

# Tannhelsetjenesten – kommunal eller fylkeskommunal forankring?

«Etter en samlet vurdering foreslår departementet at allmenntannhelsetjenesten, spesialisttannhelsetjenesten og fylkeskommunenes ansvar etter tannhelsetjenesteloven overføres til større og mer robuste kommuner. Det skal utredes nærmere hvordan og når implementeringen skal skje.»

Sitatet ovenfor er hentet fra *Melding til Stortinget nr. 14 (2014–2015)* som omhandler Kommunerformen og hvilke oppgaver kommunene er tiltenkt. 9. juni i år behandlet Stortinget denne meldingen, herunder også tannhelsetjenestens tilhørighet. Med støtte fra regjeringspartiene samt Venstre og KrF vedtok Stortinget forslaget om kommunal forankring, mens opposisjonen (Arbeiderpartiet, Sp og SV) stemte for fortsatt fylkeskommunal tilknytning.

Dermed vil ansvaret for tannhelsetjenesten bli plassert der det opprinnelig lå da de første kommunale skoletannklinikker kom i gang for godt over 100 år siden. Ringen sluttet etter at kommunene, staten og fylkeskommunene etter tur har hatt forvaltningsansvaret, eller delt det seg imellom, fra 1910 og frem til i dag.

Utviklingen av norsk tannhelsepolitikk har i hovedsak skjedd utenom de generelle, storstilte sosialpolitiske reformprosjektene og har i beskeden grad blitt påvirket av makropolitisk strømdrag. Denne artikkelen gir en kortfattet oversikt over veivalg og reformer i tannhelsepolitikken sett i lys av generelle utviklingstrekk og paradigmeskifter i norsk helsepolitikk fra tidlig på 1900-tallet og frem til i dag. Avslutningsvis diskuteres situasjonen etter Stortingets behandling av Kommunerreformen og en eventuell region-/fylkesreform.

## Offentlig skoletannpleie ble valgt fremfor allmenn «tanntrygd»

Tannhelsen var elendig i store deler av befolkningen ved inngangen til 1900-tallet. Tannråten var svært utbredt blant skolebarn, spesielt i byene. Tannleger hadde kartlagt hvor ille det var, og flere kolleger hadde ytt gratis tannlegehjelp. Men det forslo lite. Tannleger, leger og andre sosialt interesserte slo alarm og etterlyste offentlig engasjement for å få i gang en eller annen form for tannpleie, først og fremst for skolebarn. Et diskusjonstema ble valg av system for tannpleiehjelpen: Skulle den ytes gjennom en egen offentlig tannpleieetat eller skulle den baseres på behandling hos privatpraktiserende tannleger, betalt helt eller delvis med refusjon fra sykestrygden?

En mulig løsning var å bygge på forslag fra kretssykekassene om en refusjonsordning ved behandling hos «trygdetannleger», knyttet til sykekassene som var opprettet i medhold av vår første lov om sykeforsikring i 1909. Slik kunne skoletannpleien organiseres og finansieres, eventuelt utvides til også å omfatte andre befolkningsgrupper. Forslaget ble avvist av tannlegene, blant annet fordi det ville hindre fritt tannlegevalg. Ordningen ville dessuten binde opp terapivalget og honorarene, og dermed hindre fagets utvikling, mente Tannlegeforeningen. Men avvisningen innebar ikke et prinsipielt nei til å føre tannpleie inn under sykestrygden – når tiden var inne (Sollund 1984).

Tannlegene støttet av reformvillige leger og andre entusiaster valgte offentlig skoletannpleie fremfor «kassenpraksis». I Tyskland hadde man en tid praktisert trygderefusjon ved behandling av skolebarn. En studiegruppe, oppnevnt av Tannlegeforeningen, sendte en representant til Tyskland for å studere det faglige utbyttet av ordningen. Han kom tilbake og rapporterte om nedslående resultater, og

advarte mot å innføre tilsvarende ordning i Norge.

Den kommunale skoletannpleien fikk sin spede start i 1910 uten annet formelt grunnlag enn noen ord om saken i offentlige dokumenter. Den første lovbestemmelsen kom i 1917 i byskoleloven. Hovedtanken var å bygge opp tannhelsen og gode hygienevaner gjennom årlig innkalling og behandling av skolebarn. Håpet var at rutinene ville føre til at barna og foreldrene fulgte opp hygieneregimet med regelmessig tilsyn og behandling i voksenalder. Slik gikk det også der skoletannpleien var velordnet og foreldrene spilte på lag. Verre var det der innkallingene var uregelmessige og foreldrene hadde større sosiale problemer å hankses med enn skolebarnas tenner. I mange landkommuner og i byene nordpå var det så som så med skoletannpleie helt frem til 1950-tallet. Offentlig finansiering av alminnelig tannbehandling for voksne fikk ikke prioritet på den politiske agendaen før det seneste tiåret. Bortsett fra særordninger for spesielle grupper var støtten inntil nylig begrenset til en beskeden trygderefusjon for tanntrekking og annen kirurgisk behandling.

## Folketannrøkt og tannlegemangel

Tannlegemangel har i lange perioder vært et stort problem som spesielt har rammet distrikts-Norge. Etter initiativ fra Tannlegeforeningen tok regjeringen Gerhardsen opp arbeidet med å sikre en bedre og jevnere tannlegedekning i landet. Resultatet ble *Lov om folketannrøkt* som ble vedtatt av Stortinget i 1949 med det hovedmål å spre tannlegene. Folketannrøkta var i hovedsak statlig forankret, men gjennomføringen skjedde i regi av fylkeskommunene. Utbyggingen begynte i Finnmark etterfulgt av Nordland, deretter Nord-Trøndelag og Troms. I tur og orden fulgte de andre fylkene etter ut fra et tilpasset

behovsorientert prinsipp. Folketannrøkta fulgte opp skoletannpleiens strategi og prioriterte barn og ungdom. Gratis tannpleie skulle fra nå av gis til alle i aldergruppene 6–18 år (det frie klientell), mens småbarn og voksne (det betalende klientell) kunne motta behandling mot betaling etter offentlige takster. Utbyggingen av Folketannrøkta skulle skje trinnvis, men det gikk sent.

Gjennom to-tre tiår eksisterte hovedsakelig to organisasjonstyper av offentlige tannpleie side om side: Kommunal skoletannpleie som omfattet mesteparten av Østlandet og i de fleste byene i hele landet, og folketannrøkt som var innført nordpå og under oppbygging i Trøndelag og på Vestlandet. To forhold bidro til at byene (unntatt Finnmarksbyene) kom sent med i utbyggingen av folketannrøkt. For det første var behandlingstilbudene gjennomgående bra i tettbygde strøk fordi det store flertall av privatpraktiserende tannleger holdt til der. For det andre var byene ikke medlemmer av fylkeskommunene – som var forvaltningsorganet for Folketannrøkta. Bykommunene ble medlemmer av fylkeskommunene først fra 1964.

Trass i Folketannrøktas mål om å spre tannlegene var tannlegemangelen stor og skjevfordelingen av behandlingstilbudene mellom by og land og mellom landsdelene til tider ekstrem. Rekrutteringen til de offentlige tannlegestillingene var skral og forsinket

utbyggingen av Folketannrøkta. Stortinget vedtok derfor i 1956 en *midlertidig lov om sivil tjenesteplikt for tannleger*. Loven ga myndighetene hjemmel for å beordre nyutdannede tannleger til å tjenestegjøre opp til to år i offentlig stilling på steder med mangelfulle behandlingstilbud. Loven avverget den verste tannlegemangelen i distrikts-Norge på det tidspunkt, og ble avvirket i 1973 da tilgangen på tannleger ble noe bedre.

### 1970-årenes helsepolitiske paradigmeskifte

Annen halvdel av 1970-årene markerte starten på et paradigmeskifte i styringen og forvaltningen av norsk helsepolitikk. Skiftende regjeringer fremhevet den kommunale og fylkeskommunale handlefriheten. Samtidig ble det slått til lyd for desentralisering av flere og nye oppgaver. Tankegangen var tydelig påvirket av forslagene fra *Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen*, gjerne kalt *Juel-komiteen* etter dens formann, direktør Dagfin Juel. Stikkord som gikk igjen i den sosialpolitiske debatten var desentralisering og deltakelse (lånegods fra den tids internasjonale mantra *decentralization and participation*), samordning (primært av sosial- og helsetjenestene) og jevn geografisk fordeling av tjenester og fagfolk. Fylkeskommunene hadde fått ansvaret for sykehusvesenet ved innføringen av *Sykehusloven* av 1969. I *St.meld.nr. 9 (1974–75)* signaliserte regjeringen at distriktshel-

setjenesten måtte bli et kommunalt ansvar. Utover 1970-tallet ble det levert en rekke utredninger med forslag til forvaltningsreformer med overføring av oppgaver på flere samfunnssektorer til kommunene. Ett av forslagene fra det såkalte *Nyhus-utvalget* gikk ut på å overføre ansvaret også for tannhelse-tjenesten til kommunene. Om det ble det strid. Tannlegeforeningen gikk sterkt imot forslaget. Men generelt markerte inngangen til 1980-årene et tidsskille med nye synspunkter og debatt om rollefordelingen i helse- og sosialpolitikken. Et allment synspunkt var at kommunene måtte få en nøkkelrolle i primærhelsetjenesten og det forebyggende helsearbeidet.

### Fra fagstyre til kommunestyre

I 1984 ble den gamle *Sunnhetsloven* av 1860 avløst av *Lov om kommunehelsetjenesten*. Det skjedde ikke uten sverdslag. Frem til da hadde staten ledet an helsearbeidet gjennom embetsverket – hierarkisk rangert fra Helsedirektøren og hans overleger via fylkeslegene til stads- og distriktslegene. Nå skulle kommunene overta ledertrøya for primærhelsetjenesten. Forslagene om kommunalisering av viktige samfunnsoppgaver var en klar utfordring for det etablerte fagstyret, for legene i særdeleshet. Samtidig ble grunnen lagt for kamp om maktfordelingen mellom stat og kommunesektor, og mellom helsefag og politikk. Endringer i maktforholdene ble også hovedårsaken til



**Kirurgiklinikken**  
tann - kjeve - ansiktskirurgi



Sertifisert etter  
ISO 9001:2008  
standarden

**www.kirurgiklinikken.no**

tlf 23 36 80 00, post@kirurgiklinikken.nhn.no

Alt innen oral og  
kjevekirurgi.  
Implantatprotetikk

Tannlege  
**Bent Gerner**  
spesialist i protetikk

Tannlege  
**Kjetil Misje**  
spesialist i oral kirurgi

Tannlege  
**Frode Øye**  
spesialist i oral kirurgi

Tannlege  
**Eva Gustumhaugen Flo**  
Spesialist i protetikk

Lege & tannlege  
**Helge Risheim**  
spesialist i oral kirurgi,  
maxillofacial kirurgi,  
og plastikkirurgi

den etterfølgende striden om den sentrale helseforvaltningen. Den oppstod da viktige funksjoner skulle overføres fra Helsedirektoratet til en egen helseavdeling i Sosialdepartementet. Det innebar at Helsedirektøren fikk sitt myndighetsområde beskåret.

For tannpleiens del kom endringen samme år (1984) da den nye *Lov om tannhelsetjenesten* ble iverksatt. Den kommunale skoletannpleien, som fortsatt eksisterte i en rekke kommuner i Syd-Norge, spesielt i bykommuner, ble slått sammen med Folketannrøkta og en del mindre statlige tannpleieordninger til en felles fylkeskommunal etat som fikk navnet *Den offentlige tannhelsetjenesten*, forkortet til *DOT*. *Det frie klientell* ble utvidet til å omfatte alle i aldersgruppene 0–18 år samt utsatte befolkningsgrupper som funksjonshemmede og eldre i institusjon. Frem til nå hadde tannlegene og personellet for øvrig hatt minst tre forskjellige arbeidsgiverordninger. Fylkestannlegene hadde vært embetsmenn, distriktstannlegene kl. A statsjenesmenn, distriktstannlege kl. B fylkeskommunale tjenestemenn. Alle, også de kommunale skoletannlegene, ble nå fylkeskommunale tjenestekvinner og -menn.

Når tannhelsetjenesten den gang ikke ble lagt til kommunene, som blant andre *Nyhus-utvalget* hadde ønsket, var det hovedsakelig fordi Tannlegeforeningen satte seg på bakbena. Man fryktet blant annet at overlege Per Nyhus, som nå var blitt statssekretær, ville ha oss inn i det kommunale apparatet for så å gjøre oss til underbruk under kommunehelsetjenesten – og derved underlagt legene. Dette ble ikke sagt høyt, hverken av foreningens folk eller av Nyhus. Men mange holdt *det* for å være realiteten. Viktigst for Tannlegeforeningen var imidlertid frykten for at en kommunal forankring for tannpleien ville gi store ulikheter i behandlingstilbudene mellom kommuner og landsdeler. Frykten var langt fra ubegrunnet. Godt over halvparten av landets den gang cirka 450 kommuner hadde under 5 000 innbyggere. Mange av de små kommunene hadde – og har fortsatt – store vansker med å rekruttere personell til nøkkelstillinger av ulike slag.

### **Territoriell versus funksjonell forvaltning**

Trenden i reformiveren ved inngangen til 1980-årene var i korthet å overføre

myndighet fra staten til et folkevalgt organ som skulle ha ansvar for et *avgrenset territorium*, det vil si til en kommune eller fylkeskommune. Nyordningen innebar dermed desentralisering etter det såkalte *territorielle prinsipp*. Både kommunehelsetjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten ble forvaltningsmessig plassert etter dette prinsippet. Frem til da hadde både primærlegetjenesten og folketannrøkta vært organisert etter det *funksjonelle* eller *sektorielle prinsipp* der hensynet til fagene og deres egenart er tillagt større vekt enn geografisk samordning av offentlige tjenester.

Kommunehelsetjenesteloven og overgangen til territoriell ansvarsforankring innebar at den generelle helsetjenesten ble *mindre legestyrt og mer folkestyrt* enn den hadde vært. Langt på vei kan man si at også fagstyret av tannpleien ble svekket ved overgangen fra folketannrøkt til DOT. I skoletannpleien merket man forholdsvis lite til endringen, men dette varierte fra kommune til kommune. Mange steder hadde faktisk skolemyndighetene stått for administrasjonen av den kommunale skoletannpleien. Formelt sett ble den lokale etaten nå styrt via fylkestannlegen. Men fylkesrådmenn, fylkeshelsesjefer og fylkesutvalg kunne etter nyordningen påvirke fylkestannlegenes disposisjoner i sterkere grad enn den gang fylkestannlegene var embetsmenn.

Dagens praksis varierer fra fylke til fylke. Et eksempel på det er den betydelige variasjonsbredden i organisasjonsformer og kjøp av tannlegetjenester utenfor etaten, et annet er utskifting av fylkestannlegetittelen med andre stillingsbenevnelser. I noen fylker ledes etaten av folk med annen faglig bakgrunn enn odontologisk embetseksamen. Den formelle hjemmelen for nedtoning av profesjonsstyringen kom da bestemmelsene om organisasjon, administrasjon og ledelse ble tatt ut av tannhelsetjenesteloven i 2003. I enkelte fylker er tannhelsetjenesten i dag organisert som fylkeskommunale foretak.

Her må imidlertid tilføyes: Helsedirektøren og Helsedirektoratets *faglige innflytelse* over den generelle helsetjenesten og tannhelsetjenesten er ikke svekket i løpet av de vel 30 årene som er gått siden kommunehelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven ble iverksatt. I enkelte henseender er den

faglige styringen snarere styrket. Det tidligere sosialdepartement er delt i to: ett helse- og omsorgsdepartement og ett arbeids- og sosialdepartement. Helsedirektoratet, som for vel 30 år siden var en avdeling i Sosialdepartementet med om lag 180 ansatte, er for lengst skilt ut, og har nå rundt 700 ansatte. HELFO (Helseøkonomiforvaltningen) er en ny etat underlagt Helsedirektoratet og lokalisert til Tønsberg. Helsetilsynet er skilt ut fra Helsedirektoratet, Statens institutt for folkehelse (SIF) er omdannet, utvidet og omdøpt til Nasjonalt folkehelseinstitutt med rundt 1 000 ansatte. Den sentrale helseforvaltningen har vokst både ved celledeling og knoppskyting.

### **«Outsourcing» og refusjonsordninger på fremmarsj?**

Tannhelsetjenesten har i relativt beskjeden grad blitt berørt av disse sist nevnte omkalfatringene. Utredningen fra 2005, *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet* (NOU 2005: 11), avstedkom ingen nevneverdige endringer av organisasjonsform eller forvaltningsansvar. Større betydning kom på trygdesiden på 2000-tallet gjennom stønad til behandling og rehabilitering etter tanntap som følge av periodontitt, redegjort for i detalj gjennom årlige rundskriv fra Departementet: *Folkestrygdens stønad til dekning av tannbehandling*. Året 2008 innvarslet langt på vei en seier for tannlegene som profesjon ved at all trygdefinansiert tannbehandling nå ble ansett som *pliktmessig ytelse*. Det innebar at det ikke lenger var nødvendig å søke om stønad før behandlingen ble påbegynt. Tannlegene hadde et stykke på vei fått den samme rett som legene til «å rekvirere trygdemidler», men risikerte ettersyn. Den risken var verd å ta.

Blant tannlegene har det historisk sett vært ulike meninger om hvor den offentlige tannhelsetjenesten bør høre hjemme, det vil si under hvilket forvaltningsledd. Enkeltstående tannleger og andre har sågar ment at det er unødvendig med en offentlig tannpleieetat. Etter deres mening kan privatpraktiserende tannleger påta seg behandling av grupper eller enkeltpersoner mot stykkpris-, per capita- eller timebetaling fra det offentlige («outsourcing»). Slike ordninger har eksistert gjennom alle år i varierende omfang og utforming. Offentlig kjøp av tannlegetjenester var

særlig utbredt i førkrigs-Norge, og har i senere år igjen fått betydelig omfang i enkelte fylker.

Privat sektor legger på seg, den offentlige tannhelsetaten slankes. Utvidete refusjonsordninger vil trolig bidra til at privat sektor kan komme til å vokse ytterligere. Blandingsforholdet i den såkalt «*blandete tannhelsetjenesten*» er i stadig endring. Forenklet og paradoksalt kan det spissformuleres: Tannhelsetjenesten privatiseres, men for offentlig midler.

### Maktkampen mellom forvaltningsnivåene

Det trengs ikke stor innsikt i politikk for å registrere maktkampen mellom staten, fylkeskommunene og kommunene. Karikert sagt dreier det seg om hvem som skal ha mest å si, men betale minst mulig av kostnadene. I mange år, fra 1970 til 2002, var fylkeskommunene eiere og driftsansvarlige for de aller fleste sykehusene – frem til 1989 også for sykehjemmene. Institusjonsdriften var et maktpolitisk flaggskip for fylkeskommunene fordi spesialisthelsetjenesten har økonomiske tyngde og politisk prestisje. Om lag 60 prosent av fylkeskommunenes budsjetter medgikk til sykehusdriften.

Men så fikk Stortinget nok av det fylkekommunale styringssettet – i hvert fall for sykehusenes del. Gjeste-pasientordningen ble den store anstøtsstenen. *Sykehusreformen i 2001* (Ot.prp. nr 66 (2000–2001)) innebar statlig overtakelse av sykehusene og dannelsen av *New Public Management (NPM)* – inspirerte helseforetak. Det førte til stor misnøye blant fylkeskommunale politikere. Gjennom KS ble det satt i gang arbeid for å restaurere regionene som politiske maktoorganer. Målet var å slå sammen fylkene til «sterke folkestyrte regioner» som hadde muskelstyrke til blant annet å gjenerobre sykehusene (KS 2005).

Slik gikk det ikke. Riktignok hadde de rødgrønne regjeringspartnerne i Soria Moria-erklæringen (2005) gått inn for regiondannelser og overføring av statlig makt. Men da det kom til stykket, ble ikke fylkeskommunene enige seg imellom om sammenslutninger, og regjeringen Stoltenberg var ikke villig til å gi fra seg betydningsfulle forvaltningsoppgaver. Og slett ikke var det aktuelt å tilbakeføre sykehusforvaltningen til fylkeskommunene.

### Fastlegeordningen og «tomrommet» mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Bakgrunnen for *Samhandlingsreformen* (Prop. 90 L og prop. 90 L (2010–2011)) som gradvis gjennomføres fra 2012, var i hovedsak manglende samordning av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, spesielt i pleie- og omsorgssektoren. Problemet har sammenheng med det tredelte forvaltningsansvaret for helsetjenesten:

*Spesialisthelsetjenesten* (som i hovedsak består av sykehustjenestene) forvaltes av staten gjennom helseforetakene.

*Primærhelsetjenesten* med pleie- og omsorgsarbeidet tilligger kommunene, organisert gjennom kommunehelsetjenesten.

Fylkeskommunene har forvaltningsansvaret for *tannhelsetjenesten* og deler av *folkehelsearbeidet*.

Alle tre forvaltningsleddene er styrt av folkevalgte organer med selvstendig budsjettansvar. Det innebærer blant annet at de nødvendig påtar seg utgifter som et annet forvaltningsledd kan tenkes å måtte dekke. Maktforholdet mellom leddene er *asymmetrisk* i den forstand at staten bevilger midlene og er overordnet de to andre. Men det strides, oftest om ansvaret for de «ferdigbehandlede» eldre, pleietrengende pasientene.

*Fastlegeordningen* ble innført i 2001 som et supplement til avtalesystemet for kommunelegene (og fysioterapeutene), slik det var utformet ved innføringen av kommunehelsetjenesteloven. Ordningen har i enkelte henseender forbedret systemet som loven la opp til. I følge meningsmålinger er det store flertall av befolkningen fornøyd, vi har fått *vår egen lege* som vi kan forholde oss til. Men ordningen kritiseres, blant annet fordi legetjenesten er sterkt indvidrettet og lite engasjert i kollektivt forebyggende virksomhet, annet folkehelsearbeid og i eldreomsorg. Funktionshemmede, hjelpetrengende, eldre og folk med kroniske lidelser vies for liten oppmerksomhet, hevdes det blant annet i den nyskrevne *Meld.St. 26 (2014–2015): Fremtidens primærhelsetjeneste nærhet og helhet*.

### Viktige veivalg

Spørsmålet om tannhelsetjenestens organisatoriske tilknytning har så langt primært dreid seg om hvilket forvalt-

ningsledd som skal sørge for at befolkningen får de tjenestene den har krav på, dernest om tjenestene skal leveres i offentlig eller privat regi.

Et bakenforliggende hovedspørsmål er: Skal norsk tannhelsetjeneste fortsatt være en autonom tjenestegren, eller skal den samkjøres på ett eller annet vis med den øvrige helsetjenesten? *Ten-nene tilbake til kroppen* har de siste årene vært et utbredt slagord i den politiske debatten. Med det mener noen at tannbehandling fortjener samme støtteregime som behandling av øvrige kroppsdelar. Andre legger antakelig i slagordet at tannhelsetjenesten bør samkjøres – kanskje integreres – med den generelle helsetjenesten, antagelig med kommunehelsetjenesten. Da den nåværende tannhelsetjenesteloven ble vedtatt i 1983, ble forankringen av tannhelsetjenesten i fylkeskommunene blant annet begrunnet med at tannpleien er mer for spesialistarbeid å regne enn som allmennhelsetjeneste. *Samhandlingsmeldingen (St.meld.nr. 47 (2008–2009))* som forelå 25 år senere, slo til lyd for samordning av alle primærhelse- og omsorgstjenester på kommunenivå, uten at tannhelsetjenesten ble nevneverdig omtalt. Statlige myndigheter har i alle år vært tvilrådige med hensyn til hvordan tannhelsen skal innpasses i totalbildet. En viktig forklaring er at tannlegene som stand har stått sterkt på fagets autonomi og motsatt seg lovregler og organisasjonsformer som ville innebære innskrenkning i fagets frihet – og dermed underdanighet i forhold til andre profesjoner. Legeskrekkene var lenge like utbredt blant tannleger som tannlegeskrekkene var blant skolebarn – og byråkratskrekkene er i dag blant legene.

### Fortsatt alenegang?

Innføringen av offentlig skoletannpleie er et lite påaktet kapittel i den offisielle historien om velferdsstaten. Reformen viste seg å bli et folkehelseiltak av rang. Skoletannpleien introduserte prinsippet om kollektivt og systematisk tilsyn og behandling. Barna ble innkalt klassevis, så godt som alle barn kom med – til sorg for noen, til glede for langt flere. Med årene gav systemet strålende resultater, spesielt etter hvert som forebyggingen og fluoren ble satt i høysetet. Med hensyn til organisasjon og systematikk har tannleger og tannpleiere mye å lære fra seg.



Men tannpleieetaten vokste frem på siden av – og ikke som en del av – det øvrige offentlige helsevesen. Slik var det og slik har det siden vært. Forklaringene er utvilsomt flere, hvorav profesjonsmotsetninger er én. Karakteristisk for alle yrkesgrupper, spesielt for dem som benevnes profesjoner, er hangen til autonomi. Profesjonene vil selv styre faget og slåss for å hindre at kvakksalvere, overkikadorer og administratører overstyrer yrkesutøvelsen. Resultatet er at samarbeid over faggrenser bremses. I tillegg kan særlovgivning for enkelte yrkesgrupper, taushetsplikt og personvern hensyn hindre samhandling.

Tredelingen av forvaltningsansvaret for helsetjenesten innebærer også hindre. Hver etat og hvert forvaltningsledd passer sine kasser og betaler nødvendig noe som andre kan tenkes å ha ansvaret for. Det bremser samhandling. Tannhelsetjenestens faglige utvikling avhenger i dag av ferdsselsårer på tvers av profesjonsgrenser og forvaltningsområder. Vår spesielle kompetanse kommer best til sin rett der tverrfaglig samarbeid er midlet, optimal behandling og folkehelse målet. Norske tannleger har en solid helsefaglig grunnutdannelse som med tillegg kan gi kompetanse for flere og andre oppgaver enn dagens. Spørsmålet er hvilken forvaltningsmessig tilknytning og organisatorisk utforming som åpner for de beste løsningene.

### Kommunal kontra regional forankring?

I mine yrkesaktive år som tannlege arbeidet jeg noen år som kommuneansatt, noen som fylkeskommunalt ansatt og noen år som statsansatt. Jeg trivdes i alle jobbene, og synes i ettertid at alle arbeidsplassene fungerte bra. Som tilitsmann i Tannlegeforeningen, og senere som sosial- (og helse-) minister med ansvar for forslaget til tannhelsetjenestelov i 1983, foretrakk jeg en fylkeskommunal tilknytning for tannhelsetjenesten. En statlig modell var på det tidspunkt overhodet ikke aktuell ut fra full tverrpolitisk enighet om desentralisering av helsefaglige oppgaver. Så vel Tannlegeforeningen som Sosialdepartementet mente at kommunalt ansvar for tannhelsetjenesten ikke var tilrådelig på grunn av kommunestrukturen. Et betydelig antall småkommuner ville neppe være i stand til å opprettholde kontinuerlige tjenestetilbud på grunn av personellmangel. Et så godt som en-

stemmig Storting sluttet seg derfor til forslaget om fylkeskommunal forankring av Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), organisert noenlunde slik Folketannrøkta hadde vært frem til da. Slik har etaten siden vært organisert, til de flestes tilfredshet, og med faglig suksess. Derfor sier trolig mange kolleger i dag «*Why change a winning team?*»

Selv er jeg i tvil. Om noen år vil formodentlig kommunekartet være forandret – uavhengig av om kommunalminister Jan Tore Sanner i denne runde får det som han vil med +/- 100 «robuste» kommuner. Fylkeskommunenes fremtid er uvisst. Lite tyder på at fylkeskommunene vil få tilbake ansvaret for spesialisthelsetjenesten eller for andre viktige helse- og omsorgsoppgaver. En bit av folkehelsearbeidet vil de riktignok fortsatt ha, men ikke mer, med eventuelt unntak av tannhelsetjenesten. Et slikt unntak vil innebære en ny runde med alenegang for tannhelsetjenesten – med de fordeler og ulemper det medfører.

### Fylkeskommunene – et trygt tilholdssted?

Fordelene med fortsatt tilknytning til fylkeskommunene vil avhenge av fylkeskommunenes fremtidige status og øvrige oppgaveportefølje. Regjeringen Solberg ser helst at fylkeskommunene blir nedlagt. Høyre og FrP har programfestet slik avvikling, stikk i strid med ønskene fra mellompartiene som krever at fylkeskommunene, eventuelt sammenslåtte regionfylker, gis større makt og flere oppgaver. Arbeiderpartiets holdning er tilsynelatende ambivalent. Regjeringen Stoltenberg var ansvarlig for sykehusreformen som i 2001 tok sykehusene fra fylkeskommunene uten senere å erstatte porteføljen med tilsvarende tunge oppgaver. På den annen side støttet partiet i juni i fjor (2014) et forslag i Stortinget fra mellompartiene om «*å utrede etablering av et nytt folkevalgt regionnivå som skal erstatte fylkeskommunen, parallelt med det videre arbeid med en kommunereform*». Forslaget ble vedtatt – mot regjeringspartienes stemmer.

Forskningsgruppen *Møreforskning* fikk utredningsoppdraget. Senhøstes 2014 forelå en utredning som skisserer flere region-/fylkesmodeller, avhengig av kommunestruktur og oppgavemengde etter at kommunereformen er avsluttet. I tillegg beskriver utrednin-

gen en storbymodell med fleksible oppgaveløsninger mellom region og kommune. Organiseringen av offentlig forvaltning vil måtte veksle fra region til region. Totalbildet av kommunal- og regionalforvaltningen blir mildt sagt forvirrende.

Det er vanskelig å se hvordan det kan bli ro rundt spørsmålet om fylkeskommunenes størrelse og status med mindre man finner frem til en modell som Stortinget kan stå noenlunde samlet bak. En slik modell bør bygge på kommunene som det viktigste ledd i lokaldemokratiet og velferdssamfunnets fremste tjenesteleverandør.

### Hva med en «kommuneeid» fylkeskommune?

Da tanken om regionalisering og storfylker sist var oppe for 8–10 år siden, var entusiasmen stor blant de fleste fylkespolitikere. Etter hvert fortok iveren seg. Den praktiske gjennomføringen bød på større tap enn gevinst. Få fylkeskommuner ville frivillig slå seg sammen med naboen, med mindre de selv fikk sitte i førersetet. Mange kommunepolitikere var den gang kritiske til regionreformen, blant annet fordi den tok oppmerksomheten bort fra lokaldemokratiets viktigste forum, kommunestyret.

Dagens lokalpolitikere ser behovet for å styrke lokal- og regionaldemokratiet. Men mange har vansker med å se at et regionsting er tingen, fjernet fra kommunene, valgt med beskjeden valgdeltakelse og med lav politisk legitimitet. Lokal- og regionaldemokratiets styrke avhenger mer av legitimiteten til forvaltningsleddene vi har, enn av hvor mange de er. Frem til 1976 var fylkeskommunen styrt av et fylkesting sammensatt ved indirekte valg av og blant kommunestyrerepresentantene. Det gav samhörighet med kommunene og legitimitet til fylkeskommunen, også fordi den distriktvis sammensetningen av styringsorganet var mer rettferdig enn den vi opplever ved direkte valg på fylkesting. Til gjengjeld ble kvinner den gang underrepresentert. Misforholdet kan formodentlig rettes opp gjennom forholdstallsvalg av fylkestingsrepresentanter med likestillingskrav.

Det lokaldemokratiet nå trenger, er et felles regionalpolitisk forum, styrt av kommunene selv, der felles oppgaver kan drøftes og avgjøres. En slik «felleseid» fylkeskommune kan påta seg tunge

samfunnsoppdrag som flertallet av kommunene – selv etter sammenslåinger – neppe vil makte alene. *Samarbeidsmodellen* for styringen av mellomnivået i forvaltningen ble denne modellen kalt i mindretallsforslaget fra *Oppgavefordelingsutvalget (NOU 2000: 22)*. Modellen er velpåvirket og åpner for et kompromiss som forener hensynene til lokaldemokrati, effektivitet og legitimitet i befolkningen.

### Ka godt ska' me gjera no?

Graden av suksess med kommunal forankring vil etter min mening avhenge av kommunereformen. Dersom det lykkes å slå sammen det store flertall av kommuner til handlingskraftige velferds- eller helsekommuner, er det naturlig at tannhelsearbeidet inngår i kommunenes oppgaveportefølje. Jeg tror kommunehelsetjenesten generelt, og tannpleien samt folkehelsearbeidet spesielt, vil være tjent med det. For tannlegene, tannpleierne og andre i tannhelsetjenesten vil kommunal forankring innebære en bredere faglig basis enn den fylkeskommunene kan tilby. Tverrfaglig samarbeid i helseteam som skissert i *St.meld. 26 (2014–2015)* innebærer nye og utvidete faglige utfordringer gjennom såkalt *profesjonsnøytralt* samarbeid. Universitets- og høyskolerådet har allerede fått i oppdrag å utrede hva som skal være felles innhold og hvordan tverrprofesjonell samarbeidslæring kan integreres i helse- og sosialfagutdanningene (*St.meld. 26 (2014–2015)* s. 58).

Såfremt det ikke lykkes å få frem en kommunestruktur med kommuner store nok til å makte oppgavene de er tiltenkt, kan en mulig løsning være å knytte tannhelsetjenesten til et kommunenes felleseide *samarbeidsfylke*, slik organiseringen er skissert ovenfor. I så fall, vil det være naturlig å knytte forvaltningen av hele primærhelsetjenesten til samarbeidsfylket.

Et sannsynlig scenario er at kommunereformen i første omgang vil resultere i et antall bærekraftige kommunesammenslutninger i deler av landet, spesielt i sentrale og folkerike strøk. I andre deler vil kommunestrukturen være noenlunde uendret. I så fall er det aktuelt med ulike forvaltningsregimer i ulike deler av landet, i hvert fall i en periode. Det er uønsket, men kan bli nødvendig. Ulike forvaltningsregimer kan benyttes som argument for å opp-

rettholde tilknytningen til fylkeskommunene. Men også fylkeskommunenes fremtid og oppgaveportefølje er uklar. Lite tyder i dag på at fylkeskommunene eller regionene vil få ansvar for hele eller deler av spesialisthelsetjenestene, heller ikke for andre tunge helse- og velferdsoppgaver.

Som sagt: Stortinget har nå vedtatt at ansvaret for hele tannhelsetjenesten, også for tannlegespesialistene, skal legges til kommunene, men «*vil utrede hvordan og når implementeringen skal skje*». Da får vi formodentlig også vite hvordan den private sektor, eventuelt også trygdeordningene, er tenkt innpasset i systemet. Mye er ennå usagt.

Leif Arne Heløe

Norsk institutt for by- og regionforskning  
(NIBR)

Leif.Heloe@nibr.no

### Litteratur:

1. Halvorsen M. Et hull i velferdsstatens perlerad? Om tenner og trygd. I: Ketscher K, Lilleholt K, Smith E & Syse A. (red.): Velferd og rettferd: Festskrift til Asbjørn Kjønsstad, 70 år. 2. kapittel 211–225. Gyldendal juridisk. Oslo 2013.
2. Helsedepartementet. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001): Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).
3. Helsedepartementet. NOU 2005: 11: Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet.
4. Helsedepartementet. St.meld.nr. 47 (2008–2009): Samhandlingsmeldingen.
5. Helsedepartementet. Prop. 90 L (2010–2011): Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).
6. Helsedepartementet. Prop. 91 L (2010–2011): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 26 (2014–2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
8. Heløe LA. Den norske striden om regionalforvaltningen. Nordisk administrativt tidsskrift 2015 nr. 2. Under trykning.
9. Jacobsen S. Fra smerte til smil. Den offentlige tannhelsetjenesten i Oslo 1910–2010. Oslo 2010.
10. Kommunal- og regionaldepartementet. NOU 2000: 22: Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune.
11. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Meld. St. 14 (2014–2015): Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner.
12. KS-rapport 2005. Sterke regioner – tid for reform. Strategidokument fra kommunesektoren.
13. Kullmann G. Den norske tannlægeforening gjennom 50 år: 1884–1934. Den norske tannlægeforening. Oslo 1934.
14. Ramm J. Den norske tannlægeforening gjennom 75 år: 1884–1959. Den norske tannlægeforening. Oslo 1959.
15. Sollund A. Den norske tannlegeforening gjennom 100 år: 1884–1984. Den norske tannlegeforening. Oslo 1984.
16. Stenvik R. Fra tannlegekunst til helseprofesjon – Den norske tannlegeforening i 125 år. Den norske tannlegeforening. Oslo 2009.