

Jostein Grytten og Dorthe Holst

Fremtidig utdanningskapasitet for tannleger

Den offentlige tannhelsepolitikken er basert på at det de nærmeste årene vil bli et kraftig underskudd på tannleger. Dette har liten støtte i nasjonal og internasjonal forskning. Vi viser også at dersom man ønsker å øke tilbudet av tannhelsetjenester, kan dette gjøres ved å endre organiseringen og finansieringen av dagens private og offentlige tannhelsetjeneste. Dette er et godt alternativ i forhold til å foreta en kraftig økning i utdanningskapasiteten.

Utdannings- og forskningsdepartementet (UFD) og Helsedepartementet (HD) har nylig utarbeidet en rapport hvor de diskuterer alternative forslag for å øke utdanningskapasiteten av tannleger (1). Omtrent samtidig publiserte Statistisk sentralbyrå (SSB) en fremskrivning av arbeidsmarkedet for helsepersonell; blant annet for tannleger og tannpleiere (2). Det er grunn til å studere disse rapportene nøye, ikke minst siden de kan danne viktige premiser for beslutninger i byråkratiet og i det politiske miljøet når det gjelder den fremtidige tannhelsepolitikken her i landet. Det er særlig to aspekter som fortjener noe mer utdypning:

For det første er det grunn til å diskutere forutsetningene som modellfremskrivningene bygger på. SSB påpeker at andre forutsetninger enn det de har lagt til grunn vil kunne påvirke resultatene. Slik rapportene nå fremstår, gir de et for negativt bilde av en mulig tannlegemangel i nær fremtid.

For det andre har rapporten fra UFD og HD et for snevert svar på hvordan tannhelsetilbudet kan opprettholdes, gitt deres første premiss om at vi går mot en alvorlig tannlegemangel i nær fremtid. Departementenes svar er at utdanningskapasiteten av tannleger må økes kraftig for å opprettholde et tilfredsstillende tannhelsetilbud. De avviser bestemt andre tiltak, som for eksempel finansielle eller organisatoriske virkemidler. I så måte skiller HDs tannhelsetjenestepolitikk seg vesentlig fra deres politikk innenfor både sykehus- og

allmennlegetjenesten. Her har det de siste årene vært gjennomført omfattende reformer av både organisatorisk og finansiell karakter for å bedre befolkningens helse-tilbud. HD har selv spilt en viktig rolle og har vært pådriver for disse reformene. Det er interessant at HD kan ha så ulike tilnærminger til politikktutforming i tannhelsetjenesten sammenlignet med i de andre sektorene i helsetjenesten. Rapporten gir i hvert fall ingen overbevisende argumentasjon for at det er logisk. Vi vil nedenfor utdype vårt syn på rapporten.

De to rapportene presenterer ikke sammenfallende tallmateriale med hensyn til den forventede *tilgang og avgang* av tannlegeårsverk. I følge SSB vil det bli en reduksjon i antall tannlegeårsverk fra 4 146 til 3 909, fra 1999 til 2015 (2). Det vil si en reduksjon på 237 årsverk. UFD og HD presenterer et tallmateriale der differansen er 485 tannleger (1). På bakgrunn av sine beregninger argumenterer departementene for at det er behov for å starte tannlegeutdanning i Tromsø for at *netto-tilgangen* av tannleger skal bli lik *nettoavgangen* (alternativ 3; Tabell 5 side 20; referanse nummer 1). Legges SSBs beregning over *tilgang og avgang* av tannleger til grunn, vil det være mer enn tilstrekkelig å øke opptaket i Oslo og Bergen med 30 studenter årlig (alternativ 2; Tabell 5 side 20; referanse nummer 1). Det virker derfor som om departementene opererer med et annet beregningsgrunnlag enn SSB. I dette aktuelle eksempelet synes vi det er vanskelig å ta standpunkt til hvilket beregningsgrunnlag som er mest korrekt. Eksempelet illustrerer likevel viktigheten av å diskutere noen forutsetninger til modellberegninger for slike fremskrivninger.

Fremskrivningstall for tannlegeårsverk

Den fremtidige tannlegemangelen
SSBs fremskrivninger av behovet for tannlegeårsverk er summarisk fremstilt i Tabell 1. På tilbudssiden beregner modellen til SSB forventet avgang for tannleger, jus-

tert for forskjellig arbeidstid for kvinnelige og mannlige tannleger (2). På etterspørselssiden inngår forventede endringer i folketall og bruttonasjonalprodukt (inntekter).

I tallene som presenteres er det et stort gap mellom fremtidig etterspørsel og tilbud av tannleger. SSB tar imidlertid forbehold om at deres fremskrivninger må tolkes med varsomhet, og med et kritisk blikk. Det er likevel betimelig å knytte noen kommentarer til disse fremskrivningene; ikke minst siden behovet for tannleger fremstår som svært stort.

La oss se på ett av resultatene fra SSBs fremskrivninger (2). Innen 2005, dvs. i underkant av to år fram i tiden, skal vi mangle 633 tannlegeårsverk her i landet ifølge det midterste framskrivningsalternativet. Legger vi SSBs mest pessimistiske anslag til grunn, vil tannlegemangelen utgjøre nesten 700 tannlegeårsverk innen 2005. Dette må kunne beskrives som en krise, gitt at det faktisk vil inntreffe. Men representerer disse fremskrivningene et realistisk bilde av virkeligheten slik den vil se ut om knappe to år? Vår forståelse av dagens tannhelsemarked tilsier at vi ikke er i nærheten av en slik utvikling innen så kort tid.

Det er i dag 144 vakante tannlegestillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten, fortrinnsvis i distriktene (3). Dette kan imidlertid ikke uten videre tolkes som tannlegemangel. Det er en svært høy tannlegetetthet i Oslo (4). Problemene med vakante stillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten kan delvis avhjelpes med en omfordeling av tannleger. Det er verdt å merke seg at tannlegetettheten er svært høy i Norge sammenlignet med i de fleste EU-land (5). Tannlegetettheten i Norge ligger 30–40 % over EU-landene.

SSBs fremskrivninger er gjort med utgangspunkt i forventet tilgang og avgang av tannlegeårsverk og den forventede etterspørselsveksten etter tannhelsetjenester (2).

Endringer på tilbudssiden representerer et relativt lite bidrag til den påståtte tann-

legemangelen. Gitt uendret utdanningskapasitet blir det en reduksjon i antall tannlegeårsverk på 347 i forhold til dagens nivå (2). Det er etterspørselsveksten som representerer det desidert største bidraget til tannlegemangelen. For eksempel vil vi om 18 år mangle 1 903 tannlegeårsverk (midterste alternativ) i forhold til dagens nivå, på grunn av etterspørselsvekst (2). I dag er det ca. 2 300 private tannlegeårsverk (ikke spesialister) i Norge (6). Det vil si at vi trenger nesten dobbelt så mange tannleger om 18 år som det vi i dag har av privatpraktiserende tannleger, bare fordi befolkningen trenger mer tilsyn og behandling. Dette er mye, spesielt i lys av den markante bedringen i tannhelsen i den norske befolkningen de siste 20–30 årene (7–10).

Etterspørselsveksten er basert på to komponenter: demografiske endringer og endringer i etterspørselen på grunn av endringer i befolkningens inntektsnivå. Den demografiske komponenten vil gi en etterspørselsvekst på 8,5 %, mens inntektsveksten bidrar med noe under 40 % (midterste alternativ).

Forutsetningene om en inntektselastisitet på 1 er diskutabel

SSB har beregnet effekten av befolkningens fremtidige inntekter på fremtidig konsum av tannhelsetjenester ut fra en inntektselastisitet på tilnærmet 1. Denne verdien har de brukt for alle de 19 utdanningsgruppene framskrivningene er gjort for (2). En inntektselastisitet på 1 betyr at når befolkningens inntekter øker med 1 %, så øker konsumet av tannhelsetjenester også med 1 %. Ut fra empirisk forskning på norske data synes en inntektselastisitet på én å være et for optimistisk anslag for tannhelsetjenesten. For befolkningen i alderen 20 år og eldre, er elastisiteten for alle aldersgrupper beregnet til i underkant av 0,50; dvs. at etterspørselen etter tannhelsetjenester ikke øker i samme takt som veksten i bruttonasjonalproduktet. Beregningene er gjort på flere forskjellige utvalg av norske husholdninger (11–13).

Det er imidlertid forskjell mellom aldersgruppene: For de yngre voksne er det relativt lave inntektselastisiteter for tannhelsetjenester. For eksempel, i aldersgruppene 20–40 år er elastisitetene i størrelsesordenen 0,15–0,18 (11). Bare for den eldre befolkningen finner vi en elastisitet som er tilnærmet 1. De lave elastisitetene blant yngre voksne skyldes trolig et lavt sykdomsnivå (mange friske tenner)

i denne aldersgruppen, og et påfølgende lavt behov for restaureringer (7–10, 14–17). Personer under 18 år blir behandlet i Den offentlige tannhelsetjenesten. Det har vært små endringer i kostnadene per barn (justert for prisstigningen) de siste 10–15 årene (18). Det kan derfor være rimelig å anta at elastisiteten er lav også for denne aldersgruppen.

Det er usikkert hva som vil skje med elastisiteten innenfor hver aldersgruppe over tid. Ett alternativ er at elastisiteten er omtrent uendret; dvs. at dagens yngre vil ha tilnærmet samme etterspørsel om ti år som den de har i dag. Dette vil bety en fremtidig lav vekst av tannhelsetjenester for befolkningen som helhet. Denne antagelsen støttes av amerikanske studier, som viser at eldre voksne i dag har et lavere forbruk av tannhelsetjenester enn tilsvarende aldersgrupper for 20 år siden (14–17). En norsk studie finner også at inntektselastisitetene for de under 50 år var lavere i 1995 enn i 1985 (11). Dette samsvarer bra med en tydelig bedring i tannhelsen over det angjeldende tidsrom.

De foreliggende analyser er foretatt på tverrsnittsdata. En mulig innvending er at elastisitetene er høyere i tidsseriedata. Så langt vi kjenner til fins det ingen studier fra den senere tid fra tannhelsetjenesten som har estimert inntektselastisiteter på grunnlag av tidsserier. Det er imidlertid grunn til å merke seg at for aldersgruppen under 50 år har elastisitetene falt fra 1985 til 1995 (11). Disse beregningene er gjort på tverrsnittsdata for hvert av de to årene 1985 og 1995. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om forutsetningene om en inntektselastisitet på tilnærmet 1 vil gi et riktig bilde på den fremtidige etterspørselen etter tannhelsetjenester. Det vil i hvert fall være interessant å også gjøre beregninger med elastisiteter i den størrelsesordenen som har fremkommet i den empiriske forskningen. Dette vil gi et lavere estimat enn det som vises i rapporten (2).

Redusert sykdomsforekomst reduserer etterspørselen

I rapporten fra UFD og HD sees det helt bort fra betydningen av den omfattende

Tabell 1. Tilbud, etterspørsel og balanse for tannlegeårsverk fram til 2020. Midterste framskrivningsalternativ

År	Tilbudte årsverk	Etterspurte årsverk	Balanse mellom tilbud og etterspørsel
1999	4 146	4 186	-40
2005	4 097	4 730	-633
2010	4 023	5 167	-1 144
2020	3 799	6 089	-2 290
Differanse 2020–1999	-347	1 903	

Kilde: Statistisk Sentralbyrå. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2020. Modelldokumentasjon og beregninger med HELSEMOD. Rapport nr 2002/18.

reduksjonen i sykdomsforekomst på fremtidig etterspørsel etter tannhelsetjenester. De skriver: «Arbeidsgruppen ser det ikke som aktuelt å legge til grunn en behovsvurdering basert på en tannhelsefaglig vurdering av befolkningens antatte sykdomsutvikling og demografi». Dette er oppsiktssvekkende, i lys av de markante tannhelseforbedringene man har hatt i den vestlige verden, Norge inkludert, de siste 20–30 årene (7–10). I USA har man over de siste 20 årene hatt en tydelig nedgang i konsumet av tannhelsetjenester, spesielt blant yngre voksne (14–17). Dette tilskrives nesten utelukkende forbedringen i tannhelsen. Dette mønsteret ser vi også i Norge hvor de yngre voksne har vesentlig lavere utgifter til tannbehandling enn de eldre, som fortsatt har et visst reparasjonsbehov (9, 19).

Produktivitetsveksten øker tilbudet

I SSBs framskrivninger er det ikke tatt hensyn til produktivitetsveksten som kan forventes de neste årene. Amerikanske studier viser at i perioden 1991 til 1998 var det en årlig produktivitetsvekst på 1,05 % i den amerikanske tannhelsetjenesten (20). Dette tilsvarer en tilgang på 38 578 tannleger innen år 2020 i USA (20). Det er naturlig å anta at produktivitetsveksten i den norske tannhelsetjenesten er i samme størrelsesordenen som i den amerikanske. I Norge er det ca. 3 400 tannlegeårsverk i allmennpraksis (6). Dette vil si at det årlig bør kunne frigjøres ca. 34 tannlegeårsverk på grunn av høyere produktivitet. Frem mot 2020 tilsvarer dette ca. 700 tannlegeårsverk; altså vesentlig mer enn hva som trengs for å erstatte de tannlegene som går av med aldersgrensen.

Tannlegetettheten i Norge er allerede

svært høy med 1 200 innbyggere per tannlegeårverk (6). Dette tilsvarer i gjennomsnitt ca. 4–6 pasienter per arbeidsdag (200 arbeidsdager). Dagens tannhelsetjeneste har et vesentlig potensiale for effektivitetsforbedringer (21–22). Ved at hver tannlege ut fra dagens nivå tar ansvar for flere pasienter, kan det frigjøres ekstra kapasitet. SSBs fremskrivninger er gjort med utgangspunkt i den ineffektiviteten som allerede er innebygd i tjenesten.

Endring i finansiering og organisering av tannhelsetjenesten

Vi mener det er nødvendig å anlegge et bredere perspektiv enn det som fremgår i rapporten fra UFD og HD for å forstå dagens og fremtidens etterspørsel etter tannleger. Mandatet til den arbeidsgruppen som utarbeidet rapporten kan ha vært for snevert. Både nasjonale og internasjonale erfaringer gir gode holdepunkter for å si at finansieringsordninger og selve organiseringen av tannhelsetjenesten påvirker arbeidstilbudet og effektiviteten, og dermed også den fremtidige etterspørselen etter tannleger. Utfordringen er i hvilken grad man kan endre dagens finansieringsmodell og organisering for å oppnå en mer hensiktsmessig og en mer effektiv tannhelsetjeneste. Det er selvsagt ikke mulig å gi et utfyllende svar i en kommentar som denne. Det er likevel grunn til å påpeke mulighetene, og ikke avvise dem slik det gjøres i rapporten fra departementene.

Dagens modell

Tannhelsetjenesten er todelt; en offentlig tjeneste som tilbyr gratis behandling til barn og spesielle grupper, og en privat tjeneste som tilbyr behandling nesten utelukkende til voksne, betalende pasienter. I Den offentlige tannhelsetjenesten mottar tannlegene fast lønn, mens de private tannlegene mottar stykkprisbetaling fra pasientene. Så langt har innslaget av trygderefusjoner til voksne pasienter vært beskjedent. Dette er delvis i ferd med å snu, blant annet er det bevilget 140 millioner kroner til økt refusjon til tannbehandling i år (23). Med de etter hvert høye fremtidige olje- og gassinntekter er det grunn til å forvente at det vil bli mer, og trolig vesentlig mer, offentlige midler til refusjonsordninger for tannbehandling i fremtiden.

Den private tannhelsetjenesten er den eneste del av helsetjenesten i Norge med 100 % stykkprisbetaling, og hvor nesten alle utgifter er finansiert ved egenandeler fra pasientene. Samtidig er det grunn til

å tro at priselastisiteten for de aller fleste typer tannhelsetjenester er lav. Priselastisiteten sier hvor mye etterspørselen etter tannhelsetjenester faller med når prisene (honorarene) øker med 1 %. Det fins lite norsk empiri om størrelsen på priselastisiteten. Internasjonal forskning fra helsetjenester generelt, og tannhelsetjenester spesielt tyder imidlertid på at denne elastisiteten er lavere enn –1 (for oversikt se 24).

Full stykkprisfinansiering og lav priselastisitet gir en kostnadsdrivende tannhelsetjeneste. Det er få eller ingen incentiver for tannlegen til å prioritere mellom pasienter og behandlinger ut fra en mulig tannhelsegevinst. Det er også lett for tannlegene å sysselsette seg selv, selv med en liten pasientpopulasjon. Dagens finansieringssystem oppmuntrer ikke til ansettelse av tannpleiere, selv om det i mange praksiser kan være mer kostnadseffektivt enn at tannlegene selv utfører oppgavene. Dagens finansieringssystem i privat praksis er derfor i seg selv en drivkraft for økt etterspørsel etter tannlegeårverk.

Priskonkurransen i den private tannhelsetjenesten fungerer neppe tilfredsstillende. Vår forskning gir riktignok ikke et tilstrekkelig grunnlag til å trekke entydige konklusjoner om effekten av fri prissetting på kostnader og kvalitet (25–26). Men erfaringene 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 (en oversikt over relevant litteratur er gitt i referanse 27). I litteraturen brukes stykkprisbetaling i betydningen at tannlegene etter bestemte regler (takster) får betaling for medgatte utgifter. Motstykket til stykkpris kontrakter er fastpriskontrakter. En fastpriskontrakt betyr at tannlegen på forhånd inngår en kontrakt med pasienten eller grupper av pasienter som spesifiserer hvilke tjenester som skal leveres til hvilken kostnad. Per capita-komponenten i fastlegeordningen utgjør en slik fastpriskomponent. For videre diskusjon om effekter av konkurranse og kontrakter med vekt på erfaringene slik de fremkommer i internasjonal litteratur se referanse nummer 27.

Konkurransen har først og fremst virkning i kombinasjon med fastpriskontrakter. Erfaringene med konkurranse i kombinasjon med fastpriskontrakter er at effektiviteten øker, uten at kvaliteten behøver å forringes (for videre utdypning se referanse 27). Et problem med konkurransen

slik den i dag virker på det private tannhelsemarkedet i Norge, er trolig at pasientenes søkekostnader blir for høye. Pasientene har verken tid, eller har sterke nok økonomiske incentiver til å søke etter kostnadseffektive tilbydere. Det er vanskelig for pasientene å innhente opplysninger om kvalitet og kostnader, noe som gjør at søkegevinsten fort overstiger søkekostnaden.

En institusjonell respons til denne type markedssvikt er at konsumentene organiserer seg, slik at de blir representert med en sterk kjøperorganisasjon. Dette ser vi 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. I Vesteuropiske land med en offentlig tannhelseforsikring (for eksempel Storbritannia og Sverige), blir Staten også forhandlingsmotpart til tannlegene og kan på den måten påvirke priser og tjenestetilbud. Staten kan også kontrollere utgiftsnivået ved å begrense utdanningskapasiteten av tannleger; dette kan innebære en eller annen form for rasjonering av tannhelsetjenester.

Den private tannhelsetjenesten i Norge er i en særstilling i forhold til mange land det er relevant å sammenligne seg med. Fravær av offentlig og/eller privat forsikring kombinert med lave priselastisiteter for tannhelsetjenester gjør kostnadskontroll vanskelig. Stykkprisbetaling med takster på et høyt detaljeringsnivå kan dra opp behandlingens volum, og dermed også den aggregerte etterspørselen etter tannlegeårverk. Mangel på tannpleiere, samtidig som det er mangel på økonomiske incentiver for tannlegene til å ansette tannpleiere, begrenser mulighetene for en restrukturering av sektoren for å få en mer effektiv arbeidsdeling mellom personellgruppene. Det er ikke noe opplagt svar på hvordan tannhelsetjenesten kan reorganiseres for å etablere seg med en mer hensiktsmessig og effektiv struktur. Men vi mener, i motsetning til hva som hevdes i rapporten fra departementene (1) at det er viktig å forholde seg bevisst til dagens faktiske situasjon og å ha mulighetene åpne for ulike løsningsforslag (28–29).

Konkurransen kan styrkes og kontraktsformene kan endres

For det første kan myndighetene styrke konkurransen. En nærliggende metode er å bruke offentlige midler og å tilby tannlegene per capita-kontrakter for behand-

ling av både barn og voksne (29). Fremtidige offentlige trygdemidler bør først og fremst gå med til å få tannlegene til å ta ansvar for flere pasienter, heller enn å innføre stykkprisrefusjoner. Mer per capita-finansiering vil øke effektiviteten og redusere etterspørselen etter tannlegeårverk. I rapporten fra departementene argumenteres det for at en delvis per capita-finansiering kan bli kostbar (1). Dette blir en avveining. Økt utdanningskapasitet koster også. Utdanningskostnaden per tannlegestudent er i dag på minst 1 mill. kroner. Samtidig krever økt utdanningskapasitet vesentlige investeringer i nybygg og utstyr.

Erfaringene fra både sykehusreformen og fastlegereformen er at omstilling og restrukturering koster penger. Det har i prinsippet ikke vært noen endringer i tannhelsetjenestens organisering og finansiering de siste 50 årene (30). Det ville derfor ikke være unaturlig at myndighetene bruker noen budsjettmidler på en forsøksordning som på sikt kan lede frem til en nødvendig tannhelsereform. Vurdert i forhold til kostnadene ved både sykehusreformen og fastlegereformen vil de økonomiske utleggene til en tannhelsereform bli beskjedne.

I rapporten til departementene blir det avvist å bruke mer offentlige penger til finansiering av tannhelsetjenesten fordi det vil lede til en etterspørselsøkning. Dette er ikke nødvendigvis riktig dersom mye av finansieringen blir lagt som en per capita-komponent. Selv med refusjoner som blir lagt på enkeltbehandlinger, trenger ikke etterspørselen øke særlig siden priselastisiteten etter tannhelsetjenester synes å være lav. Det vil selvsagt føre til en vekst i statens utgifter. Men det skyldes primært at staten da vil dekke utgifter som pasientene tidligere betalte. Ett av poengene med en per capita-finansiering er at det vil frigjøre kapasitet, og dermed redusere etterspørselen etter tannlegeårverk. Effektivitetsgevinsten er trolig betydelig. For eksempel fikk man i Den offentlige tannhelsetjenesten i Østfold en effektivitetsgevinst på ca. 10% bare ved en *moderat* bruk av per capita-kontrakter (31). På nasjonalt nivå tilsvarer dette en innsparing på minst ca. 340 tannlegeårverk.

Per capita-komponenten kan differensieres slik at den er høyere for praksiser som bruker tannpleiere til undersøkelser og forebyggende tjenester. Mer bruk av tannpleiere vil igjen redusere etterspørselen etter tannlegeårverk. Per capita-kompo-

nenten vil også i større grad sikre lik tilgjengelighet til tjenesten for hele befolkningen. Trygdefusjoner som bare omfatter stykkpriser vil gi rimeligere tannbehandling for dem som allerede oppsøker tannlegene, men sikrer ikke nødvendigvis et likeverdig tilbud til alle. For eksempel vil ikke-brukerne ikke nødvendigvis få nytte av tilbudet. En delvis per capita-finansiering gir tannlegene, også de private, et befolkningsansvar. Dagens skarpe skille mellom offentlige og private tannleger som behandler hvert sitt segment av befolkningen ut fra alder, er kunstig. En finansieringsmodell basert på et helhetlig populasjonsansvar kan sikre en mye bedre geografisk fordeling av tannleger, og dermed også et mer stabilt tannhelsetilbud til både barn og voksne, også i distriktene.

Flere tannpleiere

SSBs modell estimerer overskudd på tannpleiere (2). Flere offentlige utredninger har påpekt behovet for å øke utdanningskapasiteten av tannpleiere på bakgrunn av endringer i sykdomsmønsteret (33–36). Det er verdt å merke seg at både de odontologiske fakultetene, Den norske tannlegeforening og Norsk Tannpleierforening er sterke pådrivere for økt utdanningskapasitet av tannpleiere. UFD og HD ser helt bort fra de politiske og faglige signaler som klart går i retning av økt utdanningskapasitet og økt bruk av tannpleiere i tannhelsetjenesten.

Begrunnelsen for å øke utdanningskapasiteten av tannpleiere er at både barn og voksne har bedre tannhelse enn de hadde tidligere. Over 50% av barn i alderen 3–18 år har ikke behandlingsbehov ved de årlige tannhelsekontrollene (32). De siste årene har tjeneste- og behandlingsprofilen i privat praksis endret seg fra hovedsakelig å utføre restaureringer (ofte også omfattende og tidkrevende) til å foreta mer undersøkelser, forebygging og færre restaureringer. For eksempel har andelen pasienter som rapporterer at de fikk utført enkel behandling som tannsteinsrens og profesjonell tannrengjøring steget fra 15% i 1973 til 55% i 1993 (9).

De regelmessige tannhelsekontrollene for barn og voksne omfatter derfor i store trekk undersøkelse, tannrensing og profesjonell tannrengjøring, råd og informasjon og eventuelt andre forebyggende tiltak. Dette er tannpleierne utdannet til å gjøre. I flere fylker har tannpleierne derfor overtatt de regelmessige tilsyn av barn og ungdom og henviser til tannlege ved behov for

reparativ tannbehandling. Men fortsatt er det fylker hvor tannpleierne kan erstatte tannlegene i disse funksjonene, og ikke minst i privat praksis vil ansettelse av tannpleiere kunne frigjøre mye tannlegetid.

I privat praksis kan tannpleierne utføre etterkontroller, tilsyn og veiledning av pasienter som er ferdigbehandlet hos tannlege. Videre vil teamsamarbeidet omfatte mer avanserte behandlingsformer hvor alle yrkesgruppene blir involvert. Overfor pleietrengende og institusjonaliserte eldre og kronisk syke kan tannpleierne arbeide med forebyggende tiltak, tann- og munnstell samtidig som pleiepersonell får opplæring og veiledning i dette arbeidet.

Konklusjon

SSB tar forbehold om at fremskrivningene om fremtidig behov for tannhelsepersonell kan følge et annet mønster enn det som ligger til grunn ved utformingen av modellens standardforutsetninger. Andre forutsetninger om inntektselastisiteten, endringer i sykkelighet, og hensyntagen til fremtidig produktivitetsvekst taler for at tannlegemangelen blir lavere enn det modellberegningene viser. Tilbudet av tannhelsetjenester påvirkes av offentlig politikkutforming. Det avviser UFD og HD. Vi foreslår en moderat økning av utdanningskapasiteten av tannleger, en kraftig økning i utdanningen av tannpleiere og en tannhelsereform som vektlegger tannlegenes populasjonsansvar og som samtidig vil gi en ønsket effektivitetsgevinst. Etter vår oppfatning burde det gjøres nye fremskrivninger av det fremtidige behovet for tannhelsepersonell basert på de forutsetningene som vi nå har diskutert.

Referanser

Fullstendig referanseliste kan fåes hos forfatterne

1. Utdannings- og forskningsdepartementet og Helsedepartementet. Behov for økning i utdanningskapasiteten for tannleger. Alternativer forslag til økning av utdanningskapasiteten. Rapport fra arbeidsgruppe. Oslo; 2002.
2. Stølen NM, Køber T, Rønningen D, Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2020. Modelldokumentasjon og beregninger med HELSEMOD. Rapport nr 2002/18. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2002.
4. Grytten J, Skau I, Holst D. Hvor skjjevfordelte er tannlegene i Norge? Nor Tannlegeforen Tid 2002; 112; 172–7.

8. Holst D, Schuller AA. Oral health changes in an adult Norwegian population: a cohort analytical approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 102–11.
9. Holst D, Grytten J. Tannbehandling i Norge 1973 til 1995 – fra sykdomsbehandling til tjenesteyting? *Nor Tannlegeforen Tid* 1997; 107: 554–9.
11. Grytten J, Holst D. Do young adults demand more dental services as their income increases? *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 463–9
12. Grytten J, Holst D, Laake P. Accessibility of dental services according to family income in a non-insured population. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1501–8.
13. Grytten J. Accessibility of Norwegian dental services according to family income from 1977–1989. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20: 1–5.
14. Eklund SA, Pittman JL, Smith RC. Trends in dental care among insured Americans: 1980 to 1995. *J Am Dent Assoc* 1997; 128: 171–8.
20. Beazoglou T, Heffley D, Brown LJ, Bailit H. The importance of productivity in estimating need for dentists. *J Am Dent Assoc* 2002; 133: 1399–404.
21. Grytten J, Dalen DM. Too many for too few? Efficiency among dentists working in private practice in Norway. *J Health Econ* 1997; 16: 483–97.
25. Grytten J, Sørensen R. Competition and dental services. *Health Economics* 2000; 9: 447–61.
27. Grytten J, Sørensen R. Betydningen av eierskap, finansiering og konkurranse i sykehussektoren. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2002; 5: 133–52.
28. Grytten J, Skau I. Behovet for flere tannleger er diskutabelt. *Nor Tannlegeforen Tid* 1999; 109: 354–9.
31. Grytten J, Holst D, Berge K. Innsatsbasert avlønning i Den offentlige tannhelsetjenesten i Østfold. *Nor Tannlegeforen Tid* 2001; 111; 226–31.

Adresse: Jostein Grytten, Seksjon for samfunnsodontologi, postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo. E-post: josteing@odont.uio.no