004

Tabell 3 side 4.