

NOU 2005:11 = grov uaktsomhet?

Etter å ha lest NOU 2005: 11 og vært tilstede og hørt debatten på Tannlegeforeningens møte, er det rett og slett ikke mulig å la være å komme med en kommentar og noen spørsmål.

Et offentlig oppnevnt utvalg bestående av ni personer med større eller mindre tilknytning til og kunnskap om tannhelsetjenester, har i fellesskap vurdert det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Utvalget har levert en utredning på nesten 120 sider, heretter omtalt som «rapporten». Rapporten er på flere punkter svært mangelfull.

I rapporten har utvalget i kapittel 2, side 12, definert hovedutfordringene i tannhelsetjenesten som, sitat:

1. Vi har et regionalt fordelingsproblem ved at vi mangler tannleger i mange deler av landet.
2. Vi har et sosialt fordelingsproblem ved at det finnes grupper som har klare behov, men som per i dag av forskjellige årsaker ikke får et godt tilbud.
3. Vi må få tannhelsetjenester produsert på en mer effektiv måte, bl.a. gjennom bedre arbeidsdeling mellom profesjonene i tannhelsetjenesten. LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsnivåNivå) må være førende også for tannhelsetjenesten.
4. Vi må bedre samarbeidet mellom offentlig og privat sektor.
5. Vi må ha en mer offensiv og bevisst satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.

Punktene 2, 3 og 5 er belyst og diskutert i rapporten. Disse punktene har jeg ingen kommentarer til. Utvalget tilrår bl.a. at det offentliges engasjement rettes mot de grupper som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester.

Når det gjelder punkt 1 og punkt 4, har jeg derimot store problemer med å forstå logikken og argumentasjonen i utvalgets vurderinger og tilrådinger.

Fordelingsproblemet

Punkt 1. «Vi har et regionalt fordelingsproblem ved at vi mangler tannleger i mange deler av landet.» Dette gjentas i kapittel 11, på side 66.

I kapittel 3 på side 20 finnes en figur (figur 3.1) som viser den fylkesvise fordelingen av tannlegeårsverk (offentlig og privat) per 10 000 innbyggere i Norge. Fylkesgjennomsnittet er 7,5 tannleger per 10 000 innbyggere. Med unntak av Oslo og Bergen (som ligger litt over snittet) er fordelingen nesten helt lik i alle norske fylker.

I kapittel 10, side 62, vises en tabell (tabell 10.1) som viser tannlegedekningen i forskjellige europeiske land. Av denne tabellen kommer det frem at antall innbyggere per tannlege i Norge er 1 100. Dette er omtrent det samme som i andre nordiske land, men bedre enn andre europeiske land som det er naturlig å sammenligne seg med.

På samme side står det: «Sammenligningen viser at Norge har høyt antall tannleger.»

I den nevnte tabell 10.1 fremkommer det også at andelen private tannleger er 70 % (selv om det andre steder i rapporten opereres med tallet 75 %).

Av tabell 5.1 og tabell 5.2 på sidene 30 og 31 i kapittel 5 kan man lese at andel av befolkningen som hører under ansvaret til Den offentlige tannhelsetjenesten er 30,9 %.

Det fremkommer her ganske tydelig at fordelingen av offentlige og private tannleger er helt riktig i forhold til den befolkningen de skal betjene.

Hvilket regionalt fordelingsproblem er det egentlig snakk om?

Den geografiske fordelingen av offentlige tannleger er ikke nevnt med et eneste ord, eller i en eneste tabell.

I en artikkel av Grytten og Skau, publisert i Tidende i 1999, står det at den offentlige tannlegedekningen i Norge er klart skjevfordelt i favør av Nord-Norge. De tre nordligste fylkene

ligger 35–75 % over gjennomsnittet for landets fylker når man ser på offentlige tannlegeårsverk per 10 000 innbyggere sett i forhold til antall i prioriterte grupper totalt og antall voksne behandlet i Den offentlige tannhelsetjenesten. Grytten og Skau referer til årsmeldingen 1997 fra Statens helsetilsyn som kilde for alle beregninger.

Dersom man sjekker Helsetilsynets årsmeldinger frem til 2004, finner man de samme tallene. Verken artikkelen til Grytten og Skau, eller Helsetilsynets årsmeldinger er referert i rapporten fra Dingsørutvalget. Er det fordi utvalget ikke kjente til disse årsmeldingene og denne artikkelen, eller passet ikke tallene og konklusjonene utvalgets agenda?

Det står i kapittel 3, side 20: «– Mangel på tannleger registrert som ledige stillinger og utskifting, har vært et stort problem i hele perioden fra 1985 i de nordligste fylkene.»

Dersom man sjekker med Statistisk sentralbyrå, finner man følgende tall for 2004 (Tabell 1).

Tallene taler egentlig for seg selv. Det kan se ut som det har vært et stort fokus på ledige stillinger, mens det kanskje heller burde vært et større fokus på antallet besatte stillinger. At det er ledige stillinger der det er for mange stillinger i utgangspunktet, vil neppe overraske noen.

Rapporten viser at det i Norge ikke finnes et regionalt fordelingsproblem ved at det mangler tannleger i mange deler av landet, i hvert fall ikke når det gjelder den fylkesvise fordelingen av tannleger.

Hvilket regionalt fordelingsproblem er det så egentlig snakk om?

Dette spørsmålet er ikke besvart i rapporten.

Tabell 1. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

	Avtalte tannlege- årsverk offentlig	Ledige tannlegestil- linger (m/1620 timer)	Sum
Østfold	43,3	0	43,3
Akershus	76,3	0	76,3
Oslo	59,5	0	59,5
Hedmark	47,5	3	50,5
Oppland	48,1	5	53,1
Buskerud	53,4	5	58,4
Vestfold	34,8	0	34,8
Telemark	37,3	3	40,3
Aust-Agder	25,1	3,5	28,6
Vest-Agder	28,1	1	29,1
Rogaland	97,6	2	99,6
Hordaland	129,6	3,21	132,81
Sogn og Fjordane	38	4,5	42,5
Møre og Romsdal	63,8	8,9	72,7
Sør-Trøndelag	64	9	73
Nord-Trøndelag	33,3	4	37,3
Nordland	79,7	25,2	104,9
Troms	65,2	7,91	73,11
Finnmark	30,7	8	38,7

Samarbeid offentlig – privat

Punkt 4. «Vi må bedre samarbeidet mellom offentlig og privat sektor.»

I de kommuner hvor Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) er bedre representert enn privatpraktiserende tannleger, behandler DOT betalende pasienter i tillegg til de prioriterte gruppene dersom de har tid til det. Man kan tenke seg at det i de kommuner der privatpraktiserende tannleger er bedre representert enn Den offentlige tannhelsetjenesten, ville være naturlig at de privatpraktiserende tannlegene behandlet en del av de prioriterte gruppene dersom DOT alene ikke hadde kapasitet til dette. Fylkeskommunen kunne inngå avtaler med privatpraktiserende tannleger for å gi et tilbud til de prioriterte gruppene de selv har plikt til å behandle etter lov om tannhelsetjenester, men som de selv ikke klarer å behandle. Det kan godt tenkes at mange privatpraktiserende tannleger vil påta seg ansvaret for elevene ved en skole f. eks. dersom de fikk en sum per ferdigbehandlet pasient per år. Det ville da være i tannlegens (og pasientenes) interesse at pasientene hadde best mulig tannhelse og minst mulig behandlingsbehov.

I kapittel 3, på side 21, står det at fylkeskommunen har anledning til å inngå slike avtaler. Det står også at omfanget av slike avtaler er lite. De tilsvarende kun 12 årsverk!

Dette begrunnes to steder i rappor-

ten. Først i kapittel 3 slik, sitat: «Offentlig tannhelsetjeneste er mest dominerende der privat praksis er minst i omfang. Rekrutteringsproblemer er velkjent, og det har heller ikke ført til økt privat deltakelse i løsning av prioriterte oppgaver. Årsaken er at bemaningssituasjonen er vanskeligst i distriktene.»

Deretter i kapittel 11, side 67, slik, sitat: «Videre mener utvalget at intensjonene i lov om tannhelsetjenesten om en samordning av offentlig og privat virksomhet, ikke er innfridd. Dette skyldes at fylkeskommunen som har ansvaret for denne samordningen, i realiteten ikke har hatt effektive virkemidler.»

Dette er en ganske drøy påstand, som totalt mangler begrunnelse. Hva er et effektivt virkemiddel i forhold til privat virksomhet?

Noen begrunnelse ut over dette har undertegnede ikke vært i stand til å finne noe sted i rapporten.

At det i hele Norge finnes avtaler mellom fylkeskommune og private tannleger som tilsvarende så lite som 12 årsverk, kan ikke bortforklares på en så sparsom måte. I følge Statens helsetilsyns årsmelding for 2004 var det i Norge registrert nesten 3 000 tannlegeårsverk for privatpraktiserende tannleger i 2002. At det kun er 12 av disse som har avtale med fylkeskommune om behandling av prioriterte grupper er intet mindre enn en sensasjon.

Punkt 1 i rapporten er basert på ubegrunnede påstander, mens punkt 4 ikke er utdypet i det hele tatt. Det gjør at den påfølgende diskusjonen om tiltak for å bedre forholdene blir helt meningsløs.

Lønnsomhet som virkemiddel

Kollega Stein Tessem skriver i et innlegg i Tidende i 1999 at fylkestannlegen i Rogaland den gang, Magnar Torsvik, med bakgrunn i egne rekrutteringsproblemer har forstått at det er tre ting som er viktig: Lønn, lønn og lønn.

Det kan jo for øvrig være verd å merke seg at lønn som virkemiddel ikke er diskutert noe sted i rapporten.

I stedet er sterk reduksjon i lønn for privatpraktiserende tannleger foreslått som tiltak for å bedre den geografiske fordelingen av tannleger!

Kapittel 2, side 12, sitat: «Prisregulering med maksimaltakster for tannbehandling vil gjøre det mindre attraktivt å leve av små pasientporteføljer i store byer, og dette vil medvirke til å styre etableringen av virksomheter.»

Etableringskontroll og turnustjeneste

Etableringskontroll er foreslått for å begrense tilgangen av tannleger i områder med høy tannlegetetthet. Sitat: «Det må innføres tannlegehjemler, som beregnes ut fra folketallet i et nærmere avgrenset geografisk område.»

Utvalget går også inn for turnustjeneste (sitat): «.. fordi dette vil bedre den faglige kvaliteten hos tannlegene. Turnustjeneste kan også være et tiltak som bidrar til bedre geografisk fordeling av tannleger.»

Turnus er definert i norsk ordbok som: «Regelmessig vekslings, f. eks. i arbeidstid el. plikter». Økt stabilitet i stillinger oppnår man altså ikke med turnustjeneste. Turnustjeneste i forbindelse med utdanning i helsetjenester er i prinsippet å forstå som læretid. En lege i turnustjeneste skal ideelt sett være et sted hvor det er lege fra før. Slik er det antakelig også med tannhelsetjenester. Dermed oppnår man med turnustjeneste for tannleger ikke bedre geografisk fordeling av tannleger heller.

Dersom forholdene for tannlegevirksomhet blir ille nok, vil helt sikkert mange tenke seg om to ganger før de velger tannlegeutdannelse. Mange oppegående mennesker, som synes det er hyggelig å tjene nok penger, etter

endte 5–6 år med universitetsstudier, til å betjene både huslån og barnehageutgifter, i tillegg til studielån, vil helt sikkert betakke seg for en karriere som dårlig betalt tannlege i distrikts-Norge. I stedet vil de sannsynligvis velge en annen utdanning.

De som allerede er tannleger kan jo også finne på noe annet å gjøre.

Påstand side 21: «.. Den offentlige tannhelsetjenesten er totalt avhengig av å rekruttere tannleger fra utlandet. Uten denne rekrutteringen ville virksomheten stoppet opp i deler av landet.» Denne situasjonen vil kunne bli enda mer prekær i fremtiden dersom Dingsør får det som han foreslår.

Etter en gjennomgang av rapporten,

og etter å ha hørt Dingsør svare panelet på landsmøtet, sitter jeg tilbake med følgende spørsmål:

- Hvor, helt konkret, er den påståtte tannlegemangelen? Hvor mange kommuner snakker vi egentlig om?
- Hvordan bedrer turnustjeneste den faglige kvaliteten hos tannleger? (Påstand side 13.)
- Hvordan kan man løse stort gjennomsnittstrek i offentlige stillinger med turnustjeneste?

Det fremmes påstander om at det er et regionalt fordelingsproblem og mangel på tannleger i mange deler av landet. Samtidig vises det ved faktaopplysninger at det verken er et regionalt forde-

lingsproblem, eller mangel på tannleger i Norge. Er dette et politisk bestillingsverk fra sosialister, der konklusjonen var gitt før arbeidet begynte, kanskje? Det kan nesten virke slik. Det er ikke god faglig standard å foreslå behandling uten først å ha stillet en diagnose. Det er også uaktsomt.

Knut-Erik Jacobsen

Adresse: Pareliusv. 40, 1177 Oslo.

E-post: knutja@odont.uio.no

Utredningen kan leses i sin helhet på:
http://odin.dep.no/odin/norsk/dok/andre_dok/utredninger