

Svar til Ina Jiang:

Strengt kvalitetskrav

Det odontologiske fakultet er glad for enhver debatt om utviklingen av tannlegefeltet. Det er imidlertid Kunnskapsdepartementet som gir oss vårt samfunnsoppdrag, som blant annet innebærer å utdanne et gitt antall høyt kvalifiserte tannleger. Det er strenge opptakskrav til studenter som tas opp senere enn ordinært opptak.

Informasjon om dette opptaket er, i likhet med all annen informasjon om studier og ordinært opptak, tilgjengelig på våre nettsider til enhver tid: <http://www.uio.no/studier/program/odontologi/opptak/suppleringsopptak.html>.

Studentene som tas opp senere enn ordinært opptak suppleres med de kurs de eventuelt mangler. Vi stiller like og

høye kvalitetskrav til alle tannleger som uteksamineres hos oss.

*Anne Merete Aass, studiedekan, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo
a.m.aass@odont.uio.no*

Kommunal tannhelsetjeneste er på vei

Tidende nr. 10, 2015 blir avdelingsdirektør i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Kjell Røynesdals innlegg ved Lønnspolitisk forum omtalt. Han berører så vel regjeringens ideologi, som vesentlige forhold ved den vedtatte endringen om å overføre Den offentlige tannhelsetjenestens ansvar fra fylkene til kommunene. Stortingsmelding 14 (2014–15) er vedtatt av Stortinget. Denne medfører at lokalsamfunnene skal få mer ansvar for oppgaver lokalt. Tannhelsetjenesten er et eksempel på en ny oppgave som skal bidra til at «enkeltpersoner, familier, organisasjoner og lokalsamfunn skal få større innflytelse over saker som angår dem selv og over samfunnsutviklingen». Vil forutsetningene for tannhelsetjenestene endres vesentlig gjennom en mer lokal forankring? Tannlegeforeningen kan bidra med markedsinnsikt – kunnskaper vi sannsynligvis trenger mer av.

Det er imidlertid betryggende at det ikke vil skje noen oppgaveflytting før prosessen med kommunesammenslåing er sluttført.

Klinikkstruktur og tilgjengelighet

Gjennom mange år har det skjedd en sentralisering av Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Med bakgrunn i vanskeligheter med rekruttering av personell, samlet mange fylker på 2000-tallet små klinikker til større fagmiljøer for å skaffe unge tannleger til tjenesten. Dette skjedde mot en rekke ordføreres vilje. Disse sloss iherdig for sitt halvtomme tannlegekontor. Ifølge Røynesdal ønsker regjeringen å «gjøre noe med» det forhold at 90 kommuner «ikke har tilfredsstillende tilgjengelighet». Spørsmålet er hvorvidt det – innenfor fremtidige kommunale budsjetter – vil være driftsgrunnlag for flere klinikker. Er befolkningsgrunnlaget tilstrekkelig? Eller ligger løsningen i at mange små kommuner vil bli del av større, uten at reisetiden til en «bærekraftig» klinikk dermed blir kortere? I dag er det eksempelvis 94 kommuner som i gjennomsnitt har 282 innbyggere i aldersgruppen 0–18 år. Videre er det 131 kommuner med 719 i samme aldersgruppe (Kilde: SSB, Statistikkbanken). 18-åringene har som kjent i snitt

ca. 4 fylte tannflater. Kanskje kan det bli noen flere private klinikker der hvor kommunene ser seg tjent med å inngå avtaler. Men tannleger må ha en viss mengdetrening for å opprettholde klinisk kompetanse, og private må i tillegg ha forsvarlig økonomi. Helseministeren er opptatt av kvalitet i lokalsykehusene, og han vil sikkert ikke gjøre unntak for tannhelsetjenesten. Her handler det om personell og penger, mer enn paragrafer. Det er riktig som Røynesdal uttrykker: Nærhetshensynet står i motsetning til effektivitetshensynet.

Lokaldemokrati

Det er interessant hvordan noen partier mener at lokalt selvstyre med rammetilskudd gir de beste løsningene, mens andre (Frp) sverger til øremerkede statlige midler («la pengene følge de gamle – så blir de en *mulighet* istedenfor et *problem* for kommunene!»). De tidligere opposisjonspartiene i Oslo har i mange sammenhenger, samtidig som de er for lokale løsninger, etterspurt nasjonale normer for bemanning i barnehager,

skolehelsetjeneste og sykehjem. Lokal-demokratiet sliter med å få de økonomiske endene til å møtes. Slik sett kan det kanskje være en fordel om ordførerne, som har gått i fakkeltog for sitt lokale tannlegekontor mens fylkene har hatt det økonomiske ansvaret siden 1984, i fremtiden må ta de økonomiske konsekvensene. Kommunene må selv prioritere lokalisering av klinikker og rekruttering av personell. Hvorvidt regjeringens ønsker om å gjøre noe med tilgjengeligheten, samtidig løses gjennom de kommunale rammene, gjenstår å se. Det blir neppe mer penger, men sannsynligvis vil mer av pengene gå til administrasjon. Det ligger utenfor Stortingets kompetanse å forhindre.

Kvalitet på tjenestene

Røynesdal nevner flere av «de ubesvarte spørsmålene», som han baserer på det NTF spilte inn til stortingskomiteen på høringsmøtet til stortingsmeldingen. Blant andre: Hvordan sikrer vi en helhet i de regionale tilbudene når ansvaret deles mellom mange kommuner? Og, Hvordan vil en overføring påvirke struktur, rekruttering og tjenestekvalitet i ulike regioner? Dette bringer oss kanskje til kjernen i endringene vi står overfor. Når regjeringen åpner for mer lokalt ansvar, åpner den samtidig for større forskjeller i organisering og tilbud. Bordet fanger. For å argumentere med mulig endring i tjenestekvalitet må vi dessuten vite hvilken kvalitet som er gjeldende. Hvilke mål har vi på den – utover at befolkningen er fornøyd? Vi har statistikker på prioritert klientell under tilsyn. Det finnes tall på fylte flater pr tannlege. Likeledes har vi tall på karieserfaring i utvalgte aldersgrupper av barn og unge. Men «tjenestekvaliteten» overfor eldre i hjemmesykepleie og i sykehjem, kan den bli dårligere når kommunene overtar? Bli den kanskje bedre? Hvordan er den i dag? Det snakkes varmt om «den nordiske tannhelsemodellen». Sannheten er jo også at fluor for alvor kom til på 1970-tallet, sterkt anbefalt av Tannhelsetjenesten. Dette, og ikke lavere suk-

kerforbruk, har medført at den samme Tannhelsetjenesten i dag ser barna betydelig sjeldnere enn tidligere. Det er fantastisk at tannhelsen er blitt så mye bedre – men det skyldes ikke en «modell» som gjennom økte innkallingsintervaller på sett og vis har fjernet seg fra ungdommens bevissthet. Har vi måltall som viser at pleietrengende eldre har fått den oppmerksomheten som friske barn ikke lenger trenger?

Nasjonale prøver i skolen viser pr 17.november 2015 at resultatene er bedre i Oslo og Akershus enn i Nord-Trøndelag. Ungdomsskolen er også kommunal. Man kan sikkert diskutere kvaliteten på de nasjonale prøvene. Noen lærere lar elevene lese for å øve på lesing mens andre anklager dem for å øve på prøvene. Uansett, det foretas målinger hvert år. Tannhelsetjenestens målinger viser at karieserfaringen hos de unge jevnt og trutt har vært på retur, med unntak av årene etter at helsemyndighetene kom i skade for å «fraråde» fluor til barna. Hvilke kvaliteter som ligger i begrepet «tilsyn» kan det være vanskeligere å bli klok på – «oppsøkende» likeså.

Hva vil skje med de regionale kompetansesentrene? I den sammenheng bør regjeringen merke seg at lokaldemokratiene i Oslo og Akershus har trukket seg fra samarbeidet om TkØ. Sentralt i Stortingets arbeid med Stortingsmelding 35, var skjevdelingen av spesialistkompetanse i Norge. Kompetansesentrene i distrikts-Norge burde derfor prioriteres når statsbudsjettet ser ut til å øremerke midler til dette formålet.

Kommunene vil kunne løse oppgavene på flere måter, akkurat som fylkene kan det i dag. Lov om tannhelsetjenesten blir historie og tannhelsetjenester blir del av helse- og omsorgstjenesteloven. Pasientrettighetsloven gjelder uansett, men får kanskje en supplerende ordlyd. Tannhelsetjenestens rammer overføres fra fylkene til kommunene. Der er det flere å kjempe om pengene med. Spørsmålet er om det tredje forvaltningsnivået, fylkene, på

sikt vil opphøre uansett. Da Tannlegeforeningen diskuterte forankring ved forrige korsvei i 2001, var det bred enighet om at staten ville være å foretrekke – med egne tannhelseforetak regionalt. Da var foretaksmodellen i skuddet, og denne lot til å være mer spennende for Den offentlige tannhelsetjenesten enn en forankring i små kommuner. Dette til tross for at tjenesten må betraktes som en primærhelsetjeneste, og slik sett burde forankres sammen med andre primærhelsetjenester heller enn med sykehusene. Regjeringen besluttet å la tjenesten bli i fylkene. Dagens helseminister har vært skeptisk til helseforetakene, og regjeringspartiet Høyre er i mange sammenhenger kritisk til fylkene som egne forvaltningsnivåer. Kommunene blir ikke fjernet, men en hensiktsmessig reduksjon i antallet kommuner som kan gi rom for sterkere fagmiljøer innenfor mer og mer komplekse tjenestetilbud, vil tvinge seg frem. Dette er en spennende mulighet, selv med de oppgavene kommunene allerede har.

Tannhelsetjenesten må argumentere med målbar kvalitet – med hva den er god for og hvorfor. Hvordan definerer og beskriver vi kvalitet? Det må vi være sikre på dersom vi skal slåss for det vi vil verne om og imot det vi frykter å miste. Faren for at de kommunale rammetilskuddene skal havne i ubemannede kontorer «ein stad der ingen skulle tru at nokon kunne bu» reduseres best gjennom dokumenterbar bransjeinformasjon. Når de nye kommunestyrene får mer ansvar tar de forhåpentligvis til fornuft, også på tannhelsefeltet. Rammene består av økonomi og tilgang på bosettingsvillig personell – da som nå. Økonomien behøver ikke, relativt sett, å bli dårligere enn i dag. Styrket kvalitet fordrer imidlertid en smartere bruk av ressursene. Det gjenstår å se om dette vil innebære bedre tilgjengelighet.

Carl Christian Blich
carl.christian@stomapro.no