

Ola Haugejorden:

Tannpleiere – dyrt eller billig?

Det er snart 100 år siden den første tannpleieren ble utdannet i USA (1). Argumentene for utdanning av tannpleiere har – med enkelte modifikasjoner – stort sett vært de samme opp gjennom tidene, nemlig (i) for få tannleger i forhold til etterspørselen etter behandling; (ii) for å øke innsatsen på områder som tannleger har prioritert lavt så som forebyggelse, behandling av periodontale sykdommer og barnetannpleie; (iii) for å redusere kostnadene eller (iv) en kombinasjon av disse tre (1–4). Så vel myndighetene som enkeltpersoner har de siste 30 årene uttalt at det er behov for flere tannpleiere (2, 5–7); sist dekanene ved de odontologiske fakultetene (Aftenposten 23.10.2002). I senere år har begrunnelsene vært mangel på tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), at tannpleiere kan utføre tannhel-sekontroller, og at dette vil være billigere for så vel pasientene som for samfunnet (7–8). Økt tilgang på tannpleiere vil også kunne redusere behovet for tannleger. Konklusjonen synes altså innlysende: Vi trenger flere tannpleiere. Men er det så enkelt som man får inntrykk av i utredninger og debattinnlegg? Nepp, fordi usikkerhet i dag er knyttet til rekruttering til studiet, frafall i studietiden og yrkesaktivitet (årsverk), utdannings-/lønnskostnader og deres behandlingsprofil.

Rekruttering

Søkningen til tannpleierstudiet har hittil vært rimelig tilfredsstillende i forhold til antall studieplasser. Imidlertid har det vist seg at det på landsbasis er relativt få kvalifiserte søkere igjen når opp-taket er avsluttet (2000: 11; 2001: 18 og 2002: 43). Skal utdanningskapasiteten økes vesentlig, er det altså behov for tiltak for å øke interessen for studiet ut over det som har vært tilfelle i senere år.

Frafall i studietiden og yrkesaktivitet

Fra 1987 til 2002 har i snitt 76 % (49 % til 96 %), eller 615 av 805 personer fullført tannpleierstudiet.

Ifølge Ellingsæter (5) var det 588 tannpleiere i Norge i 1990. I perioden 1991 til 2002 ble det utdannet 504 tannpleiere. Dette tilsier at det i 2002 skulle være ca. 1 050 tannpleiere, noe som tilsvarer en økning på 4,7 % p.a. Settes dette opp mot opplysningene i Årsmeldingene for Den offentlige tannhelsetjenesten (9), viser rapportene at antallet årsverk økte fra 202,2 i 1990 til 278,1 i 2000, eller ca. 3,1 % p.a. Økningen i privat praksis var fra 62,0 til 103,5 årsverk (ca. 5 % p.a.), men tallene fra privat sektor er ufullstendige og usikre (9).

Om antall nyutdannede tannpleiere (415) og økningen i antall årsverk i perioden 1991 til 2000 (109,1) sammenholdes, viser det at for hvert årsverks økning måtte det utdannes 3,8 tannpleiere.

Utdannings- og lønnskostnader

Om det skal lønne seg å øke antall tannpleiere på bekostning av antall tannleger i fremtiden, må det også tas hensyn til utdanningskostnader. I budsjettssammenheng er det anslått at det koster kr 120 000 per år i den prekliniske og kr 270 000 per år per student i den kliniske delen av odontologistudiet, altså kr 1 050 000 per ferdigutdannet tannlege. Tilsvarende tall for tannpleierne er kr 154 000 per år, dvs. kr 308 000 med en 2-årig og ca. kr 460 000 med en 3-årig utdanning. Om frafallet i studietiden og yrkesaktiviteten forblir som de siste 10 årene, vil resultatet bli at utdanningskostnadene kan bli tilnærmet lik for et tannpleier- og et tannlegeårsverk med en 2-årig tannpleierutdanning. Med 3-årig utdanning og samme yrkesaktivitet kan nye tannpleierårsverk komme til å koste kr 1 755 600. Videre er det rimelig å anta at tannpleiere med 3-årig utdanning vil kreve høyere lønn enn de med 2-årig utdanning. Et annet uavklart spørsmål er om tannpleiere med 2-årig utdanning skal eller bør tilbys oppgradering av sin grunnutdanning. Et eventuelt ønske eller krav om

«tilleggskurs» fra tannpleiere med 2-årig utdanning vil, i tillegg til direkte kostnader for kurs, også medføre indirekte kostnader i form av tapt produksjon av tannhelsetjenester i kursperioden. Altså kan kostnad-effektivitets-vurderinger gi som resultat at det kan bli lite å vinne økonomisk ved større satsning på tannpleiere på kort sikt. Imidlertid vil synkende yrkesaktivitet blant tannleger pga. økende andel kvinnelige tannleger kunne øke utdanningskostnadene per tannlegeårsverk og dermed endre relasjonene.

Behandlingsprofil

I Innstilling fra komiteen til å utrede behovet for hjelpepersonell i tannlegervirksomhet (3) het det: «Behandlingsbehovet tillater ikke tannlegene å ta seg av disse forebyggende oppgavene i nødvendig omfang. Så vel for samfunnet som for den enkelte pasient ville en slik løsning dessuten bli urimelig kostbar.» Med utgangspunkt i dette hadde tannpleierne en klar forebyggende profil i 1970- og 1980-årene. Men etter hvert som det ble mindre karies blant barn og unge og økonomien i DOT gradvis ble strammere, ble tannpleiernes rolle lagt om fra forebyggelse til helsekontroller («screening») etter samlebandsprinsippet. Endringen reflekteres i Ellingsæters (5) uttalelse i 1992 hvor han sier om tannpleierne: «Den tradisjonelle rollen som «reisende i forebygging» må vel snart være forbi.» Dagens filosofi synes å være at tannpleierne i det alt vesentlige skal stå for tannhelsekontroller etter samlebandsprinsippet både i offentlig og privat tannpleie. Det er ikke vanskelig å være enig med Ellingsæter i at det var behov for revurdering av tannpleiernes arbeidsoppgaver i lys av endringene i tannhelsesituasjonen. Men tre forhold synes å være oversett i denne forbindelse. For det første blir det ensformig å utføre helsekontroller fra morgen til kveld år ut og år inn. Således er denne endrin-

gen neppe egnet til å øke yrkesaktiviteten og stabiliteten til tannpleierne, noe som er ønskelig om det skal være lønnsomt å satse på dem. For det andre er det sannsynlig at ensidig fokusering på helsekontroller med høye krav til produktivitet og liten eller ingen tid til helsefremmende og sykdomsforebyggende innsats vil kunne få uheldige følger for den orale helsen i befolkningen på sikt, jf. økningen i andelen 5-åringer med karieserfaring fra 1997 til 2000 (9, 10). For det tredje vil tannpleiere med 3-årig utdanning neppe finne det mer tilfredsstillende eller utfordrende å gjøre helsekontroller det meste av tiden enn de med 2-årig utdanning. Altså vil det fortsatt være fare for lite varierte arbeidsoppgaver og dermed høy risiko for utbrenthet og lav yrkesaktivitet.

Fremtidsutsikter

Tatt i betraktning at forventet befolkningsvekst frem til 2025 tilsier behov for 250 til 300 årsverk, at flere eldre med flere egne tenner kan tenkes å legge beslag på 500 til 600 tannlegeårsverk, og at større avgang enn tilgang på tannleger vil bety et tap av 900 til 1 100 årsverk, er det urealistisk å tro at 500–600 tannpleierårsverk skal kunne kompensere for 1.500 til 2.000 tannleger i 2025. Om det også i fremtiden må utdannes 3,8 tannpleiere for hvert ekstra tannpleierårsverk, må det utdannes 1 900–2 280 for å skaffe 500 til 600 årsverk, og 6 650–7 220 for å tilføre 1 750–1 900 årsverk de neste 23 årene. I dag er ut-

danningskapasiteten 57 tannpleiere per år. Med en gjennomføringsprosent på 90 hvert år frem til 2025 (1987–2002: 76 %), blir det bare 1 180 nye tannpleiere i perioden.

Tannpleiere med 2-årig utdanning har hittil hatt lav yrkesaktivitet, og de har hatt begrenset gjennomslag i privat praksis. Før utdanningen eventuelt blir 3-årig, og før det fastsettes hvor mange flere tannpleiere og tannleger som trengs, bør man bestemme seg for om tannpleierens hovedfunksjon skal være helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, om de «bare» skal være tannhelsekontrollører, eller om de også skal kunne utføre irreversible oppgaver og fungere som tannterapeuter. Etter 30 års erfaring med nåværende type tannpleiere ville det være irrasjonelt å foreskrive mer av det samme. Verken egen autorisasjon eller 3-årig utdanning kan løse tannpleieryrkets grunnleggende problemer, dvs. begrenset rekruttering til studiet, lite varierte arbeidsoppgaver (slik deres kompetanse benyttes i dag), lav yrkesaktivitet og få karrieremuligheter. Altså er det på tide med en fordomsfri og gjennomgripende analyse av tannpleierens fremtidige rolle både i Den offentlige tannhelsetjenesten og i privat praksis.

Referanser

1. Dunning JM. Principles of dental public health. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1962: 44–6.
2. Røyneidal K. Tannpleierens situasjon i

- Norge. I: Hjørting-Hansen E, red. Odontologi '95. København: Munksgaard; 1995; 65–74.
3. Innstilling fra komitéen til å utrede behovet for hjelpepersonell i tannlegevirksomhet (Bjørnsson-komitéen). Oslo: Sosialdepartementet; 1966: 23–8.
4. Wærhaug J. Tannpleierens plass i tannhelsetjenesten. *Nor Tannlægeforen Tid* 1970; 80: 100–8
5. Ellingsæter BE. Tannhelsetjenesten i Norge. Beskrivelse, vurdering og perspektiver mot 2015. Oslo: Helsedirektoratet; 1992; Helsedirektoratets utredningsserie 7–92 (IK-2382).
6. Statens helsetilsyn. Tannhelsetjenesten i Norge. Beskrivelse, vurderinger og perspektiver mot 2015. Oppsummering av hørings svar til Helsedirektoratets utredning 7–92. Oslo: Statens helsetilsyn, udatert (IK-2480).
7. Holst D, Grytten J. Ikke kun et spørsmål om å utdanne flere tannleger. *Nor Tannlægeforen Tid* 2001; 111: 571–2.
8. Sluttrapport for prosjektet: Effektivisering i tannhelsetjenesten 1989–1991. Oslo: Helsedirektoratet; 1993.
9. Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn. Tannhelsetjenesten i Norge. Årsmelding 1990–2000. Oslo: Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn; 1991–2001.
10. Haugejorden O, Birkeland JM. Evidence for reversal of the caries decline among Norwegian children. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12: 306–15.

Adresse: Odontologisk institutt – samfunnsodontologi Det odontologiske fakultet, Årstadveien 17, 5009 Bergen