

# Tannhelsetjenesten utredes – forhåpentligvis med nye briller

✍ CARL CHRISTIAN BLICH, PRIVATPRAKTISERENDE TANNLEGE OG UNIVERSITETSLEKTOR VED SEKSJON FOR SAMFUNNSODONTOLOGI, DET ODONTOLOGKSE FAKULTET, UNIVERSITETET I OSLO (UIO)

I lys av Helsepersonellkomisjonens nylig avgitte rapport: Er norsk tannhelsetjeneste forberedt på fremtidens behov? Jeg er redd svaret, spesielt i privat sektor, er nei. Det knytter seg spenning til om det regjeringsoppnevnte tannhelseutvalget evner å tegne et realistisk bilde av fremtidens tannhelsetjeneste. Det må til dersom pasienter med hittil uløste behov skal få et bedre tilbud. Og: Det blir nok lenge til neste gang.

Helsepersonellkomisjonen leverte sin NOU «Tid for handling» 2. februar. Denne skal ut på høring, men den inneholder vurderinger og forslag som allerede har fått oppmerksomhet, og som kan være til nytte i det pågående arbeidet med en tannhelse-NOU.

Helsepersonellkomisjonen berører i liten grad tannhelsetjenesten. Den omtales, men i stor grad er det SSBs tall som legges frem – uten vesentlige vurderinger. Ikke desto mindre vil mange av tankene komisjonen har omkring personell i helse- og omsorgstjenesten også kunne ha overføringsverdi for tannhelsetjenesten. Dette gjelder eksempelvis oppgavedeling, forskning, vitenskapsbasert grunnutdanning, utdanning i Norge versus utlandet, mentorordninger og «hus-hytte»-stillinger (stillinger delt mellom institusjoner eller fagmiljøer).

Norge ligger på toppen i Europa i ressursbruk til helse- og omsorgstjenester. Vi har høyest andel sysselsatte, og er blant landene som bruker mest av fellesskapets penger på disse tjenestene.

Dette kan overføres på tannhelsetjenesten i det Norge er ett av de mest tannlegetette landene i Europa. Utvalget fastslår, basert på tall fra SSB, at vi i Norge har én tannpleier per fire tannleger i motsetning til eksempelvis Sverige som har én til to. Privat tannlegepraksis, som utgjør 70 prosent av tannlegene i Norge, har bare én tannpleier til seks tannleger. Dette er neppe bærekraftig, tannhelseutviklingen i Norge tatt i betraktning – men slik har den private tjenesten valgt å organisere seg i gode tider.

Komisjonen påpeker også betydningen av folkehelsearbeid og forebygging for å redusere behovet for høykompetent sykdomsbehandling. Det foreslås at pasient- og brukerorganisasjonene

involveres mer i det praktiske folkehelsearbeidet til avlastning for helsepersonellet.

## Tannhelsetjenesten

HELSEMOD er SSBs verktøy for å beregne fremtidig behov for helsepersonell. Hvor godt egnet denne modellen er for tannhelsetjenesten kan diskuteres. Samtlige beregninger undertegnede har observert gjennom de siste 30 årene har, i til dels betydelig grad, slått feil. Ikke desto mindre: SSB spår at det ved høy etterspørselsvekst vil være anslagsvis 5 300 for få årsverk tannhelsesekretærer i 2040. Beregnet overskudd (!) tannleger vil være det samme ved høy etterspørsel som i det såkalte «mellomalternativet»: 400 årsverk, mens tilsvarende overskudd tannpleiere beregnes til 200. Ved lav etterspørselsvekst beregnes overskuddene i 2040 til å være henholdsvis 1 000 tannlege- og 300 tannpleierårsverk.

Tannhelsen i Norge er i jevn forbedring og 2040 er 17 år inn i fremtiden. Jeg har knapt tidligere registrert slike tall fra SSB.

Komisjonen skriver at «personellveksten i tannhelsetjenesten har i hovedsak skjedd i de private tannhelsetjenestene».

Hva gjelder ledige offentlige stillinger støtter man seg også til innrapporterte tall til SSB. I 2020 var det 45,2 ledige allmenntannlegeårsverk, mens tilsvarende i 2021 var 59,2.

2020: 14,4 ledige tannpleierårsverk og 2,2 spesialistårsverk. Tilsvarende i 2021: 22,1 tannpleier- og 3,4 spesialistårsverk.

Undertegnede har i en årrekke, og flere ganger i løpet av året, saumfart fylkenes nettsted og i snitt funnet at antall utlyste årsverk utgjør under halvparten av de innrapporterte. Mange er vikariater. Dette har sikkert en forklaring, men uvisst hvilken.

## Studenter – grunnutdanning

Rapporten beskriver at det i 2021/2022 var 324 utenlandsstudenter (tall fra lånekassen). Dette er det høyeste tallet i statistikken tilbake fra 2010/2011. En stor andel av tannlegestudentene befinner seg i Polen og Spania.

Tall fra andre kilder: I perioden 2015 til 2020 fikk 1 763 tannleger autorisasjon i Norge (Statens autorisasjonskontor). 1 002 av disse hadde utdanning fra utlandet. I samme periode rapporterte SSB om en økning på 239 årsverk. Hvorvidt alle de autoriserte arbeider i Norge er uvisst. I en tentativ beregning, der det forutsettes at 150 individer årlig pensjoneres eller trer ut av tannlegemarkedet av andre grunner, vil det i samme periode være et «overskudd» av autoriserte på 863 individer. Dette samtidig som økningen i antall årsverk altså «bare» var på 239 årsverk.

Kommisjonen viser til Grimstadutvalget og mener at flertallet innen «de store helsepersonellgruppene» bør utdannes i Norge. For legenes del presiseres en anbefaling på 80 prosent av de legene landet trenger. I 2021 ble over halvparten av legene og tannlegene som fikk autorisasjon utdannet utenfor Norge. Det tas til orde for økt utdanningskapasitet for leger innenlands. Hvordan dette bør være for tannleger omtales ikke, men argumentasjonen – at vi ikke må gjøre oss avhengige av utenlandske til dels kommersielle utdanningsinstitusjoner – bør være overførbar til vår egen yrkesgruppe. I så fall gjenstår heller en avklaring av antallet, ettersom det frem mot 2040 anslås et betydelig underskudd av leger, mens det samtidig anslås mellom 400 og 1000 overtallige tannlegeårsverk. Utvalget trekker frem leger og tannlegers kompetanse som spesielt fremhevet i helsepersonelloven.

Kommisjonen påpeker at det økende antallet eldre må møtes med forebyggende tiltak for å bedre deres helsetilstand. Tannhelse blir også her utelatt, men tiltakene bør være like relevante for tannhelsetjenestens del.

## Tannlegeutdanningen i Norge

Uansett om utdanningskapasiteten i Norge bør økes eller ikke, til erstatning for utenlandsstudier, så vil det være behov for gode utdanningsinstitusjoner med fremtidsrelevante utdanningsprogrammer her til lands. Dette krever, etter undertegnede mening, en overordnet nasjonal planlegging, ettersom tannhelsetjenesten – i motsetning til praktisk talt alle andre helsetjenester – i stor grad leveres av private tilbydere i et marked. Staten overlater ikke til markedet hvordan fremtidens øvrige helsetjeneste skal planlegges.

Fakultetet i Oslo har store utfordringer i dagens marked, ikke minst med å rekruttere det nødvendige antall pasienter til undervisningen. Hvorvidt dette er en bivirkning av pandemien eller har en mer fundamental forklaring gjennom priskonkurran-

sen i Oslo-markedet, skal være usagt. Det er uansett ingen god løsning å måtte lempe på de kliniske kravene og løse utfordringene med økt bruk av «fantomhoder» i studentklinikken. Den kliniske grunnutdanningen handler like mye om kommunikasjon og samhandling med levende mennesker som rene tekniske ferdigheter. En annen utfordring, som ikke er tilstrekkelig belyst, er konsekvensene ved å overføre ansvaret for den kliniske utdanningen av tannlegespesialister til regionale kompetansesentre i de store universitetsbyene. Planene om dette burde vært en del av evalueringen av ROKene som nå skal gjennomføres, men ser ikke ut til å inngå i mandatet. At offentlige midler brukes på konkurrerende offentlige virksomheter, og den potensielt skadelige effekten av dette, var ett av argumentene i det opprinnelige DOK8-forslaget som tok til orde for en evaluering av sentrene (Dokument 8: 198S (2020-2021)). Under stortingets behandling forsvant dette poenget. Ikke desto mindre bør det sees i lys av mulighetene for å gi norske tannlegestudenter - i Norge - en tilstrekkelig vitenskapsbasert grunnutdanning.

## Konklusjon

NOU 2023:4 «Tid for handling» skal ut på høring.

Mange av beskrivelsene og forslagene til løsninger virker relevante. Tannhelsetjenesten er mer eller mindre utelatt. Parallelt med høringen arbeider Tannhelsetutvalget med forhold spesifikt knyttet til Tannhelsetjenesten. I denne sammenheng innhentes flere evalueringsoppdrag. Blant disse er en beskrivelse av konkurransesituasjonen i privat sektor og en evaluering av de regionale odontologiske kompetansesentrene. Det er å håpe at dette arbeidet inkluderer befolkningens fremtidige behov, noe anbudspapirene i begrenset grad reflekterer.

Vi har adoptert og er solidariske med WHO's mål innen oral helse, men må ta innover oss hvor privilegert, ikke hele, men storparten av den norske befolkning er i ferd med å bli når det kommer til oral helse. Det er store utfordringer andre steder i verden, og man skal ikke langt fra Norges grense før situasjonen er en helt annen. Det gir imidlertid, etter undertegnede mening, liten mening å planlegge norsk tannhelsetjeneste med bakgrunn i situasjonen i mange andre land. En innvending mot et slikt syn kan være at vi vet lite om fremtidig immigrasjon, gitt klimautfordringer og uro både i Europa og på andre kontinenter.

Privat sektor har, igjen etter undertegnede mening, i begrenset grad tatt inn over seg denne fremtiden. I stedet for å organisere virksomhetene etter prinsippet laveste effektive kompetansenivå (LEON) har privat tannlegesektor beholdt «melk-og-brød-opp-gaver» og tilsynelatende supplert disse med eksempelvis å erstatte et synkende rehabiliteringsbehov med voksenregulering. Dette er

en spådd utvikling i et marked som vil endre seg ytterligere i årene som kommer. Mange privatpraktiserende, spesielt i distriktene, kjenner seg ikke igjen i denne beskrivelsen. Dette kan blant annet forklares med historisk tannlegemangel og behandlingsetterslep gjennom mange år. Men den innrapporterte tannhelseforbedringen blant 18-åringene de siste 20 årene er landsdekkende og forteller mye om rehabiliteringsbehovet i fremtiden. I hele landet. Særlig de yngre kollegene bør derfor tenke forbi dagens situasjon. En økonomisk usikker fremtid, kanskje også med økt statlig finansiering, vil mest sannsynlig stille helt andre krav til organiseringen av tjenestene enn det den økonomiske bølgen vi i Norge har surfet på gjennom de siste 20-30 årene har gjort. Privat sektor er allerede bakpå og har kanskje gjort seg avhengig av å holde på oppgavene som kunne vært delegert.

For staten må det handle om å sikre fremtidens pasienter, med et fortsatt stort rehabiliteringsbehov og krevende økonomi, gode og mengdetrente kompetansemiljøer. Det er mulig, men slett ikke sikkert, at markedet vil bidra til dette.

Kanskje ligger løsningen for disse pasientene i polikliniske rehabiliteringsavdelinger ved utvalgte sykehus der befolkningsgrunnlaget er tilstrekkelig, og der behandlingen kan skje med lav egenbetaling? Ved slike avdelinger kunne bemanningen skje gjennom «hus-hytte»-stillinger (stillinger delt mellom to arbeidssteder) slik at kompetanse overføres mellom virksomheter, offentlige eller private.

Den samme type stillinger kunne kanskje også benyttes mellom kompetansesentrene og universitetene? Det vil være viktig å rekruttere til begge type institusjoner. Statlig subsidiert konkur-

ransevridding gjennom ansettelsesvilkår ved sentrene som universitetene ikke kan matche, kan bli en trussel mot grunnutdanningen i Norge.

Helsepersonellkommisjonen trekker frem forebygging fremfor kostbar og personellkrevende sykdomsbehandling. Det er ikke sikkert at Norge vil ha for mange tannpleierårsverk i 2040 dersom denne kompetansen i større grad bringes inn i kommunale pleieteam. Dette gjelder så vel i hjemmetjenesten som ved sykehjemmene.

Det er å håpe at Tannhelseutvalget «tenker sjæl». Noen anbudsbeskrivelser, bestilt av HOD, kan komme til å sementere oss til fortiden, heller enn å bringe et styrket tjenestetilbudet til de deler av befolkningen som fortsatt vil ha et stort tannbehandlingsbehov. Det er nesten like mange år bakover i tid siden Stortinget behandlet Stortingsmelding 35 (2008) som det er fremover mot 2040 da SSB spår tannlegeoverskudd. Utvalget vil komme med forslag til hvordan staten skal innrette prioriteringene i denne perioden. Da er det viktig at Norge kan utdanne tilstrekkelig med personell, men også at ikke statlige satsingsområder utkonkurrerer hverandre. Konkurransen i det private markedet kan komme til å bli en utfordring, for flere enn tannlegene. Der helsepersonellkommisjonen frykter mangel på kompetent personell i fremtiden, kan tannlegene, på grunn av overtallighet, komme til å slite med å opprettholde sin kliniske kompetanse. Skulle det skje, uten at staten har planlagt for noe annet, vil pasientene med fortsatt rehabiliteringsbehov, bli taperne.

<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/representantfor-slag/2020-2021/dok8-202021-198s.pdf>

## Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kasuspresentasjoner til tidsskriftet. Vi har derfor opprettet en pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og neste gang ved NTFs landsmøte i 2024.

Prisen på 30 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den kasuistikk som vurderes som den beste av de publiserte kasuspresentasjonene i

løpet av to årganger av Tidende. Tidende ønsker med dette å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserne og som bidrar til å opprettholde norsk fagspråk. Vi er ute etter pasienttilfeller som er sett og dokumentert i praksis og som beskriver kliniske situasjoner som bidrar til erfaringsgrunnlaget i tannhelsetjenesten. Vi

er svært interessert i flere bidrag fra den utøvende tannhelsetjenesten i tillegg til kasus fra spesialistutdanningene. Ved bedømmelsen blir det lagt særlig vekt på: Innholdets relevans for Tidendes lesere, disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet, diskusjon av prognose og eventuelle alternative løsninger samt illustrasjoner.