

Temakveld i Oslo Tannlegeforening, 6. desember 2022:

Tannhelsetjenesten – hvor er vi og hvor skal vi?

Hvordan starter man egentlig fra scratch? Hva vet vi om tannhelsetjenesten i dag? Og hvordan skal vi rekruttere og motivere tannlegene til å jobbe i distriktene og der folk bor? Det var bare noen av temaene som ble tatt opp.

 KRISTIN AKSNES

Fremtidens tannhelsetjeneste var temaet for Oslo Tannlegeforenings tirsdagsmøte den 6. desember. Debattledere var Kjetil Reppen, tannlege og universitetslektor, og Ole Rolvsrud, kjent fra NRKs sjakk- og sportssendinger.

Panelet besto av Per Christian Prösch, fylkestannlege og avdelingsdirektør i helseetaten i Oslo kommune, Margrethe Sunde, president i hovedorganisasjonen Virke og CEO i den private tannlegekjeden Odontia, Paal Barkvoll, dekan ved UiO i mange år og nå president i ADE (Association for Dental Education in Europe), Heming Olsen-Bergem, president i Tannlegeforeningen, Seher Aydar, medlem av Helse- og omsorgskomiteen og stortingsrepresentant fra Rødt, og Arnt Einar Andersen, leder av NTFs valgkomité og privatpraktiserende tannlege i Trondheim.

Hvor står vi?

– Store grupper får ikke den hjelpen de trenger. Vi vet at 27 prosent av de laveste inntektsgruppene ikke går til tannlegen. 200 000 familier sliter økonomisk på grunn av økte levekostnader. De avstår fra tannbehandling. 140 000

minstepensjonister har en snittinntekt på 200 000 kroner. Vi har uføretrygdete, folk på arbeidsavklaringspenger, lavtlønnede, og vi har 200 000 aleneforsørgere. Alle disse faller utenfor, rett og slett fordi tannbehandling blir for dyrt. Det er grunnen til at man har introdusert noen nye ordninger. Det første som skjedde var i fjor, da 20- og 21-åringer skulle betale 50 prosent av honorartakst ved behandling, og resten støttet av det offentlige. Nå har regjeringen foreslått at den samme ordningen skal gjelde for de som er 23 til 26 år. Det er også store grupper av eldre som kommer inn under denne ordningen. 27 prosent av befolkningen i dag er eldre enn 62 år, i 2040 er det 36 prosent som er over 62. Dette åpner for noen nye perspektiver, sa Kjetil Reppen i sin innledning.

– Vi har etterlyst en gjennomgang av dette systemet fordi det er grupper som faller utenfor, enten det er medfødte tilstander eller sårbarhet, tilstander som de får dekket fullt ut i helsevesenet ellers. En annen utfordring er at politikerne kaster på oss penger for tiden, i et system som egentlig ikke fungerer så godt, supplerte Heming Olsen-Bergem.



Panelet besto av (f.v.) Arnt Einar Andersen, Seher Aydar, Heming Olsen-Bergem, Paal Barkvoll, Margrethe Sunde og Per Christian Prøsch. Moderatorer var Ole Rolvsrud og Kjetil Reppen.

– Hvordan er situasjonen i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), spurte Rolvsrud.

– Vi har fortsatt et etterslep etter pandemien. DOT i Oslo har i dag ansvar for 150 000 brukere. Fra nyttår i 2022 fikk vi 18 000 nye brukere. Hvis de får gjennomslag for statsbudsjettet, får vi 47 000 flere, det vil si 65 000 nye brukere i løpet av to år. Det har ikke Den offentlige tannhelsetjenesten mulighet til å ta ansvar for, og vi må finne andre løsninger. Vi må kjøpe tjenester av private, og det fungerer, men det har noen sideeffekter, som at tannlegetilstrømmingen i de store byene øker. sa Per Christian Prøsch.

– Som den eneste blant de inviterte politikerne som kunne komme, hvordan reagerer du på det du hører her? Rolvsrud stilte spørsmålet til Seher Aydar.

– Jo mer jeg jobber med tannhelse, jo mer forstår jeg at det er et vanskelig felt. Jeg tror det er derfor det er en sprikende og lite kartlagt situasjon og vi har få sikre tall. Vi trenger penger, og vi trenger bedre kartlegging av hele feltet. Og det haster. Det er flere som har dårlig råd, og jeg er bekymret for at vi ikke har noen tid å miste, og at vi må bruke denne stortingsperioden hvor vi faktisk har flertall, til å lage en tannhelsereform og til å gjennomføre den. Så jeg ser fram til resultatet av tannhelseutvalgets arbeid og håper dette kan være starten på å utvide Den offentlige tannhelsetjenesten, sa Aydar.

– Vi har ingen oversikt over feltet eller hva det vil koste. Politikerne har sagt at de vil utvide ordningen til å gjelde alle aldersgrupper, sa Reppen.

Hva foregår i Europa?

– Hvilke ordninger har de i andre land for å fase inn munnen i resten av kroppen? spurte Rolvsrud.

– Det foregår mye internasjonalt akkurat nå. WHO vedtok i sommer en strategi for oral helse fram til 2030, men jeg er usikker på om regjeringene er helt klar over hva de har forpliktet seg til. Det legges vekt på å integrere oral helse i generell helse. Oral helse er noe innbyggerne i alle land skal ha krav på, og det langsiktige målet er en universell ordning. I mitt arbeid, når jeg reiser rundt i Europa, ser jeg at dette er på agendaen, sa Paal Barkvoll.

– Bærekraft er viktig. Men vi som stand er kanskje gått oss litt bort. Vi tenker på miljøvennlige materialer, men det aller viktigste vi kan gjøre som stand er å forebygge sykdom, fortsatte Barkvoll.

Kjeder og kontrakter

– Nå er det er jo sånn at dette ikke bare er en helsetjeneste, det er også en næring. Næringen lever sitt liv og her er det markedskreftene som fungerer. Vi må ikke glemme at næringslivet er en modell som fungerer godt. Det er ingen



Paal Barkvoll (t.v.), Margrethe Sunde og Per Christian Prøsch.

tvil om at de som investerer i fondene som eier kjedene vil tjene penger. Det er faget deres, akkurat som det er vårt fag å være tannleger. På den annen side, investorene går også inn i tannlegebransjen fordi det er trygge og langsiktige plasseringer, og det betyr stabile og fornøyde ansatte og pasienter, sa Arnt Einar Andersen.

– NTF er også en forening for tannlegene i kjeder. Når det gjelder kontrakter, har jeg sett dårlige kontrakter fra både kjeder og solotannleger. Vi er klar over det utenlandske investoraspektet, som kan innebære at når du har presset prisene på utgiftene langt nok ned, og økt inntektene så mye som det er mulig, er det én ting til å ta, og det er kontraktene til de ansatte. Vi vet at kjeder utenlands har sagt opp alle ansatte og reforhandlet kontraktene. Men dette kan også skje i en privatpraksis hvor som helst, dette er ikke noe unikt for kjeder, sa Olsen-Bergem.

– Kjeder er så mangt. Jeg bekymrer meg mye mer over de kjedene som dumper priser. Det tror jeg vi må passe nøye på, for du lever ikke av 199 kroner for en undersøkelse med puss og rens og røntgen. Det sier seg selv, fortsatte han.

Tannhelseutvalget ser på om vi kunne gjøre noe lignende det de gjør i Danmark. Vi mener at tannlegen skal være den faglig ansvarlige. Tannlegen skal være autonom, og skal bestemme selv hvordan faget skal drives. I Danmark har de et krav om at tannlegen skal eie 51 prosent av en privat praksis, uansett om de er en kjede eller ikke, avsluttet Olsen-Bergem.

Spesialister og spesialiteter

Et spørsmål fra salen:

– De svake gruppene får ofte ikke et godt nok tilbud i det offentlige. De møter ofte tannpleiere som får de tyngste oppgavene. Hvorfor er det ikke mer spesialistkompetanse i DOT?

– Jeg er ikke tilhenger av å spesialisere oss mer. Vi hadde en debatt i NTF for noen år siden, da mente presidenten at vi ikke skulle ha mer enn ti prosent spesialister, og i dag er vi oppe i 12–14 prosent.

Vi skal ha spesialister, men vi må først og fremst sørge for at vi har nok tannleger utover i landet. Det er allmenn-tannlegen som er den viktige bidragsyteren, svarte Prøsch.

– Jeg tror vi må tenke helt nytt om forebygging og hvem som skal gjøre det. Nå har jeg selv vært med i en gruppe i WHO som jobber med fremtidens «workforce», hvor vi også har snakket om spesialister. Det er bekymringsfullt å ha så mange spesialiteter som vi har i Norge. Hva skal bli igjen til allmennpraktikeren? Det er noe vi hele tiden må diskutere, slik at allmennpraktikeren ikke står igjen med avanserte tannpleieroppgaver. Det vil komme et forslag om multidisiplinær odontologi som ny spesialitet, hvor du skal kunne litt om alt. Jeg ble intervjuet av helsemyndighetene om dette og sa følgende: Det som ligger i læringsmålet til programmet i multidisiplinær odontologi er utmerket, men dette bør være sluttkompetansen til fremtidens tannlege, sa Barkvoll – til stor applaus fra salen.

Fra null til hundre i Fitjar kommune

–Vi skal trykke på den røde resett-knappen og begynne på nytt. Vi må tenke annerledes. Hvordan gjør vi det? Hvor annerledes skal tannhelseutvalget tenke? spurte Rolvsrud.

– Helt annerledes, svarte Olsen-Bergem. Utvalget tenker at det ikke er sikkert at vi har en offentlig tannhelsetjeneste, og det er heller ikke sikkert vi har en privat, kanskje er vi slått sammen i et annet system. Eller kanskje blir det som i helsevesenet ellers. Alle disse tankene tør de å diskutere i utvalget, og det er det vi også må tørre å diskutere. Hvordan kan vi gjøre det for å være enda bedre? De som sitter i utvalget kommer fra mange forskjellige bakgrunner – fra jus, fra NTNU, fra Handelshøyskolen, og de tenker

Seher Aydar (i midten) håpet resultatet av tannhelseutvalgets arbeid ville være starten på en reform. Til venstre Arnt Einar Andersen og til høyre Heming Olsen-Bergem.



annerledes. Hvis vi mener at den modellen vi har i dag er best, må vi ha argumenter for det, og det opplever jeg at vi ikke har. Og vi tar ikke innover oss at det er sagt at vi skal bli en del av det ordinære helsevesenet. Hvordan skal vi bli det? fortsatte han.

– Et godt eksempel på en ny løsning kommer fra Fitjar kommune, hvor ordføreren har skrevet til utvalget og pekt på hvordan de løser sin situasjon. Det finnes hverken offentlig eller privat tannlege i kommunen, og de trenger tannlege for å ivareta befolkningen fra null til hundre år. Ordføreren foreslår å ha en privatpraktiserende tannlege, og har snakket med en som er interessert i å etablere seg. Denne tannlegen skal ha avtale med det offentlige, slik at alle fra null til hundre år kan få behandling. For vi er også nødt til å tenke på hvordan vi skal ivareta Distrikts-Norge, avsluttet Olsen-Bergem.

– Slik det er nå, har vi hverken private eller offentlige tannleger i distriktet. Vi trenger insitament til at de som vil etablere seg vil bli værende i minst tre til fire år. Solopraksiser er ikke attraktivt for de fleste. Alle vil gjerne ha et større arbeidsmiljø. Vi må se på ordninger som gjør det attraktivt å bo utenfor de store byene, og vi må få tannleger og tannpleiere dit folk bor, og hvor vi ikke stimulerer til overetablering der det er nok tannleger fra før, supplerte Prøsch.

– Når det gjelder små klinikker kan vi se til Sverige. Sverige hadde en mentorordning i Folketandvården, noe som gjorde at de sto lenge i arbeid i det offentlige. Nå har de fjernet mentorordningen, og folk forsvinner fortore over i det private, *sånn som i Norge*, sa Olsen-Bergem.

Er det for mange tannleger i Norge?

– Er det for mange tannleger i Norge? I 2018 utdannet vi 122 tannleger i Norge og fra utlandet kom det 195 i tillegg. Hva skjer? spurte Reppen til slutt.

– Jeg tror vi må se grundigere på dette. Nå er det slik at 50 prosent av tannlegene som kommer fra utlandet, utdannes i kommersielle programmer i Øst-Europa. Det gjør de ikke for at Norge skal få nok tannleger. Vi som et rikt land bør utdanne det antallet vi trenger i utgangspunktet. Det betyr ikke at en ikke skal studere i utlandet, men man bør studere ved de tradisjonelle lærestedene, og ikke i de engelskspråklige programmene. De er jo ikke der for å hjelpe Norge, de er der for å sikre sin egen økonomi ved egen institusjon. Det vi ser i Europa nå er at det stadig popper opp nye engelskspråklige utdanningsinstitusjoner uten akademisk forankring, og det betyr at vi må se på akkrediteringsordningene. Ta for eksempel Danmark, de finansierer ikke disse engelskspråklige utdanningene i det hele tatt, men det gjør vi. Kvaliteten på disse pprogrammene er ikke nødvendigvis i tråd med våre retningslinjer, sa Paal Barkvoll.

Tannlegeutdanningen i Europa følger et yrkesfaglig direktiv som kom i 2005. Det er under revisjon for øyeblikket, og under behandling i EU-kommisjonen. Men det er ingen tvil om at mange institusjoner ligger helt på grensen til minimumskravene. Så vi må utdanne flest mulig selv, og så ha utviklingsprogrammer. Vi får dessuten mulighet til å studere i utlandet gjennom utvekslingsprogrammet Erasmus. Jeg vil ikke si noe om antallet, bare at vi må utdanne flest mulig selv. Grimstadutvalget, som kom med sin innstilling om medisinsk utdanning i 2019, pekte på at minst 80 prosent av medisinsk utdanning *bør skje* i eget land, avsluttet Barkvoll.

– Dette handler også om beredskap. Skal vi ha god beredskap, må vi utdanne selv, og det gjelder også om vi skal integreres med resten av helsevesenet, avsluttet Olsen-Bergem.