

Ragnhild Elin Nordengen, Jorunn Nyheim og Eeva Widström

De første erfaringer fra Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN)

I Norge har en tenkt at regionale odontologiske kompetansesentre, ved siden av private spesialisttjenester, skal bidra til å gi befolkningen i hele landet et likeverdig spesialisttilbud. Den offentlige spesialisttjenesten i landet har et beskjedent omfang. Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN), som er det første regionale kompetansesenteret i Norge, ble etablert i 2003. Målet med artikkelen er å formidle erfaringer fra senteret og å synliggjøre viktige problemstillinger samt å peke på utfordringer fremover.

TkNN har måttet kjempe med store rekrutterings- og stabilitetsproblemer blant personalet. Det har vært lav produksjon i pasientbehandlingen, og en har hatt for mange arbeidsoppgaver i forhold til personellressurser. Det er behov for å øke antall stillinger i forhold til opprinnelige planer. TkNN skal ha et regionalt ansvar for de tre nordligste fylkene, men tjenestetilbudet har i liten grad nådd ut til befolkningen utenfor Tromsø by.

En fortsatt diskusjon av kompetansesentrenes målsettinger i forhold til privat virksomhet etterlyses. Det er videre tvil om den nåværende finansieringsmodellen går i hop med virksomhetens målsetting og ambisjoner. Det er en fare at finansieringen styrer pasientbehandlingen mot resurssterke grupper og grupper med trygdefinansiering, og at de svake gruppene kommer i skyggen.

En ser frem til innflytting i nytt klinikkbygg og samlokalisering med Institutt for klinisk odontologi fra sommeren 2007. Det som skjer i Tromsø oppleves som en vitamininnsprøyting i tannhelsetjenesten.

Forfattere

Ragnhild Elin Nordengen, tannlege, (tidligere overtannlege).
Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge, Troms fylkeskommune

Jorunn Nyheim, distriktssjef Mesta as. Tidligere leder ved TkNN
Eeva Widström, professor. Institutt for klinisk odontologi,
Universitet i Tromsø



Sommeren 2007 flytter TkNN inn i nytt bygg sammen med tannlege- og tannpleierutdanningen i Tromsø.

Nord-Norge har i mange år sett behovet for et større odontologisk kompetansemiljø i regionen. På bakgrunn av bl.a. problemer med rekruttering og stabilitet i fagstillingene i nordnorsk tannhelsetjeneste, oppnevnte fylkestannlegene i Nordland, Finnmark og Troms et utvalg som i 1989 fremla i utredningen «Nordnorsk tannhelsetjeneste – scenarier mot år 2010» (1). Her ble det anbefalt å etablere et odontologisk kompetanse- og utviklingssenter i Nord-Norge (OKUNN).

I 1995 nedsatte Troms fylkeskommune en gruppe som skulle gjøre en konkret utredning av et kompetansesenter. Gruppen bestod av representanter fra bl.a. de tre nordnorske fylkene, Universitetet i Tromsø og Regionsykehuset i Tromsø. Arbeidet resulterte i dokumentet «Fagsenter for odontologi i Nord-Norge» (2), hvor det ble anbefalt å opprette et fagsenter med faste stillinger innenfor alle odontologiske spesialområder. Senteret ble anbefalt organisert som en stiftelse og lokalisert nært Universitetet i Tromsø.

I etterkant av disse utredningene opprettet Nordland i 1996 et fylkeskommunalt kompetansesenter med hovedklinikk i Bodø (3). I Troms ble spesialisttjenesten samlet i en organisatorisk enhet, og det ble etablert en spesialistklinikk i Tromsø i 1998. Hovedmålene for begge var å bedre spesialisttilbudet til befolkningen og heve kompetansen hos tannhelsepersonel-

let. På denne tiden ble det arbeidet politisk for å få etablert tannlegeutdanning i Tromsø, og en antok at spesialistklinikken i byen kunne være forløper til et kompetansesenter. I 2001 og 2002 søkte fylkestannlegen om statlige midler bl.a. til ombygging og utvidelse av klinikken, og til prosjektet OrtoPol@r – desentralisert universitetsledet spesialistutdanning i kjeveortopedi – som startet høsten 2002 (4,5).

Et viktig dokument for det som videre skjedde i Tromsø, var utredningen «Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra», som kom i 2000 (6). Arbeidet ble utført i regi av Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Med bakgrunn i utredningen anbefalte Helsetilsynet å etablere regionale odontologiske kompetansesentre. Norge hadde da fem helseregioner. Hensikten var å gi befolkningen rimelig tilgjengelighet til spesialisttjenester, samt å heve kompetansen i allmenn-tannlegeetjenesten.

I 2002 vedtok Stortinget å etablere både tannlegeutdanning og et regionalt odontologisk kompetansesenter i Tromsø. Det lå som premiss fra Staten at kompetansesenteret skulle ha regionfunksjon for Nord-Norge, og knyttes nært opp til tannlegeutdanningen (7).

Etablering av TkNN

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bevilget 5 millioner kroner til oppbygging av kompetansesenteret i Tromsø i 2003. I samarbeid med prosjektgruppen for planlegging av tannlegeutdanningen i Tromsø ble det utarbeidet et planleggingsdokument som tok utgangspunkt i utredningen «Fagsenter for odontologi i Nord-Norge». Dokumentet dannet grunnlag for det videre arbeidet. En så det hensiktsmessig å samle spesialistene fysisk og ansette dem i offentlige stillinger, men var åpen for at stillingene kunne kombineres med privatpraksis. Det ble planlagt at senteret senere skulle samlokaliseres med odontologistudiet i et eget bygg på universitetsområdet.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge ble formelt etablert sommeren 2003. Senteret omfattet spesialistklinikken i Tromsø og kjeveortopedisk klinikk på Finnsnes. Førsteprioritet var ombygging og utvidelse av spesialistklinikken i egne lokaler, samt opprettelse av stillinger og rekruttering av personell. Ledig areal i klinikkbygget ble bl.a. bygget om til operasjonsavdeling og møterom. Antall behandlingsrom ble økt 5 til 9, i tillegg til to operasjonsstuer. Da disse lokalene var midlertidige, ble kostnadene holdt på et minimumsnivå.

Stillinger ble opprettet og lyst ut. Flere medarbeidere ble tilsatt høsten 2003 og våren 2004, både spesialister og klinisk støttepersonell. Parallelt med ombygging og rekruttering gikk det prosesser i forhold til planlegging av nytt bygg sammen med tannlegeutdanningen og sikring av finansiering til TkNN.

Formål

Dokumentene som er nevnt ovenfor (2,6), samt føringer fra Staten (7,8), har dannet grunnlag for målsettinger og funksjoner ved TkNN. I Statsbudsjettet for 2003 (7) står det: «Departementet anser et kompetansesenter i Tromsø som viktig for tannhelsetilbudet til befolkningen i regionen og som en avgjørende forutsetning for etablerin-

gen av en framtidig tannlegeutdanning i Tromsø». I tillegg til regionfunksjonen skulle altså TkNN ha en viktig rolle i forhold til odontologistudiet.

Staten forutsatte at kompetansesenteret skulle dekke følgende oppgaver (8):

- Være henvisningsintans for spesialisttannlegeetjenester
- Drive rådgiving overfor tannhelsetjenesten, øvrig helsetjeneste og for befolkningen
- Bidra til forskning og faglig utvikling i tannhelsetjenesten
- Bidra til rekruttering og stabilisering av tannhelsepersonell i regionen
- Drive etterutdanning av tannhelsepersonell
- Drive desentralisert videre- og spesialistutdanning av tannleger

I diskusjonene lokalt i tannhelsetjenesten i regionen har en vært opptatt av at TkNN skal bidra til å heve kompetansen i allmenntannhelsetjenesten, samt å gi den nordnorske befolkningen et likeverdig spesialisttilbud i forhold til landet for øvrig.

Store forventninger

I alle år har mangelen på spesialister preget Nord-Norge. Det var store forventninger til TkNN fra ulike hold, og dette, sett i sammenheng med lange ventelister og få spesialister, var utfordrende og krevende. Spesielt i Troms hadde man forventninger til spesialistbehandling av pasienter, veiledning, etterutdanning og hospitering. Finnmark og Nordland hadde sine forventninger og spørsmål om TkNN som vi da ikke visste så mye om. Staten hadde selvfølgelig forventninger, og likeledes tannlegeutdanningen i Tromsø. Oppmerksomheten i det odontologiske fagmiljøet i Norge var rettet mot Tromsø.

Dette var det første regionale kompetansesenteret i landet, og den nære tilknytningen til odontologistudiet var en ny modell. Hva innebar dette, og hvordan kunne Statens intensjoner sikres? Ulike oppgaver og fagmiljø skulle utvikles, kontakter med eksterne samarbeidspartnere skulle etableres, spesialister skulle rekrutteres, og ikke minst skulle de ansatte ivaretas og ha et godt arbeidsmiljø.

Samarbeid i regionen

TkNN skulle ha regionfunksjon for de tre nordnorske fylkene, men var eid av Troms fylkeskommune. For å ivareta det regionale ansvaret ble det i 2005 igangsatt et regionalt samarbeidsprosjekt. Det hadde som mandat å finne ut hvilke områder Nord-Norge kunne samarbeide på, og hvordan samarbeidet skulle organiseres. To områder ble prioritert. Det ene var desentralisert spesialistutdanning. En arbeidsgruppe ble nedsatt, og den utarbeidet et notat (9) som er vedtatt av styringsgruppa i prosjektet. Notatet omhandler prinsipper for spesialistutdanning i Nord-Norge i tillegg til en vurdering av behovet for spesialister i regionen: både en subjektiv behovsvurdering og en beregning på basis av normtall.

Det andre prioriterte området var utvikling av et eget fagnett for det odontologiske miljøet i Nord-Norge, en elektronisk nettside som skulle fungere som en samarbeids- og kommunikasjonsarena for tannhelsepersonell i landsdelen. Med dette nettstedet ønsker en å samle og få bedre oversikt over kompetansen i regionen, å styrke samarbeid om enkeltsaker, enkeltkasus eller temaer, å styrke spesia-

Tabell 1. Antall stillinger ved TkNN ved årets slutt i 1998, 2003, 2005 og 2006, samt vurdert behov (ikke vedtatt) når TkNN er ferdig utbygd. Ledige stillinger i parentes

	31.12.98	31.12.03	31.12.05	31.12.06	Vurdert behov ferdig utbygd
Spesialist i kjeveortopedi	4 (2)	4 (1)	4 (1)	4 (2,5)*	4
Spesialist i periodonti	1	1	2	1	2
Spesialist i protetik	1 (1)	1,5 (1)	1,5	2 (2)	2
Spesialist i oral kirurgi		1 (1)	1	1 (1)*	2
Spesialist i endodonti		1 (1)	1 (0,5)	1 (1)	2
Spesialist i radiologi					1
Spesialist i pedodonti		1 (1)	1 (1)	1	2
10 bistillinger (20 %)				2 (1,6) **	2**
Tannlege odontofobi					1
Psykolog odontofobi					0,5
Sykehustannlege					1
Allmenntannlege				2 (1)	2
Spesialistkandidater		2	2		8
Tannpleiere		2	4 (1)	4	8
Tannhelsesekretærer	8,5	11,5 (4)	16 (4)	16 (6)	20
Sykepleiere, radiografer					4
Leder, adm., IKT***	0,5	1	3	4 (1)	7
Sum	15 (3)	26 (9)	35,5 (7,5)	38 (16,1)	68,5

* I kjeveortopedi og oral kirurgi kjøpes tjenester av privatpraktiserende spesialister som ambulerer til Tromsø tilsvarende hhv. 2 og 0,25 stilling

** Ti 20 % bistillinger for vitenskapelig ansatte som tilsvarende to 100 % stillinger. I protetik og radiologi ble det i 2006 ansatt professor/amanuensis fra IKO i 20 % stilling.

*** Leder, stab (IKT, dentalteknikk, økonomi, personal (også funksjoner overfor universitetsklinikken)

listene faglig ved at de får mulighet til å utveksle erfaringer og synspunkter, samt å styrke fellesskapsfølelsen og gjøre det mer attraktivt å arbeide utenfor store klinikker/sentra.

Når det gjelder TkNNs tilknytning til odontologistudiet, er dette noe som må utvikles i samarbeid med Universitetet i Tromsø etter hvert som fagfolk ansettes og de to institusjonene samlokaliseres i nytt bygg i 2007 (10).

Personell

Tabell 1 gir en oversikt over utviklingen i antall stillinger fra 1998 til 2006, samt et vurdert behov for stillinger når kompetansesenteret er ferdig utbygd (9,11,12). Antall spesialist- og tannlegestillinger har i perioden økt fra 6 til 12. I tillegg er det opprettet 10 bistillinger (20 %) for vitenskapelig ansatte ved Institutt for klinisk odontologi. Antall tannpleiere har økt fra 0 til 4 stillinger, og antall tannhelsesekretærstillinger har økt fra 8,5 til 16. Stillinger i ledelse, administrasjon og IKT, har økt fra 0,5 til 4. Det er behov for en ytterligere økning på 30 stillinger til senteret er ferdig utbygd, noe som er en økning på 15 stil-

linger i forhold til opprinnelige planer. Bemanningsplan for TkNN skal behandles i fylkeskommunenes organer våren 2007.

Som forventet har det vært store utfordringer i forhold til rekruttering og stabilitet i stillingene. Ved oppstart hadde TkNN ansatt 4 spesialister. I perioden fram til desember 2006 har 11 spesialister/tannleger blitt ansatt og 10 har sluttet. TkNN hadde to spesialistkandidater fra 2003–2006. Ved utgangen av 2006 var 7,5 av 12 tannlegestillinger fortsatt ledig. To av de ledige stillingene dekkes opp ved kjøp av tjenester fra flere privatpraktiserende spesialister. Fem privatpraktiserende kjeveortopeder og en oralkirurg ambulerer månedlig til Tromsø. I tillegg er en pensjonert kjeveortoped engasjert på deltid tilsvarende 0,3 stilling. Per januar 2007 var det totalt 30 medarbeidere ved TkNN.

Pasientgrunnlag og behandling

TkNN skal være en andrelinjetjeneste og behandler i all hovedsak henviste pasienter. Et fåtall pasienter tar kontakt selv, men blir normalt bedt om å skaffe henvisning. Tabell 2 gir en oversikt over pasientgrunnlaget i hele regionen og i hvert av fylkene ved utgangen av 2005 (13). Andelen barn i de nordligste fylkene var 25 % og andelen eldre var 13 %. Det prioriterte klientell (a–d) utgjorde 31 % av befolkningen.

Tabell 3 gir en oversikt over antall tannleger i privat og offentlig virksomhet i regionen, samt ledige stillinger i 2005 (9,13). I Nordland og Troms utgjør privatpraksis ca. halvparten av virksomheten i allmennpraksis, mens den i Finnmark utgjør en tredjedel. Når det gjelder spesialisttjenesten, er andelen privatpraktiserende 50 % i Finnmark, 60 % i Nordland og 25 % i Troms. I landet som helhet er 88 % av spesialistene og 70 % av allmenntannlegene privatpraktiserende (14). Andelen ledige stillinger i de tre nordligste fylkene varierte fra 10–20 %. Tallene kamuflerer at flere stillinger er dekket opp ved

Tabell 2. Befolkning pr. 01.01.06 fordelt etter Tannhelsetjenestelovens grupper, samt antall eldre over 66 år (16)

Antall	Finnmark	Troms	Nordland	Nord-Norge
Gruppe a (0–18 år)	19 586	38 397	58 584	116 567
Gruppe b (psykisk utviklingshemmet >18 år)	534	630	953	2 117
Gruppe c (eldre, uføre, langtidssyke i institusjon og hjemmesykepleie)	2 875	3 810	6 498	13 183
Gruppe d (19–20 år)	1 548	3 943	6 378	11 869
Gruppe f (øvrige voksenbefolkning)	48 394	106 805	163 844	319 043
Befolkning totalt	72 937	153 585	236 257	462 779
Eldre over 66 år	8 707	18 692	34 311	61 710

korttidsengasjement av innleid arbeidskraft fra Sør-Norge og fra utlandet, spesielt Tyskland. Tallene sier heller ingenting om stabiliteten i stillingene. I Finnmark har en planlagt ut fra et tannlegebehov på 1: 1 284 innbyggere, mens relasjonstallet Troms er 1: 983 og i Nordland 1: 1 009. (Tabell 2 og 3).

I prinsippet kan pasienter henvises fra hele landsdelen til TkNN. I fagdisipliner der fylkene har egne spesialister er det naturlig å henviser til disse.

Hovedtyngden av pasienter vil derfor komme fra Troms. Innen oral kirurgi har Troms manglet kapasitet og tilbud, og har måttet henvise pasienter ut av fylket. Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) har i flere år manglet kjeve-/oralkirurg. Etter flere mislykkete forsøk på rekruttering ble kjevekirurgstillingen inndratt. I 2005 ble det opprettet en 20 % stilling for oralkirurg ved Øre-nese-hals-avdelingen.

Tabell 4 gir en oversikt over det totale antall behandlede pasienter, samt pasienter som har vært til konsultasjon ved TkNN i de ulike fagområdene i 1998, 2003, 2004 og 2005 (11,12). Totalt har det vært en økning på 930 personer fra 1998 til 2004. I 2005 var det en reduksjon på 470 personer i forhold til 2004; det var en reduksjon på 600 pasienter i kjeveortopedi, og en liten økning i de andre fagområdene. Tallene viser at 0,4 % av befolkningen i Nord-Norge fikk spesialistbehandling eller konsultasjon ved kompetansesenteret i 2005.

Tabell 5 viser hvordan pasientmengden i periodonti, endodonti og protetikk har fordelt seg i forhold til Tannhelsetjenestelovens grupper i samme periode (11,12). Antall pasienter har økt litt i alle gruppene, men mest i gruppe a. I 2005 utgjorde andelen behandlede pasienter ved TkNN 0,35 % av befolkningen i Troms og 0,12 % av befolkningen i Nord-Norge. Andelen behandlede pasienter av totalpopulasjonen i de ulike tannhelsegruppene var noe høyere i gruppe b og d og noe lavere i gruppe c.

Tabell 6 gir en oversikt over hvordan pasientene som har fått behandling i periodonti, endodonti og protetikk i perioden 2003–2005, har fordelt seg geografisk (12). Andelen pasienter fra Tromsø har vært ca. 70 % i hele perioden, og andelen fra distriktene i Troms ca. 20 %. Andelen pasienter fra Finnmark og Nordland har til sammen vært bare 10 %.

Tabell 7 gir et bilde av andelen henviste pasienter fra offentlig og privat virksomhet (12). Henvisningene kommer i all hovedsak fra tannhelsetjenesten, men enkelte henvises også fra generell helsetjeneste.

Tabell 3. Planlagte og avtalte tannlegeårsværk, samt ledige stillinger i tannhelsetjenesten i Nord-Norge 2005. Andel av planlagte årsværk i parentes (9, 13)

		Finnmark	Troms	Nordland	Nord-Norge
Planlagte årsværk	Allmenn	52,6 (100 %)	141,3 (100 %)	219,7 (100 %)	413,5 (100 %)
	Spesialist	4,2 (100 %)	14,9 (100 %)	14,3 (100 %)	33,4 (100 %)
Avtalte årsværk offentlig	Allmenn	28,7 (55 %)	58,3 (41 %)	83,5 (38 %)	170,5 (41 %)
	Spesialist	2,0 (48 %)	8,0 (54 %)	5,2 (36 %)	15,2 (46 %)
Avtalte årsværk privat	Allmenn	16,8 (32 %)	65,4 (46 %)	95,7 (44 %)	177,8 (43 %)
	Spesialist	2,2 (52 %)	3,9 (26 %)	8,6 (60 %)	14,7 (44 %)
Ledige stillinger	Allmenn	7,1 (14 %)	17,6 (13 %)	40,5 (18 %)	65,2 (16 %)
	Spesialist	0	3,0 (20 %)	0,5 (3 %)	3,5 (10 %)

Avtalte årsværk omfatter alle sysselsatte (også vikarer) og deres vanlige avtalte arbeidstid, inkludert fravær pga. sykdom, fødselspermisjon, ferie. Planlagte årsværk = avtalte årsværk + ledige stillinger.

Tabell 4. Antall pasienter som har vært til behandling og konsultasjon på TkNN i de ulike fagområdene i 1998, 2003, 2004 og 2005 (11,12)

	1998	2003	2004	2005	Befolkningsgrunnlag per 01.01.06*
Kjeveortopedi	1 074	1 435	1 706	1 084	120 960
Periodonti	250	278	231	273	226 522
Protetikk		101	136	224	226 522
Endodonti	76	110	159	212	462 779
Oral kirurgi			99	64	153 585
Pedodonti					116 567
Totalt	1 400	1 924	2 331	1 857	

*Kjeveortopedi: antall innbyggere i kommuner som sokner til TkNN (ca. 1 614 barn i alder 12 år). Perio og protetikk: Troms + Finnmark fylke. Endodonti: hele Nord-Norge. Oral kirurgi: Troms fylke. Pedodonti: barn 0–18 år i Nordland + Troms + Finnmark

Totalt var ca. 30 % av henvisningene i 2005 fra privat tannhelsetjeneste. I protetikk var rundt 10 % av henvisningene fra privat virksomhet, noe som trolig kan forklares ved et eksisterende privat tilbud i Tromsø. Rundt 10 % av henvisningene kom fra andre offentlige spesialister og ca. 60 % fra offentlige allmenntannleger. Periodonti og protetikk har mottatt flest henvisninger fra andre spesialister.

Den kjeveortopediske tjenesten ved TkNN gir tilbud til pasienter i

Tabell 5. Antall behandlede pasienter i fagdisiplinene protetikk, periodonti og endodonti i 1998, 2003, 2004 og 2005, fordelt etter Tannhelsetjenestelovens grupper. Andel av totalt antall behandlede pasienter i parentes (11,12)

Tannhelsegruppe	Andel av totalt antall i de ulike gruppene i 2005					
	1998*	2003*	2004	2005	Troms	Nord-Norge
a (0–18 år)	26 (8 %)	65	89	141 (26 %)	0,37 %	0,12 %
b (psyk.utv.)		2	1	5 (1 %)	0,79 %	0,24 %
c (eldre, syke)		6	4	12 (2 %)	0,31 %	0,09 %
d (19–20 år)	15 (5 %)	13	19	27 (5 %)	0,68 %	0,23 %
f (fullt bet.)	285 (87 %)	368	343	346 (65 %)	0,32 %	0,11 %
Totalt	326	454	456	536	0,35 %	0,12 %

* tallene i 1998 og 2003 er delvis beregnet pga. mangelfull statistikk

Tabell 6. Geografisk fordeling av behandlede pasienter i periodonti, protetikk og endodonti i 2003, 2004 og 2005 (12). (Data fra 1998 mangler)

		2003*				2004				2005			
		Perio	Prot.	Endo	Sum	Perio	Prot.	Endo	Sum	Perio	Prot.	Endo	Sum
Troms	Tromsø	197	43	76	316	184	39	114	337	208	82	67	357
	Distrikt	30	27	19	76	16	24	29	69	37	50	33	120
Finnmark		47	2	3	52	25	3	5	33	22	6	12	40
Nordland		1	1	5	7	5	2	8	15	1	4	8	13
Andre		3			3	1	1		2		1		1
Sum		278	73	103	454	231	69	156	456	268	143	120	531

* det mangler data for endodonti i 2003, derfor er pasientmengden i 2003 beregnet forholdsmessig i forhold til kapasiteten i 2004

Tabell 7. Antall henvisninger i 2005 fra offentlig og privat virksomhet (12). Andel av totalt antall henvisninger i hvert fagområde i parentes

Fagområde	Fra offentlig		Fra privat	Totalt
	Allmenntannleger	Spesialister		
Periodonti	32 (48 %)	14 (21 %)	20 (30 %)	66 (100 %)
Protetikk	24 (67 %)	8 (22 %)	4 (11 %)	36 (100 %)
Endodonti	96 (63 %)	6 (4 %)	50 (33 %)	152 (100 %)
Oral kirurgi	17 (55 %)	4 (13 %)	10 (32 %)	31 (100 %)
Totalt	169 (59 %)	32 (11 %)	84 (29 %)	285 (100 %)

store deler av Troms fylke. I perioden 1998–2005 har det vært privatpraktiserende kjeveortoped i Harstad og Nord-Troms tannhelse-distrikter. I Tromsø og Midt-Troms har det ikke vært noe privat tilbud, og TkNN har dekket området. Det har vært store problemer i forhold til rekruttering og stabilitet av kjeveortopeder. Antallet ferdigbehandlede pasienter har vært mellom 200–290 pasienter per år, og ventetiden for behandling har vært økende i perioden. Ved utgangen av 2005 sto 900 barn over 11 år på venteliste for behandling (12). Ca. 25–30 % av barna i området og svært få voksne får behandling.

Det har vært en generell tendens at ventelistene gradvis har økt i alle fagområder etter ansettelse av spesialister. I oral kirurgi har det kun vært ansatt spesialist ved TkNN i korte perioder. I disse periodene har ventelisten økt hurtig.

Annen virksomhet

Desentralisert spesialistutdanning skal være en av hovedoppgavene ved regionale kompetansesentre. I prosjektet OrtoPol@r ble det utdannet to spesialister i kjeveortopedi som hadde avsluttende eksamen i juni 2006 (4, 5). En av dem begynte i stilling ved TkNN og den andre i privatpraksis i Tromsø. Prosjektet var banebrytende innenfor odontologisk spesialistutdanning og var et samarbeid mellom i hovedsak Det odontologiske fakultet Universitetet i Oslo, TkNN og Nasjonalt senter for telemedisin. Det er ønske om å videreføre desentralisert utdanning i kjeveortopedi så snart det lar seg gjøre. Spesialistutdanning i Nord-Norge vil bli utviklet gjennom et samarbeid mellom kompetansesenteret, Institutt for klinisk odontologi og tannhelsetjenesten i landsdelen. Det vil nok ta noen år før universitetet har tilstrekkelig med personell til å kunne ta et overordnet ansvar for spesialistutdanningen.

Forskning er fra Staten prioritert som en viktig funksjon ved kom-

petansesentre. Det har ikke vært mulig å komme i gang med forskning før høsten 2006. Veiledning, rådgiving og etterutdanning er også høyt prioritert, men andre forhold og oppgaver samt det lave antall spesialister har skjøvet dette til side. I 2006 har det imidlertid skjedd en positiv utvikling som forholdsvis vil forsterkes de kommende år.

Finansiering og økonomi

Troms fylkeskommune, som eier kompetansesenteret, har budsjettansvaret og hovedfinansiering av driften. Tilskudd til driften kommer fra ulike hold. Helse- og omsorgsdepartementet skal finansiere driftskostnader ved funksjonene spesialistutdan-

ning og forskning. Det er signaler om at dette skal være aktivitetsbasert. Nordland og Finnmark dekker pasientbehandling av eget fritt og prioritert klientell. Behandling av voksne pasienter samt kjeveortopediske pasienter finansieres ved egenbetaling og trygderefusjon.

I 2005 ble 60 % av driftskostnadene, inkludert lønn, finansiert ved inntekter fra pasientbehandling. Trygderefusjon utgjorde 50 % av inntektene, hvorav vel 90 % er refusjon for kjeveortopedisk behandling. Til sammenligning ble 27 % av kostnadene i allmenntannhelsetjenesten i fylket finansiert ved pasientinntekter.

Når det gjelder oppbygging og utvikling av TkNN, har Helse- og omsorgsdepartementet finansiert hoveddelen av utgiftene. HOD har bl.a. finansiert OrtoPol@r-prosjektet, deler av det regionale samarbeidsprosjektet, IT-prosjekter og delvis planlegging av nytt bygg. Troms fylkeskommune har finansiert utvikling av fagområdene i forhold til pasientbehandling, veiledning og etterutdanning.

Diskusjon

Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge har nå vært i drift i 3,5 år. Virksomheten kan anses å være en forlengning av Spesialistklinikken i Tromsø, som ble etablert for åtte år siden. Senteret er fortsatt en liten enhet med 20 besatte stillinger, hvorav fem tannlegestillinger. Erfaringene så langt er at senteret har hatt for mange oppgaver og for stort ansvar i forhold til antall ansatte og de ressurser som har vært stilt til rådighet. Det ble utfordrende at rekrutteringstakten ikke var i samsvar med de nye oppgavene, forventningene og kravene som ble stilt til senteret. I ettertid ser en at flere lederressurser burde vært satt inn på et tidligere tidspunkt. Først høsten 2004 ble leder tilsatt i 100 % stilling.

TkNN har, på lik linje med Den offentlige tannhelsetjenesten i Nord-Norge, hatt store problemer med rekruttering og stabilitet.

Innenfor kjeveortopedi har vakanser vært dekket med deltidsarbeidende spesialister som har ambulert til Tromsø. Det har vært fokusert på organisering og best mulig ivaretagelse av pasientene. De ansatte har behersket situasjonen på en utmerket måte, og produksjonen har jevnt over vært høy. Men ambuleringsordningen har krevd ekstra ressurser og administrasjon.

Rekruttering vil være et prioritert område framover. Den må være planmessig ut fra både organisasjonsmessige og ressursmessige forhold. Klinikken har et lite miljø, og det er viktig at rekrutteringen skjer med riktig progresjon. Erfaringene er at en må være grundig med ansettelse av nye folk. Personlige egenskaper og teamsammenheng er viktige faktorer, i tillegg til faglige kvalifikasjoner. Faglig utvikling må prioriteres. Det er ønskelig fortsatt å legge vekt på fleksibilitet og på å skreddersy stillinger til spesialistene.

TkNN må lykkes med bemanningen. Med fri prisfastsettelse og få reguleringer i den private tannhelsesektoren er det særdeles gunstige betingelser for privatpraktiserende tannleger. Lønn i privatpraksis er større enn i offentlig tannhelsetjeneste. I den private sektor har en også større muligheter til å velge sine pasienter enn i offentlig virksomhet. TkNN bør derimot ha andre fortrinn enn lønn. Tverrfaglig samarbeid og kompetanseutvikling oppleves som viktige faktorer. Et samboerskap i nytt bygg med tannlege- og tannpleierutdanningen, vil trolig gjøre rekrutteringen lettere. Men erfaringene viser at det for tiden er svært attraktivt å etablere seg privat.

Utvikling av et godt samarbeid med offentlig og privat spesialist-tannhelsetjeneste i regionen er viktig. TkNN har vært åpen for at ansatte spesialister kunne ha privatpraksis på deltid. Erfaringene med slike kombinasjonsstillinger har vært blandede. Spesialistene blir dårligere integrert i miljøet, noe som kan være problematisk i forhold til både arbeidsmiljøet og deres forståelse av virksomhetens oppgaver og målsettinger. En bør finne andre måter å inkludere og samarbeide med den private sektor på.

Halvparten av de behandlede pasientene ved TkNN er barn som har fått kjeveortopedisk behandling. Den andre halvparten pasienter har fordelt seg relativt likt i de ulike tannhelsegruppene, dvs. andelen behandlede pasienter i forhold til totalpopulasjonen i gruppene har vært på noenlunde samme nivå. En skulle derimot ha forventet en høyere andel i gruppe c (eldre og langtidssyke). Dette er en gruppe som prioriteres høyt i de andre nordiske landene, og som Norge også har fokusert sterkt på de siste årene. En mulig forklaring er at de eldre ikke er så vant til å stille krav og derfor blir nedprioritert i forhold til spesialistbehandling.

Andelen pasienter fra Finnmark og Nordland har vært lav, til tross for at Finnmark bare har spesialister i kjeveortopedi og oral kirurgi. Det lave antallet kan delvis forklares ut fra lange og kostbare reiser. En nylig utført spørreundersøkelse blant allmenntannleger i Nord-Norge viste at de har flere pasienter med behov for spesialistbehandling, og tannlegene skulle gjerne henvist flere pasienter dersom det var muligheter for det (personlig meddelelse). Rundt 9 % av tannlegene i Norge har spesial- eller spesialistutdanning, og spesialistene er geografisk skjevfordelt med en konsentrasjon rundt universitetsbyene Oslo og Bergen (6).

Flere har stilt spørsmål ved om pasientgrunnlaget i Tromsø er stort nok i forhold til opprettelse av odontologistudium og spesialistut-

danning. Erfaringene så langt er at TkNN har et godt pasientgrunnlag. Henvisningene har strømmet på når spesialisttilbud er blitt opprettet. Køene vokser i de fleste fagområder. Sosialstyrelsen i Sverige har nylig hatt en gjennomgang av behovet for spesialister og konkluderer med at behovet for spesialisttjenester ikke vil bli redusert, selv om tannhelsen jevnt over bedres. Dette skyldes i hovedsak en forventet økning i antall eldre med egne tenner og større krav enn tidligere generasjoner, samt flere innvandrere (15).

En viktig del av virksomheten ved et kompetansesenter er interdisiplinært og tverrfaglig samarbeid om kompliserte kasus. Det bør være et mål både å utvikle gode behandlingstilbud til pasienter med store og sammensatte behov, og å sørge for at de har god tilgjengelighet til tilbudet. Behandling av slike pasienter er krevende og kostbar. Finansieringsmodellen for TkNN og lønssystemene ved sentret gjør dette forholdet problematisk. Kravet fra Staten og fylkeskommunen er at pasientbehandlingen skal være selvfinansierende. For å oppnå det er takstene ved TkNN økt med ca. 30 % i forhold til Statens takster, og for de fleste spesialistene har lønnen delvis vært provisjonsbasert. Dette stimulerer til behandling av økonomisk lønnsomme pasienter og kan gjøre andre oppgaver mindre attraktive. Erfaringene så langt, er at spesialister med provisjonslønn ønsker kompensasjon for tapte inntekter ved arbeid som ikke er inntektsgivende. Det er naturlig. Slike lønssystemer styrer innsatsen mot inntjening og lønn, noe som er problematisk for en organisasjon som skal være noe mer enn en ren produksjonsbedrift.

Ved behandling av pasienter med store og komplekse behov kan driften selvfølgelig ikke bli selvfinansierende. Hvorfor skal den være det? Da kan en like gjerne kun ha private spesialisttjenester. En problematisering av de ulike mekanismer som påvirker tilgjengeligheten til offentlig kontra privat spesialisttannhelsetjeneste for slike pasienter, har nesten vært fraværende i den offentlige tannhelsedebatten i Norge. Selv i den siste offentlige utredningen om tannhelsetjenesten i Norge er en kun opptatt av kompetansesentrenes funksjon i forhold til geografisk fordeling av spesialister og spredning av kompetanse til regionene (14). Det diskuteres ikke hvorvidt et offentlig spesialisttilbud kan gjøre tilgjengeligheten større og tjenesten mer effektiv i forhold til «svake» behovstrengende grupper. Dette til forskjell fra våre naboland, som har ment at en godt utbygd offentlig spesialist-tannhelsetjeneste er nødvendig for å sikre at utsatte grupper får det tilbudet de har behov for. Ta for eksempel pedodontien. I Sverige er dette en godt utbygd tjeneste for å ta vare på barn med særskilte behov. Tjenesten består av høyt utdannet tannhelsepersonell med spesiell «barnekompetanse», noe som er i tråd med FN's barnekonvensjon. I Norge derimot, eksisterer det nesten ikke pedodontistillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten. Det er kanskje på tide at spørsmålet om lik tilgjengelighet til spesialiserte tannhelsetjenester, uavhengig av generell helsetilstand og sosial status, settes på den politiske dagsorden. Bør en satse på en større utbygging av den offentlige spesialisttjenesten i Norge for å komplettere den private tjenesten hvor ca. 90 % av spesialistene befinner seg? I lys av erfaringene fra Tromsø er det urealistisk at noen få kompetansesentra vil ha en slik utjevne effekt.

Det er tvilsomt om de signaliserte ressursene vil kunne finansiere TkNNs mange og omfattende oppgaver. Et område hvor finansiering

gen er uklar og utilstrekkelig er kompetanseutvikling; både utvikling av etterutdanningsopplegg beregnet på allmenntjenesten, og oppdatering og utvikling av egen kompetanse hos TkNNs ansatte. Dette vil være ressurskrevende. Fylkeskommunen har i prinsippet ansvar for all etterutdanning, men det er neppe realistisk å få tilstrekkelig bidrag fra Nordland og Finnmark. Trolig vil Troms fylkeskommune stort sett alene bære kostnadene. Det spørs om den politiske viljen er til stede, og er det rimelig? Bør ikke Staten bidra til kompetanseutviklingen på regionale kompetansesentra?

Staten skal finansiere spesialistutdanning og forskning, men tilskuddet skal være aktivitetsbasert. Det gir liten forutsigbarhet og reduserte muligheter for planlegging og satsing. Før stillinger lyses ut må de være formelt opprettet, og før de kan opprettes må finansieringen være sikret. Dette går dårlig sammen med aktivitetsbasert finansiering og liten tilgang på kvalifiserte søkere.

Men stemningen ved TkNN er god og optimistisk. Oppbyggingen av fagmiljøet i Tromsø er motiverende, og lyspunktet nå er flyttingen til det nye fylkeskommunalt eide universitetsklinikkbygget sommeren 2007. Det er store forventninger til samarbeidet med Institutt for klinisk odontologi, bl.a. i forhold til spesialistutdanning og forskning. En håper også at det nye flotte bygget og samlokaliseringen med universitetsklinikken vil virke rekrutterende. Det har vært flere henvendelser fra spesialister, særlig fra Sverige, så det som skjer i Tromsø synes å vekke interesse utenfor landegrensene.

English summary

Nordengen RE, Nyheim J, Widström E.

The first experiences from the Public Dental Service Competence Centre of Northern Norway

Nor Tannlegeforen Tid 2007; 117: 392–8.

In Norway there are plans to establish regional Dental Competence Centres (specialist units) in the Public Dental Service to ensure equal access to specialist treatment for the population. At present most specialised dentists work in the private sector, in bigger cities and in Southern Norway. The first regional Competence Centre (TkNN) was established in Tromsø in 2003. There were great expectations for specialist care production, consultations, specialist- and continuing education and research in the three northernmost counties of Norway.

The unit has, during the first years, suffered from serious recruiting problems and short periods of employment mirrored in relatively low numbers of patients treated. The requirement of financing the dental services mainly via patient fees has steered the patient selection towards children having insurance reimbursements for orthodontics and working-aged adults living in Tromsø city, which was not in accordance with the original equity goals. Specialist education was conducted in co-operation with the University of Oslo (OrtoPol@r). There was little room for other activities. Co-operation in

specialist education with the newly established dental school in Tromsø will probably facilitate recruitments in the future.

Referanser

1. Fylkesnes K, Nielsen J, Røynesdal K. Nord-norsk tannhelsetjeneste, scenarier mot år 2010. Tromsø: Rapport fra kompetansesenterutvalget; 1989.
2. Innstilling fra styringsgruppen for konkret utredning av Fagsenter for odontologi i Nord-Norge. Tromsø: Roald Amundsens senter for ark-tisk forskning, Universitetet i Tromsø; 1995.
3. Organisasjon – kompetanse. Bodø: Rapport fra seminar om Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nordland; 1996.
4. Olsen JH, Stenvik A, Nordengen R, Espeland L, Edvardsen H, Karoliusen S, Arild E. Prosjektrapport OrtoPol@r. Desentralisert, universitetsledet spesialistutdanning i kjeveortopedi. Troms fylkeskommune; 2006.
5. Myrvang R, Lunder N, Mensen R, Bjørntvedt S. Sluttrapport. Evaluering av organisering og gjennomføring av prosjektet OrtoPol@r. Troms fylkeskommune; 2006.
6. Utdanning av spesialister og opprettelse av odontologiske kompetansesentra. Utredning 5–99, IK–2701. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000.
7. Statsbudsjettet 2003, kap. 0705, post 21 Personelltiltak i allmennlegjetjenesten og tannhelsetjenesten, <http://odin.dep.no/filarkiv/161701/budsjett2003hd.pdf>, p. 54–55 (lest 24.01.07)
8. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Troms fylkeskommune; juli 2005.
9. Nordengen R, Mensen R, Grann H. Spesialistutdanning i Nord-Norge, prinsipper i utdanningen og behovet for spesialister. Notat fra regionalt samarbeidsprosjekt mellom Nordland, Finnmark og Troms i regi av TkNN; 2006.
10. Eriksen HE, Hensten A, Widström E, Dingsør E, Marstrander P, Byrkjeflot LI, Olsen T. Tannlegeutdanningen i Tromsø. Hvordan går det? Nor Tannlegeforen Tid 2006; 116: 168–71.
11. Årsmelding spesialisttjenesten i Troms 1998, Troms fylkeskommune: Tannhelseetaten; 1999.
12. Årsmelding TkNN 2005, Troms fylkeskommune: Tannhelseetaten; 2006.
13. Avtalte årsverk i den offentlige og private tannhelsetjenesten 2005. <http://www.ssb.no/emner/03/02/tannhelse/tab-2006-07-12-01.html> og <http://www.ssb.no/emner/03/02/tannhelse/tab-2006-07-12-02.html> (lest 24.01.07)
14. Norges offentlige utredninger. Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. NOU 2005: 11. <http://www.odin.dep.no/filarkiv/250054/nou0505011-TS.pdf> (lest 24.01.07)
15. Socialstyrelsen. Tandläkarnas specialistutbildning. Skrivelse. 2006–107–17. Stockholm; 2006. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9327/Sammanfattning.htm> (lest 24.01.07)
16. Statistisk sentralbyrå. Folkemengde etter kjønn, alder og kommune. 1. januar 2006. <http://www.ssb.no/folkemengde/>; (lest 31.01.07)

Adresse: Ragnhild Elin Nordengen, Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge, postboks 6600, 9296 Tromsø.
E-post: ragnhild.nordengen@tromsfylke.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.