



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# St.meld. nr. 35

(2006–2007)

---

Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning  
Framtidas tannhelsetjenester





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# St.meld. nr. 35

(2006–2007)

---

Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning  
Framtidas tannhelsetjenester



# Innhold

<b>Del I</b>	<b>Meldingens formål og sammendrag</b> .....	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>Dagens situasjon</b> .....	<b>25</b>
<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>11</b>	5.1	Kort om tannhelsetjenesten i dag .....	25
1.1	Regjeringens hovedprinsipper for politikktutviklingen på tannhelsefeltet.....	11	5.1.1	Tannhelsetjenesten i Norge .....	25
1.2	Tidligere dokumenter av betydning for denne meldingen .....	12	5.1.2	Pasientbehandling i utlandet.....	25
1.3	Stortingets uttalelser om behovet for gjennomgang av tannhelsefeltet mv... ..	13	5.2	Helse og sykdomstilstand .....	25
<b>2</b>	<b>Sammendrag</b> .....	<b>15</b>	5.2.1	Innledning .....	25
2.1	Innledning .....	15	5.2.2	Generelt om tannhelsen hos barn og unge.....	27
2.2	Historisk utvikling .....	15	5.2.3	Tannhelse i voksenbefolkningen.....	29
2.3	Tannhelse- og sykdomstilstand .....	15	5.3	Forvaltningsnivå og fylkeskommunens sørge for-ansvar .....	33
2.4	Hovedutfordringene innen sektoren ..	15	5.3.1	Gjeldende ordning .....	33
2.5	Strategier for å møte utfordringene....	16	5.3.2	Personer under offentlig tilsyn .....	34
2.5.1	God tannhelse er god folkehelse – økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid .....	16	5.3.3	Tannhelsetjenestens samhandling med andre tjenesteområder .....	34
2.5.2	Nye rettigheter til de som trenger det mest .....	16	5.4	Folkehelsearbeidet – helsefremmede og forebyggende arbeid .....	36
2.5.3	Likeverdig geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester .....	16	5.4.1	Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven .....	36
2.5.4	Effektiv oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger .....	16	5.4.2	Generelt om folkehelsearbeid .....	37
2.5.5	Skjerming av utgifter for de som trenger det mest .....	16	5.4.3	Folkehelsearbeid i fylkeskommunenes regi.....	37
2.5.6	Styrkede forbrukerrettigheter og god prispolitikk.....	17	5.5	Personellmarkedet .....	38
2.5.7	En styrket regional tannhelsetjeneste	17	5.5.1	Innledning .....	38
2.5.8	Økt kunnskap og bedre kvalitet.....	17	5.5.2	Bakgrunn og utviklingstrekk .....	39
<b>3</b>	<b>NOU 2005: 11 Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest.....</b>	<b>18</b>	5.5.3	SSBs HELSEMOD 2005: Fremskrivning av tilbud og etterspørsel etter tannleger og tannpleiere.....	50
3.1	Innholdet i utredningen .....	18	5.5.4	Rekruttering til offentlig tannhelsearbeid .....	51
3.1.1	Hovedutfordringer.....	18	5.6	Spesialistvirksomhet og odontologiske kompetansesentre .....	51
3.1.2	Utvalgets hovedtilrådninger.....	18	5.6.1	Tannlegespesialister .....	51
3.2	Kort oppsummering av høringsinstansenes syn .....	19	5.6.2	Regionale odontologiske kompetansesentra og spesialistutdanning .....	54
<b>Del II</b>	<b>Tannhelsetjenester i Norge – historisk utvikling og dagens situasjon</b> .....	<b>21</b>	5.6.3	Tannhelsetjenester til pasienter på sykehus .....	55
<b>4</b>	<b>Historisk utvikling – fra håndverksfag til helsetjeneste.....</b>	<b>23</b>	5.7	Forskning og fagutvikling .....	55
			5.7.1	Forskning .....	55
			5.7.2	Odontologiske biomaterialer .....	57
			5.8	Hvem har rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester .....	61
			5.8.1	Gjeldende ordning .....	61
			5.8.2	Hva innebærer nødvendig tannhelsehjelp.....	61
			5.9	Finansiering av tannhelsetjenester .....	62
			5.9.1	Innledning .....	62
			5.9.2	Samlede utgifter til tannhelsetjenester .....	62
			5.9.3	Fylkeskommunenes finansiering .....	63

5.9.4	Trygdefinansiert tannbehandling .....	67	7.2.2	Innholdet i ansvarsbestemmelsen.....	91
5.9.5	Privat finansiering .....	72	<b>8</b>	<b>Styrket folkehelsearbeid .....</b>	<b>93</b>
5.10	Priser på tannbehandling .....	72	8.1	Partnerskap for folkehelse i fylkeskommuner og kommuner .....	93
5.10.1	Innledning .....	72	8.2	Tverrsektorielle strategier og handlingsplaner på folkehelseområdet.....	94
5.10.2	Nærmere om priser .....	73	8.3	Helsekonsekvensvurderinger og forankring i plansystemet .....	94
5.11	Egenbetaling og egenandeler .....	75	8.4	Tiltak rettet mot innvandrerbefolkning og samisk befolkning.....	94
5.11.1	Forklaring av begreper .....	75	<b>9</b>	<b>Bedre rettigheter for de som trenger det mest .....</b>	<b>96</b>
5.11.2	Generelt om egenbetaling i helsetjenesten .....	75	9.1	Forslaget i NOU 2005: 11 .....	96
5.11.3	Gjeldende egenandeler for tannhelsetjenester .....	75	9.2	Høringsinstansenes uttalelser til NOU 2005: 11 .....	96
5.12	Forbrukerperspektivet.....	78	9.3	Regjeringens hovedprinsipper som bør ligge til grunn for framtidens offentlige engasjement i form av rettigheter .....	98
5.12.1	Prisopplysning ved tannlegetjenester m.m. ....	78	9.3.1	Oppsøkende virksomhet rettet mot grupper med særlige behov samt barn/unge .....	98
5.12.2	Klage- og erstatningsordninger – særlig innenfor tannhelsetjenesten.....	78	9.3.2	Forebyggingsperspektivet .....	98
5.12.3	En gjennomgang av klage- og tilsynssaker .....	79	9.3.3	Sosial utjevning.....	99
5.12.4	Tannlegeforeningens klageordning – lokale klagenemnder.....	79	9.3.4	Forbruker- og pasientrettighetsperspektivet .....	99
5.12.5	Tannpleiere .....	80	9.3.5	Skjermingsperspektivet (høye utgifter, alder).....	99
5.12.6	Om adgangen til å velge mellom offentlige og private tjenesteytere .....	80	9.3.6	Tannhelsetilstand/behandlingsbehov	99
5.12.7	Pasientombudsordningen.....	80	9.4	Vurdering av fremtidig tannhelsetilbud .....	99
5.12.8	Hva kjennetegner forbrukerne av tannhelsetjenester .....	80	<b>10</b>	<b>Skjerming av utgifter for de som trenger det mest .....</b>	<b>103</b>
5.13	Aktuelle forhold i andre nordiske land .....	81	10.1	NOU 2005: 11 – analyse og forslag....	103
<b>Del III</b>	<b>Framtidens tannhelsetjenester i Norge.....</b>	<b>83</b>	10.2	Høringsinstansenes uttalelser til NOU 2005: 11	103
<b>6</b>	<b>Hovedutfordringer og viktige hensyn som ligger til grunn for politikkutformingen .....</b>	<b>85</b>	10.3	Regjeringens vurderinger .....	103
<b>7</b>	<b>En styrket regional tannhelsetjeneste .....</b>	<b>87</b>	<b>11</b>	<b>Bedre tilgjengelighet til tannhelsetjenester .....</b>	<b>108</b>
7.1	Framtidig forvaltningsnivå .....	87	11.1	Utdanningskapasitet og personellsammensetning .....	108
7.1.1	Forslaget i NOU 2005: 11 .....	87	11.1.1	Forslaget i NOU 2005: 11 .....	108
7.1.2	Høringsinstansenes uttalelser til NOU 2005: 11 .....	87	11.1.2	Uttalelser fra høringsinstansene til NOU 2005: 11.....	108
7.1.3	Modeller for framtidig forvaltningsnivå .....	87	11.1.3	Regjeringens vurderinger .....	108
7.1.4	Stortingsmelding nr. 12 (2006-2007) Regionale fortrinn – regional framtid og Stortingets behandling av denne ...	88	11.2	Refusjonsrett for tannpleiere .....	111
7.1.5	Regjeringens vurderinger.....	88	11.2.1	Forslaget i NOU 2005: 11 .....	111
7.2	Nærmere om innholdet i forvaltningens sørge for-ansvar.....	91	11.2.2	Høringsinstansenes uttalelser til NOU 2005: 11.....	111
7.2.1	Videreføring av sørge for-ansvaret overfor innbyggere med rettigheter, dvs. overfor prioriterte grupper .....	91	11.2.3	Regjeringens vurdering .....	112

11.3	Regionalpolitiske virkemidler .....	113	12.2.1	Forsøksordning med tannhelseteam på sykehus .....	121
11.3.1	Rekruttering av tannleger til distriktene .....	113	12.2.2	Kompetanseutvikling og faglig samarbeid .....	122
11.3.2	Etablererstipendordningen .....	113	12.2.3	Odontologiske biomaterialer .....	122
11.4	Forslaget om etableringskontroll og regulering av det private markedet ..	114	12.2.4	Kvalitet i tjenesten.....	123
11.4.1	NOU 2005: 11 – vurdering og forslag.....	114	12.2.5	Standard for nødvendig tannhelsehjelp.....	123
11.4.2	Høringsinstansens uttalelser til NOU 2005: 11.....	114	12.2.6	Oppsummering.....	123
11.4.3	Regjeringens vurdering .....	115	<b>13</b>	<b>Styrkede forbrukerrettigheter og god prispolitikk .....</b>	<b>124</b>
11.5	Forslaget om nasjonale maksimaltakster .....	117	13.1	Er forbrukerperspektivet godt nok ivare tatt?.....	124
11.5.1	Forslaget i NOU 2005: 11 .....	117	13.1.1	Forslaget i NOU 2005: 11 og høringsinstansenes uttalelser til denne.....	124
11.5.2	Høringsinstansenes uttalelser til NOU 2005: 11 .....	118	13.1.2	Aktuelle forslag til endringer i Norden .....	124
11.5.3	Regjeringens vurderinger .....	118	13.1.3	Regjeringens vurderinger .....	125
11.6	Andre virkemidler .....	118	13.2	Nasjonale takster i prisopplysnings- og forbrukersammenheng .....	127
11.6.1	Forslag om utvidelse av praksisperiode i odontologistudiet.....	118	13.2.1	Innledning .....	127
11.6.2	Forslag om turnustjeneste for tannleger.....	119	13.2.2	Aktuelle problemstillinger.....	127
<b>12</b>	<b>Kompetanse, kunnskap og kvalitet.....</b>	<b>120</b>	13.2.3	Regjeringens vurdering .....	130
12.1	Spesialistvirksomhet og odontologiske kompetansesentre.....	120	<b>14</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser .....</b>	<b>132</b>
12.1.1	Forslaget i NOU 2005: 11 og uttalelser fra høringsinstansene .....	120		<b>Litteraturliste.....</b>	<b>134</b>
12.1.2	Regjeringens vurderinger .....	120			
12.2	Forskning og fagutvikling .....	121			





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# St.meld. nr. 35

(2006–2007)

---

Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning

Framtidas tannhelsetjenester

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 29. juni 2007,  
godkjent i statsråd samme dagen.  
(Regjeringen Stoltenberg II)*





*Del I*  
*Meldingens formål og sammendrag*



# 1 Innledning

## 1.1 Regjeringens hovedprinsipper for politikktviklingen på tannhelsefeltet

---

Regjeringens mål er likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Helse- og omsorgstjenesten skal tilby kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester til alle. Målene gjelder uavhengig av hvem som yter tjenestene og hvordan tjenestene finansieres.

Et offentlig finansiert tilbud av helsetjenester alene er ikke ensbetydende med at de som trenger det mest vil etterspørre eller oppsøke nødvendig helsehjelp. Offentlig organisering alene er heller ingen garanti for å sikre likeverdighet i tilbud. Størst mulig grad av likeverdighet vil først kunne oppnås når tilbudet tar hensyn til sosial ulikhet i helse, innbyggernes livssituasjon og sykdomssituasjon.

I denne meldingen legger regjeringen fram forslag til en helhetlig politikk for tannhelsetjenester til befolkningen. Forslagene er basert på en bred analyse og vurdering av dagens situasjon og framtidige utfordringer. Forslagene er særlig rettet mot å oppnå likeverdighet i tilbud av tannhelsetjenester. Det innebærer å gjøre tjenestene bedre tilgjengelig for de som trenger det mest, sett i lys av bosted, personlig økonomi, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Det overordnede målet er utjevning av sosial ulikhet i tannhelse. Det vil si å hjelpe dem som trenger det mest.

Likeverdighet i tjenester og bedre tilgjengelighet for dem som trenger det mest forutsetter at vi har god kunnskap om ulikheter og hvordan ulikhetene gir seg utslag for den enkelte. Det forutsetter også målrettet folkehelsearbeid, det vil si helsefremmende og forebyggende arbeid i vid forstand. Videre forutsetter det tilstrekkelig med kvalifisert personell i hele landet. Offentlig finansiering i kombinasjon med lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet kan også være avgjørende for et likeverdig tilbud. Til det kreves samarbeid og samhandling, uavhengig av forvaltningsnivå.

Forslagene i denne meldingen fremmes i tråd med regjeringens verdigrunnlag. Det framgår av Soria Moria-erklæringen at regjeringen vil redusere forskjellene i samfunnet og styrke det offentlige ansvar og rolle innen sentrale velferdsoppgaver som helse, omsorg og utdanning.

Etter regjeringens vurdering er de største utfordringene med tanke på likeverdige tannhelsetjenester knyttet til geografi/bosted, personlig økonomi og den enkeltes livssituasjon. Regjeringen legger avgjørende vekt på positive virkemidler for å oppnå bedre geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester. Det gjelder både allmenntannhelsetjenester og spesialisttjenester. Generell økonomisk politikk, utdanningspolitikken, sosialpolitikken, arbeidslivspolitikken og finansiering av tannhelsetjenester til nye grupper av innbyggere, skal bidra til å redusere forskjeller i helse- og sykdom, tannhelse inkludert. Det innebærer at de fleste voksne i yrkesaktiv alder i hovedsak fortsatt forutsettes å betale for nødvendig tannhelsehjelp selv.

Gjennom privat finansiering bør det også ligge et insentiv til selv å forebygge utvikling av tannsykdommene karies og periodontitt. Sammenliknet med andre land som har mer omfattende ordninger for tredjeparts finansiering av tannhelsetjenester, er kjøpekraften til innbyggerne i Norge bedre. Regjeringen vil i denne omgang derfor ikke foreslå universelle finansieringsordninger. De foreslåtte stønadsordninger innebærer likevel at personer som kommer i livssituasjoner med ekstra behov for tannhelsehjelp, langt på vei skal få hjelpen finansiert fra det offentlige. Slik sett er finansieringen av tannhelsetjenester i Norge mer målrettet overfor de som trenger det mest.

Stortinget har nylig behandlet St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. I meldingen foreslås tiltak for å utjevne sosial ulikhet i helse. Strategien omfatter også tannhelse. De forslag som angår de generelle rammebetingelser i samfunnet vil også ha betydning for tannhelsen. Denne meldingen spesifiserer de særskilte utfordringer vi har innenfor tannhelsefeltet.

Mange har foreslått tiltak som gjelder privat

sektors deltakelse i å løse offentlige tannhelseoppgaver. Regjeringen vil understreke at de privatpraktiserende tannlegene utfører viktig helsearbeid. Befolkningen er i hovedsak godt fornøyd med tjenestene de mottar av tannlegene. Tannlegespesialistene er gitt særskilte oppgaver på områder hvor trygden yter refusjon. Dette innebærer omfattende og teknisk avanserte behandlinger til de som har stort behov for odontologisk rehabilitering. På dette feltet utfører tannlegespesialistene viktige oppgaver for det offentlige.

Den private sektor har fri etableringsrett og fri prisfastsetting i sin virksomhet. Regjeringen finner det ikke formålstjenlig å gjøre inngrep i disse hovedprinsippene, men foreslår i stedet tiltak som i økende grad vil ansvarliggjøre de privatpraktiserende, dels på egne premisser, dels på innbyggernes premisser. Forutsetningene for og konsekvensene av prinsippet om fri prisfastsetting, er konkurranse på pris. Regjeringen foreslår tiltak som vil styrke slik konkurranse og samtidig gjøre det mulig for innbyggerne å velge ut fra prisopplysninger. Fri etableringsrett innebærer også at innbyggerne selv kan velge sin tannlege. Regjeringen foreslår tiltak for pasienter med rettigheter og offentlig finansiering slik at også de skal kunne velge en privat tannlege. Det forutsetter at tannlegen forplikter seg gjennom avtale med fylkeskommunen.

I helse- og sosialsektoren forutsettes det samhandling om pasienter som trenger behandling og oppfølging fra flere. I utgangspunktet handler dette om samarbeid mellom yrkesutøvere og mellom virksomheter, uavhengig av organisering, av driftsform og av forvaltningsnivå. Regjeringen kan ikke se at utfordringene i det daglige samarbeidet om tannhelsetjenester til enkeltpasienter betyr at det er behov for store organisatoriske endringer. Et profesjonelt og nært samarbeid mellom tannhelsepersonell og pleie- og omsorgssektoren er ikke avhengig av at personellet er organisert i samme forvaltningsorgan. Det samme gjelder samarbeidet mellom tannlegespesialister og legespesialister. Regjeringen foreslår derfor å videreføre sørge foransvaret for tannhelsetjenester på fylkes- og regionalt nivå.

Det har vært gjennomført en rekke reformer og strukturelle endringer i helsetjenesten de siste årene. Endringene omfatter særlig utsatte grupper som for eksempel brukere i pleie- og omsorgssektoren, tjenester for psykisk utviklingshemmede, organiseringen av psykisk helsevern og av rusomsorgen. Til dels er endringene gjen-

nomført uten at rettslige konsekvenser med tanke på tannhelsetjenester er tilstrekkelig belyst. Uheldige gråsoner har oppstått. Det er også uklare ansvarsforhold for finansiering av tannbehandling til enkelte grupper (fylkeskommune og trygd). Forslagene i stortingsmeldingen vil bidra til å rydde opp i dette.

Samlet sett vil forslagene i denne stortingsmeldingen utgjøre et betydelig løft for tannhelsetjenester til befolkningen i Norge. I mange sammenhenger er det ikke uvanlig at problemer og store utfordringer søkes løst med reformer. Innholdet i reformene vil ofte handle om endringer i forvaltningsnivå, finansieringsform, lovendringer mv.. Regjeringen legger til grunn at ny lov om tannhelsetjeneste vil være en oppfølging av denne meldingen. Forslag til presisering og utvidelse av ansvar og av rettigheter vil bli tatt inn i lovutkastet.

## 1.2 Tidligere dokumenter av betydning for denne meldingen

---

Hovedstrukturen når det gjelder rett til tannhelsetjenester samt finansiering og organisering av tannhelsetjenester, ble lagt av Stortinget gjennom behandlingen av Ot.prp. nr. 49 (1982-83) Om lov om tannhelsetjenesten (Tannhelsetjenesten i fylkeskommunene), jf Innst. O. nr. 86 (1982-83). I løpet av de siste 15 år er ulike sider angående tannhelsetjenester belyst i forskjellige rapporter og dokumenter.

*Helsedirektoratets utredningsserie nr. 7-92  
Tannhelsetjenesten i Norge – beskrivelse, vurdering og perspektiver mot 2015*

Utredningen gir en vurdering av tannhelsetjenestens virksomhet i forhold til intensjonene og formålet med tannhelsetjenesteloven, og i forhold til de helsepolitiske mål og strategier. Videre gis det en vurdering av forhold som har betydning for framtidig utvikling av tannhelsetjenesten med forslag til prioriteringer, organisering og finansiering.

Utredningen foreslo at ansvaret for offentlig organiserte tannhelsetjenester videreføres som et fylkeskommunalt ansvar. Utredningen peker på betydningen av at tannhelsetjenester er tilgjengelige over hele landet, og betydningen av det helsefremmende og forebyggende arbeid når det gjelder tannhelse.

*St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste, jf. Innst. S. nr. 195 (1994-95)*

I St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste foreslo daværende regjering å videreføre systemet med en offentlig og privat helsetjeneste. Det ble ikke funnet grunnlag for en omfattende endring av finansieringen for vanlig tannbehandling. Forslag til tiltak skulle rettes mot grupper med spesielle behov. Det ble derfor foreslått å vurdere styrket tannhelsetilbud til kronisk syke/funksjonshemmede, utvidet trygdefusjonsordning for periodontitt og en gjennomgang av trygdeordninger for odontologisk rehabilitering. Flertallet i komiteen støttet i stor grad forslagene i meldingen, jf. Innst. S. nr. 195 (1994-95). I vedtaks form ba Stortinget regjeringen utrede muligheten for å opprette tannlegestudium i Tromsø, der den offentlige tannhelsetjenesten vektlegges i undervisningsopplegget.

#### *Utredning om tannlegeutdanning i Tromsø*

Som følge av vedtak i Stortinget ble spørsmålet om utvidelse av tannlegeutdanningen i Norge og eventuell plassering av slik utdanning i Tromsø, utredet i 1998/99. Etter høringsrunde og vurderinger i daværende regjering, sluttet Stortinget seg i 2002 til forslaget om etablering av tannlegeutdanning i Tromsø med oppstart høsten 2004.

#### *Statens helsetilsyns utredningsserie 5-99 Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra*

Stortinget gjorde i 1997 et vedtak hvor regjeringen ble bedt om å utrede opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentre. Dette ble i første omgang fulgt opp gjennom Helsetilsynets utredning om utdanningen av tannlegespesialister og om innholdet i og omfanget av og oppgavene til odontologiske kompetansesentre. I budsjettssammenheng ble statlige tilskudd til spesialistutdanning av tannleger og til etablering av odontologiske kompetansesentre etablert fra 2002.

#### *Helsedepartementets rapport om tannhelsetjenesten – geografisk fordeling, hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom privat og offentlig sektor*

Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedepartementet. Rapporten ble lagt

fram i 2003 og omhandler først og fremst tiltak for bedre geografisk fordeling av personellressursene på tannhelseområdet. Gruppen vurderte både tiltak som antas å ha effekt på kort sikt (som for eksempel rekruttering fra nye EU-land) samt tiltak av mer inngripende og langsiktig karakter (som innføring av turnustjeneste for tannleger og regulering av den private sektor). Forslagene i rapporten er fulgt opp gjennom tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid og gjennom tilskuddsmidler på statsbudsjettet.

I tillegg til de opplistede dokumenter er det i løpet av de siste 4-5 år lagt fram fire stortingsmeldinger, hvor meldingene, og Stortingets behandling av disse, har særskilt betydning for denne meldingen. Det gjelder St.meld. nr. 16 (2002-2003) Folkehelsemeldinga, jf. Innst. S. nr. 230 (2003-2003), St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening, jf. Innst. S. nr. 150 (2006-2007), St.meld. nr. 12 (2006-2007) Regionale fortrinn – regional framtid, jf. Innst. S. nr. 166 (2006-2007) og St.meld. nr. 20 (2006-2007), jf. Innst. S. nr. 240 (2006 – 2007). Betydningen av disse vil bli omtalt på aktuelle steder.

### **1.3 Stortingets uttalelser om behovet for gjennomgang av tannhelsefeltet mv.**

I løpet av de siste 5 – 8 år har komitémerknader som angår tannhelsetjenester i hovedsak vært konsentrert om fire forhold: utvidelse av tannbehandling eller av grupper som bør få offentlig finansierte tannhelsetjenester (særskilt periodontittbehandling), utdanningskapasitet og geografisk fordeling av tannhelsepersonell, spørsmålet om kombinasjonsstillinger for tannleger og privatpraktiserende tannlegers involvering i å løse offentlige tannhelseoppgaver samt spesialistutdanning av tannleger og etablering av odontologiske kompetansesentra.

Stortinget har i ulike sammenhenger anmodet regjeringen/departementet om å vurdere endringer på tannhelsefeltets område. I Dokument 8:60 (1999-2000) fremmet representanten Olav Gunnar Ballo forslag om økte trygdefusjoner og redusert egenandel knyttet til den generelle tannbehandling samt endret organisering av den offentlige tannhelsetjenesten. Som ledd i å oppnå bedre tilbud ble det foreslått å gjennomgå hele den offentlige tannhelsetjenesten. Alternative ordninger der det inngås avtaler med privatpraktiserende tannleger om arbeids-

tid innen den offentlige tannhelsetjenesten ble foreslått vurdert.

Sosialkomiteen uttalte (Innst. S. nr. 196 (2000-2001)), blant annet at:

«Komiteen ber om at departementet utreder en endring av dagens lovverk med siktemål at samarbeidet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og privatpraktiserende tannleger styrkes. Komiteen vil understreke at betydelige tannhelsereformer må bygge på helhetlige utredninger».

Videre uttalte komiteen at:

«(.) det bør settes ned et offentlig utvalg som går igjennom hele spørsmålet vedrørende offentlig engasjement i tannhelsespørsmål. Utvalget bør få i oppgave å utrede organiseringen av tjenesten, hvem som skal ha fri behandling, hvilke refusjonsordninger vi skal ha, og hvordan vi best mulig kan få til enhetlige takster».

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2002 og for 2003 ble muligheten for kombinasjonsstillinger tatt opp. I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002-2003), uttaler komiteens flertall (medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet) at:

«Det er etter flertallets syn nødvendig å se på en rekke virkemidler knyttet til tannhelsetjenesten. Etter flertallets syn bør alternative modeller til dagens offentlige tannhelsetje-

neste utredes. Flertallet ser særlig for seg muligheten av kombinasjonsstillinger mellom privat praksis og offentlig tannhelsetjeneste, der den offentlige tannhelsetjenesten ivaretas gjennom deltidsstillinger på timebasis, på linje med den modellen det er lagt opp til for fastleger med offentlige arbeidsoppgaver».

Til spørsmålet om egenandeler uttalte komiteens flertall at:

«tiltaksplanen må inneholde en plan for utligningen av egenandelene mellom annen medisinsk behandling og tannbehandling».

Videre følger det av anmodningsvedtak nr. IX til St.meld. nr. 6 (2002-2003) Tiltaksplan mot fattigdom, at:

«Stortinget ber Regjeringen utrede muligheter for å bedre tannhelsetilbudet for utsatte grupper».

Spørsmål som angår kombinasjonsstillinger mv. tas opp i kapittel 11. Når det gjelder grunnutdanningen av tannleger og tannpleiere er det omtalt i kapittel 5.5 og kapittel 11.1. Spesialistutdanning av tannleger og etablering av regionale odontologiske kompetansesentra er nærmere omtalt i kapittel 5.6 og kapittel 12. Geografisk fordeling tas særskilt opp i kapittel 11.

## 2 Sammendrag

### 2.1 Innledning

---

Meldingen er bygd opp i tre deler. Del I (kapittel 1 til 3) inneholder innledning, sammendrag og en redegjørelse av innholdet i NOU 2005: 11 Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest, samt en kort oppsummering av høringsinstansenes syn på utredningen. I del II (kapittel 4 og 5) gis det en fremstilling av tannhelsetjenesten i Norge, sett fra et historisk perspektiv fram til i dag. I del III (kapittel 6 til 14) drøftes hovedutfordringene når det gjelder tannhelsetjenester til befolkningen, framtidens tannhelsetjeneste i Norge og hvordan tannhelsetjenesten best kan imøtekomme de ulike utfordringene den står overfor. Videre belyses de økonomiske og administrative konsekvensene av regjeringens forslag.

### 2.2 Historisk utvikling

---

Oppbyggingen av den offentlige tannhelsetjenesten startet gjennom oppbyggingen av skoletannpleien på begynnelsen av 1900-tallet, videre gjennom lov om folketannrøkt (juli 1949) til tannhelsetjenesteloven, som trådte i kraft 1. januar 1984. Årene etter 1984 og fram til i dag kjennetegnes først og fremst av at adgangen til refusjon fra folketrygden er utvidet og at den private sektoren har økt i omtrent samme omfang som økningen av voksenbefolkningen i landet.

### 2.3 Tannhelse- og sykdomstilstand

---

Tannhelsetilstanden i befolkningen har blitt betydelig bedre i løpet av de siste 35 til 40 år. Tannhelsen i befolkningen må i hovedsak kunne sies å være rimelig god. En del barn og unge har tannhelseproblemer. Opptil ti prosent har medfødte sykdommer, lidelser, utviklingsfeil eller lignende som også gir problemer i tannhelsesammenheng (blant annet tenner, kjeve og ansikt). I tillegg er det en del barn og unge som har høy forekomst av karies (tannrøte).

I voksenbefolkningen blir andelen tannløse mindre og mindre for hvert år. Andelen som regelmessig oppsøker tannpleier/tannlege er i internasjonal sammenheng høy. Mange oppsøker ikke tannlege på grunn av økonomi, livssituasjon, angst eller av andre grunner. Kunnskapen om disse forholdene er mangelfull. Mange med få eller ingen tenner har store problemer med sin tannhelse som følge av at protese (gebiss) som erstatning for tapte tenner fungerer svært dårlig. De har heller ikke økonomi til å bekoste fastsittende kunstige tenner (festet på implantater operert inn i kjevene).

Den sosiale ulikhet i tannhelse følger i stor grad sosial ulikhet i helse.

### 2.4 Hovedutfordringene innen sektoren

---

Geografisk tilgjengelighet i hele landet med tilstrekkelig personellressurser er en vesentlig forutsetning for å kunne oppnå likeverdighet og sosial utjevning. Regjeringen vil gi dette området høyeste prioritet. Dette omfatter også utdanningskapasitet av tannpleiere, effektiv ressursutnyttelse, utdanning av tannlegespesialister og utbygging av regionale odontologiske kompetansesentre. Det omfatter også den private sektors deltagelse i å løse offentlige tannhelseoppgaver gjennom avtaler med fylkeskommunen. En styrking av forbrukernes posisjon blant annet gjennom prisopplysning vil også være sentralt i denne sammenhengen. Kunnskapsoppbyggingen har både et kortsiktig og langsiktig formål. Det kortsiktige er knyttet til utredninger og kartleggingen som forutsetning for utvidelse av offentlig finansiering av tannhelsetjenester til nye grupper. Finansieringen overfor disse er det aktuelt å fase inn over tid. Det langsiktige er knyttet til utviklingen av tannhelsesektoren som en helsetjeneste med høy kompetanse, effektiv ressursutnyttelse og høy kvalitet til beste for innbyggerne i hele landet.



## **2.5 Strategier for å møte utfordringene**

### **2.5.1 God tannhelse er god folkehelse – økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid**

Regjeringen vil styrke tannhelsetjenestens deltakelse i det generelle folkehelsearbeidet gjennom videreutviklingen av partnerskap mellom fylkeskommunene og kommunene. Regjeringen vil også styrke forskning og fagutvikling når det gjelder kunnskap om ulikheter i tannhelse, årsaksammenhenger og metoder og tiltak som har effekt i folkehelsearbeidet. Regjeringen vil også integrere tannhelse i relevante strategier og handlingsplaner mv..

### **2.5.2 Nye rettigheter til de som trenger det mest**

Fylkeskommunene har ansvaret for å organisere tannhelsetjenester til prioriterte grupper. Tjenestene er rettet mot grupper som trenger det mest. Det gjelder både forebyggende tjenester, behandling og tjenester med sikte på rehabilitering av tennene. Tannhelsetjenesteloven forutsetter at tilbudet skal være oppsøkende. Oppsøkende virksomhet i samarbeid med kommunale og andre tjenester, er det som best fremmer likeverdighet i tilbud og tilgjengelighet. I arbeidet med å redusere sosiale ulikheter, legger regjeringen avgjørende vekt på oppsøkende tilbud i kombinasjon med offentlig organisering og finansiering av tannhelsetjenester. Regjeringen vil i senere budsjettssammenheng komme tilbake til forslag om nye grupper som bør tilbys offentlig finansierte tannhelsetjenester som et oppsøkende tilbud. Erfaringer fra våre naboland, som har mer omfattende stønads- eller finansieringsordninger av tannbehandling, viser at universelle ordninger ikke nødvendigvis når fram til de som trenger det mest.

Likeverdig tilbud og tilgjengelighet for personer med ulik etnisk bakgrunn, forutsetter kompetanse i språk og kultur og flerkulturell forståelse. Mange innbyggere er ikke selv i stand til å vurdere egen helsetilstand eller i stand til å oppsøke tjenester for å få nødvendig hjelp, uavhengig av personlig økonomi. Det offentlige må sørge for lavterskeltilbud, oppsøkende innsats, opplæring i språk og kultur i kombinasjon med utvikling av tolketjeneste til denne gruppen. En slik innsats krever bredt samarbeid initiert av forvaltningsorganet som har et sørge-for-ansvar for tannhelsetje-

nester. Samarbeid og samhandling er viktig mellom helsepersonell på alle nivåer i kommunene, i spesialisthelsetjenesten og i fylkeskommunene. Regjeringen vil bidra til ulike tiltak på dette området.

### **2.5.3 Likeverdig geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester**

Regjeringen vil sørge for økt tilgang på tannpleiere og for økt tilgang på tannlegespesialister. Regjeringen vil videre styrke finansieringen av desentralisert spesialistutdanning for å oppnå en bedre geografisk fordeling av tannlegespesialister. Regjeringen vil også ta i bruk regionalpolitiske virkemidler slik at fylkeskommunene settes i bedre stand til å kunne rekruttere og beholde tannleger i områder med svak tannlegedekning og/eller med ubesatte tannlegestillinger.

### **2.5.4 Effektiv oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger**

Tannhelseutviklingen i befolkningen tilsier betydelige endringer i oppgavefordelingen mellom tannpleiere og tannleger. Regjeringen vil tilrettelegge for endringer i oppgavefordelingen gjennom økning i utdanningskapasiteten av tannpleiere og gjennom refusjonsrett for tannpleiere for de behandlinger tannpleier er kvalifisert til å utføre og hvor trygden yter stønad. Gjennom regionalpolitiske virkemidler vil regjeringen også legge til rette for tilskudd til nødvendig strukturendringer i distriktene som er en forutsetning for å kunne etablere bredere faglige team av tannhelsepersonell. Dette vil også bidra til bedre rekruttering av tannleger og tannpleiere.

### **2.5.5 Skjerming av utgifter for de som trenger det mest**

Regjeringens mål er sosial utjevning i tannhelse. Det innebærer tiltak rettet mot de som trenger det mest. Dette er både de som av ulike grunner ikke oppsøker tannhelsetjenester, eller som oppsøker kun i akutte situasjoner. Det gjelder også de som av økonomiske grunner ikke ser seg i stand til å finansiere tannbehandling som anses som nødvendig. Regjeringen vil gjennomgå egenandelsordninger, særlig for de som har eller kan få høye egenandeler i et sosialt utjevningssperspektiv.

### 2.5.6 Styrkede forbrukerrettigheter og god prispolitikk

Tannhelsetjenester til dem uten rettigheter i tannhelsetjenesteloven er basert på fri prissetting. Det er en forutsetning at fri prissetting også innebærer konkurranse på pris. Forbrukernes muligheter til prisopplysning og til å kunne sammenlikne priser er svært begrenset. Regjeringen vil ansvarliggjøre tannlegene gjennom å styrke forbrukernes rettigheter gjennom plikter til prisopplysning og gjennom etablering av en elektronisk prisportal hvor tannlegene må oppgi sine priser.

Regjeringen vil også ansvarliggjøre de privatpraktiserende tannlegene når det gjelder deltaelse i å løse offentlige tannhelseoppgaver. Dette vil skje ved at innbyggere som har rett til tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven gis rett til å kunne velge tannlege. Ved valg av privatpraktiserende tannlege forutsettes det at tannlegen inngår avtale med fylkeskommunen. Gjennom dette oppnås også en mer hensiktsmessig og fleksibel utnyttelse av tannlegeressurser i landet

### 2.5.7 En styrket regional tannhelsetjeneste

Ansvar for offentlig organiserte tannhelsetjenester foreslås videreført og styrket på det regionale nivået. Regjeringen vil innføre et følge med-ansvar for fylkeskommunene. I dette ligger også et ansvar for forskning og fagutvikling. Regjeringen vil også styrke folkehelsearbeidet og fylkeskommunenes muligheter til å ivareta sitt sørge-for-ansvar. Dette omhandler også regionalpolitiske tiltak som muliggjør både rekruttering av tannleger og tannpleiere, inkludert tannlegespesialister.

### 2.5.8 Økt kunnskap og bedre kvalitet

Kunnskapen om tannhelsen i befolkningen, om innholdet i tjenestene, om kostnader og innbygger-

nes egenbetaling er begrenset. Helse- og omsorgspersonell har kunnskap og erfaring innen diagnostisering, behandling og rehabilitering, pleie og omsorg. Regjeringen vil satse videre på dette gjennom økt støtte til forskning og fagutvikling, økt utdanningskapasitet av tannpleiere og gjennom desentralisert utdanning av tannlegespesialister. Regjeringen vil også bidra med statlige tilskudd til etablering av kompetansesentre og faglige nettverk. Flere tannpleiere, særlig i førstelinjen, vil spare tannlegeressurser og legge til rette for mer helsefremmende og forbyggende arbeid.

Når det gjelder epidemiologi, tannhelsetjenesteforskning og andre fagområder av betydning for utviklingen av det offentlige engasjement på tannhelsefeltet, vil regjeringen styrke forskningen og fagutvikling på disse områdene. Dette er også nødvendig for å kunne vurdere nærmere omfanget av og innholdet i de forslag til nye grupper som regjeringen vil komme tilbake til i senere lov- og budsjettsammenheng.

### *Meldingens reformer*

Reformkarakteren i denne melding er særlig knyttet til fire områder: en geografisk utjevningsreform, en sosial utjevningsreform, et kunnskaps- og kompetanseløft og et løft i folkehelsearbeidet. Tiltakene handler om organisering, finansiering og om metodikk, men like mye handler det om innretningen av politikken i lys av likeverdighet og sosial ulikhet. Det vil derfor være naturlig å kalle tannhelsereformen for en likeverdighets- og sosial utjevningsreform. På sikt innebærer forslagene en betydelig strukturreform i sektoren, både oppgavemessig, personellmessig og i klinikk- og praksisstruktur. Regjeringen oppfordrer alle aktører til å trekke i samme retning i dette langsiktige arbeidet, slik at nødvendige endringer blir gjennomført til innbyggernes beste.

### 3 NOU 2005: 11 Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest

Tannhelseutvalget ble oppnevnt i statsråd 13. mars 2004. I følge mandatet skulle utredningen omfatte både den offentlige og private sektor, herunder tannbehandling av voksenbefolkningen. Spørsmål om organisering og finansiering av tannhelsetjenester skulle vurderes på bred basis, inkludert ulike driftstilskuddsordninger. Videre skulle det utredes hvorvidt nye grupper skal gis rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Utvalget la fram sin innstilling 16. juni 2005. Utredningen ble deretter sendt på høring med høringsfrist 1. november 2005. Regjeringen har i alt mottatt 104 høringsuttalelser. 88 høringsinstanser har uttalt seg om innholdet i utredningen.

#### 3.1 Innholdet i utredningen

##### 3.1.1 Hovedutfordringer

Utvalget la til grunn at tannhelsetjenesten står overfor følgende hovedutfordringer:

- Det er et regionalt fordelingsproblem – mangel på tannleger i mange deler av landet.
- Det er et sosialt fordelingsproblem – finnes grupper som har klare behov, men som i dag ikke får et godt tilbud.
- Tannhelsetjenester må i framtida produseres på en mer effektiv måte, blant annet gjennom bedre arbeidsfordeling mellom profesjonene i tannhelsetjenesten. LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå) må være førende også for tannhelsetjenesten.
- Samarbeidet mellom offentlig og privat sektor må bedres.
- Må ha en mer offensiv og bevisst satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.

##### 3.1.2 Utvalgets hovedtilrådninger

Utvalget går ikke inn for en generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester eller en såkalt fasttannlegeordning.

*Det offentlige engasjement bør rettes mot grupper som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester*

Dette gjelder personer mellom 0 til 18 år, personer med alvorlige psykiske lidelser, personer i rusmiddelomsorgen, personer med kroniske somatiske sykdommer eller funksjonshemming, psykisk utviklingshemmede, personer med funksjonstap, personer med stønad til livsopphold over en periode på minst seks måneder, innsatte i fengsel, yrkesskadde og krigspensjonister, personer med spesielle odontologiske lidelser.

*Den offentlige tannhelsetjenesten må styrkes dersom den skal kunne løse utfordringene den står ovenfor*

En sterk offentlig tannhelsetjeneste er helt avgjørende for å få til en bedre geografisk fordeling av personell, samtidig som dette vil sikre en god og oppsøkende tjeneste til innbyggere som har rettigheter. For å sikre en bedre samhandling mellom offentlig og privat sektor, er det en forutsetning at forvaltningsnivået for den offentlige tannhelsetjenesten tillegges et styrings- og forvaltningsansvar for en samlet sektor. I det helsefremmende og forebyggende arbeidet er det behov for økt forskning for å få kunnskap om hvilke tiltak som virker. Et bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten er helt avgjørende for å få til gode resultater i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

*Tiltak for å få en bedre geografisk fordeling av tannleger*

Flertallet i utvalget foreslår at det innføres nasjonale takster for tannhelsetjenester i offentlig og privat sektor. Prisregulering med maksimaltakster for tannbehandling vil gjøre det mindre attraktivt å leve av små pasientporteføljer i store byer, og dette vil medvirke til å styre etablering av virksomheter. Der det i dag er offentlige takster

(trygderefusjon), er problemet at tannlegene jevnt over har honorarer som er høyere enn takstene. Dette medfører at pasienten må betale både en egenandel og et mellomlegg, dvs. differansen mellom den offentlige taksten og tannlegens honorar. Når flertallet i utvalget går inn for en prisregulering med maksimaltakster, er det også for å komme bort fra slike mellomlegg.

For å begrense tilgangen av tannleger i områder med høy tannlegetetthet, tilrår flertallet i utvalget etableringskontroll for tannleger. Det må innføres tannlegehjemler, som begrenses ut fra folketallet i et nærmere avgrenset geografisk område.

Etablering av flere regionale kompetansesentra er et viktig bidrag for å øke stabiliteten og spredningen av kompetanse til distriktene.

For å styrke den offentlige tannhelsetjenesten best mulig, og tilstrebe målet om tannhelsetilbud i alle deler av landet, må det også settes inn betydelige rekrutterings- og stabiliseringstiltak.

Utvalget går også inn for turnustjeneste for tannleger fordi dette vil bedre den faglige kvaliteten hos tannlegene. Turnustjeneste kan også være et tiltak som bidrar til bedre geografisk fordeling av tannleger.

#### *Trygd, egenandeler og nødvendig tannbehandling*

Offentlig finansierte tannhelsetjenester bør avgrenses til å gjelde nødvendig tannbehandling, inkludert forebygging. Statlige helsemyndigheter må utarbeide standarder som til enhver tid definerer hva som er «nødvendig tannbehandling».

Når det gjelder trygdens refusjonsordninger ved tannbehandling, mener utvalget at det er behov for en bred gjennomgang av gjeldende forskrifter og retningslinjer. Utvalget tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Rikstrygdeverket (nå Arbeids- og velferdsdirektoratet), gjennomfører et slikt arbeid hvor en har som siktemål å få til en forenkling og samling av regelverket for å effektivisere og bedre tilbudet.

Utvalget har vurdert om det bør innføres egenandeler for de gruppene som tilrådes rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Flere av disse gruppene er i en slik situasjon at egenandel er uheldig. For de gruppene som har bedre økonomiske muligheter til å betale egenandel, finner utvalget at egenandelsprovenyet fra disse blir så lite at det neppe vil stå i forhold til administrasjonskostnadene.

#### *Organisasjonsmodeller*

Utvalget mener det er et nasjonalt ansvar å sørge for en rimelig behandlingsdekning over hele landet. Hvorvidt de offentlige tannhelseoppgavene i fremtiden best løses ved at de styres av et statlig forvaltningsorgan, et statlig foretak eller som nå av et lokalpolitisk organ (fylkeskommunen), har utvalget delte meninger om. Utvalget har konkret drøftet tre ulike modeller for framtidig organisering av den offentlige tannhelsetjenesten.

Fire av utvalgets medlemmer går inn for en direktoratsmodell. De mener det bør opprettes et Tannhelsedirektorat, som en avdeling under Sosial- og helsedirektoratet, med underliggende regionale tannhelseetater. Tannhelsedirektoratet skal være et faglig kompetanseorgan, og det skal fordele og følge opp resultater av den samlede offentlige finansiering mellom de regionale etatene. De regionale tannhelseetatene tillegges ansvaret for den utøvende offentlige tannhelsetjenesten. Fire andre medlemmer går inn for en fylkeskommunal tannhelsetjeneste som i dag, men som kan tilpasses et eventuelt nytt regionalt forvaltningsnivå. Ett medlem går inn for at den offentlige tannhelsetjenesten flyttes fra fylkeskommunen til staten, og organiseres som autonomt statlig foretak.

Utvalgets vurderinger og hovedtilråinger vil bli nærmere omtalt i kapittel 7 og utover.

### **3.2 Kort oppsummering av høringsinstansenes syn**

De fleste høringsinstansene deler utvalgets syn på hva som er de store utfordringene i tannhelsetjenesten. Det blir fremhevet av mange at det er et sosialt fordelingsproblem mhp. tannhelse og at det i dag finnes grupper som bør få bedre tilbud. Videre at det må bli en bedre arbeidsfordeling mellom yrkesgruppene i henhold til LEON-prinsippet og at samarbeidet mellom offentlig og privat sektor må styrkes. Langt de fleste er også enige med utvalget i at den offentlige tannhelsetjenesten må styrkes, og at det fortsatt må være fokus på det helsefremmende og helseforbyggende arbeidet. Når det gjelder utvalgets standpunkt om at det er et regionalt fordelingsproblem, er imidlertid enkelte høringsinstanser uenig i dette.

Utvalget blir kritisert for at forslagene angående den private tannhelsetjenesten er basert på manglende beskrivelse og analyse av privat sektor. Det er også en del høringsinstanser som utta-

ler at utredningen er for mye opphengt i dagens situasjon og lite preget av visjoner og nytenking. Sosial- og helsedirektoratet etterlyser i sin høringsuttalelse en mer omfattende tannhelsetjenestereform enn det utredningen legger opp til og uttaler blant annet at:

«Tannhelsetjenesten bør, der det er mulig og ønskelig, integreres med den øvrige helsetjenesten. Med andre ord kan det bety å få «tennene tilbake til kroppen». Det vil lette samarbeidet for å få til en god tannhelsetjeneste for utsatte og vanskeligstilte grupper, fordi disse ofte trenger flere tjenester som må koordineres. Det er direktoratets oppfatning at det vil bli lettere å etablere og gjennomføre et slikt samarbeid hvis tjenesten blir organisert og finansiert på linje med de andre helsetjenestene». (...)

Den offentlige tannhelsetjenesten må bestå og ha et overordnet ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid og et «sørge-for-ansvar» overfor prioriterte grupper, akkurat som den offentlige primærhelsetjenesten for øvrig. En tannhelsereform lar seg ikke gjennomføre uten tilførsel av betydelige midler. I dag utgjør den offentlige finansieringen av tannhelsetjenester en fjerdedel; ca 2 milliarder, mens den private utgjør tre fjerdedeler; i underkant av 6 milliarder av de samlede utgifter».

Flere påpeker dessuten at utvalget ikke har benyttet seg av tilgjengelig dokumentasjon for å belyse vesentlige forhold som behandles i utredningen.

Høringsinstansenes uttalelser til utvalgets forslag til tiltak fremkommer nærmere under de enkelte kapitler fra kapittel 7 og utover.

*Del II*  
*Tannhelsetjenester i Norge –*  
*historisk utvikling og dagens situasjon*



## 4 Historisk utvikling – fra håndverksfag til helsetjeneste

Odontologien har sine røtter fra legenes håndverkere, kirurgene, og de første tilhørte «bartskjærfaget». På 1600- og 1700-tallet syslet disse håndverkerne med praktisk kirurgi, ikke minst i krigstid.

I Norge og i de øvrige nordiske land måtte befolkningen på denne tiden søke hjelp for sine tannplager enten i folkemedisinen, hos de få legene som var i landet på det tidspunktet, eller hos tanntrekkere med forskjellig bakgrunn. Særlig smedene hjalp mange med verkende tenner.

De første tannlegene kom fra Mellom-Europa til Norge i løpet av siste del av 1700-tallet. Først i 1830-40 årene var det blitt økonomisk grunnlag for flere tannleger til å kunne etablere seg her i landet. De som da kom, var de som regnes som de egentlige pionerer. På det tidspunktet var tannlegenes yrkesutøvelse regulert i Kvaksalverforordningen av 1794, som senere ble modernisert i 1871. Behandling av sykdommer i munn og tenner var i prinsippet forbeholdt leger. De fleste legene var motstandere av å anerkjenne tannleger som egen yrkesgruppe.

I 1838 fikk en tannlege fra Tyskland, som den første i Norge, myndighetenes tillatelse til å praktisere som tannlege. Fra 1857 ble det innført krav om eksamen som grunnlag for å få autorisasjon som tannlege.

Medisinsk fakultet ble opprettet i Oslo i 1814. Myndighetenes engasjement på tannlegeområdet startet for alvor først i 1893, gjennom Stortingets bevilgning til en statlig poliklinikk for tannlegevesenet. Dette skulle være en ettårig obligatorisk del av utdanningen av tannleger, basert på middel-skoleeksamen og 2-årig læretid hos tannlege med autorisasjon (utdannet i utlandet).

Utdanningsspørsmålet ble først løst gjennom etableringen av Statens Tandlægeinstitutt fra høsten 1909, underlagt Kirke- og undervisningsdepartementet. Dermed ble tannlegeutdanningen en treårig utdanning, med krav om eksamen artium som opptaksvilkår.

Frem til dette tidspunktet var all form for tannlegevirksomhet en privat virksomhet. Interessen for barnas tannhelse ble tatt opp av tannleger i mange land. I Norge ble spørsmålet om tannpleie

for skolebarn første gang reist i 1886 i en artikkel i Aftenposten, hvor det ble vist til aktiviteten i Frankrike. Artikkelen avsluttet med følgende:

«Den bykommune som i Norge gikk foran med at opprette tilsyn til børnenes tænder på folkeskolerne gjorde samfundet en væsentlig tjeneste».

I Drammen etablerte Drammens Kvinneråd, med bistand fra byens tannleger, en klinikk for skolebarn i 1906. Både Drammen kommune og Drammen Samlag for Brennevinhandel ytet bistand til denne klinikken. Den første kommunale skoletannklinikken ble åpnet i Kristiania i 1910. I 1921 var det opprettet i alt 58 klinikker, hvorav 39 i bykommuner og 19 i landkommuner. Rundt 1940 var det registrert skoletannpleie i 453 av landets ca 700 kommuner. Veksten i antall skoletannklinikker hadde nær sammenheng med veksten i norsk økonomi på slutten av 1930-tallet og med veksten i tilgangen på tannleger.

Diskusjonen om skoletannpleie foregikk omtrent samtidig i alle de nordiske land. Parallelt pågikk det i Norge et arbeid med ny lov om sykeforsikring. Loven ble vedtatt i 1909, og trådte i kraft i 1911. Loven var obligatorisk for arbeidstakere som hadde inntekter under en viss inntektsgrense. Loven omfattet også refusjon for utgifter til tannuttrekking ved lege eller tannlege,

«...dog ikke hvis det skjer under hensyn til indsetning av kunstige tenner.»

Refusjon skulle kun gis hvis begrunnelsen for tannuttrekkingen var smerte eller betennelse, og ikke innsetting av kunstige tenner, dvs. gebiss.

I 1914 fremmet Sosialdepartementet et forslag til revisjon av loven. Forslaget omfattet også refusjon for utgifter til vanlige tannfyllinger. Forslaget ble vedtatt av et flertall i Stortinget. Som følge av utbruddet av 1. verdenskrig ble imidlertid iverksettingen utsatt. I mellomtiden ble saken tatt opp på nytt, blant annet etter påtrykk fra Tannlegeforeningen. Diskusjonen omhandlet blant annet spørsmålene om a) enten skoletannpleie eller sykeforsikring, eller b) begge deler. Tannlegeforeningen engasjerte seg sterkt i denne diskusjo-



nen, som resulterte i at Stortinget gjorde om sin beslutning. Refusjon for vanlige tannfyllinger ble fjernet, mens refusjon for tannuttrekking ble opprettholdt. Det offentlige engasjement ble rettet inn mot utbyggingen av skoletannpleien.

Ønsket om en egen yrkesgruppe til å drive sykdomsforebyggende tannhelsearbeid overfor barn og unge førte til etablering av tannpleierutdanning i 1924, den første i sitt slag i Norden. Utdanningen ble stoppet allerede i 1925, fordi tannlegene fryktet konkurranse fra en ny yrkesgruppe. På det tidspunktet var det ca 750 tannleger i Norge. Tannpleierutdanningen kom i gang igjen etter 2. verdenskrig.

Spørsmålet om en offentlig tannhelsetjeneste for hele befolkningen ble tatt opp etter avslutningen av 2. verdenskrig. Bakgrunnen var den geografiske skjevfordelingen av tannlegene og stor mangel på tannleger i distriktene. I 1946 ble det oppnevnt en komité som skulle utrede spørsmålet om en offentlig tannrøkt i hele landet. Innstillingen fra komiteen i 1947 var enstemmig. Komiteen foreslo en folketannrøkt med forbilde fra den svenske Folktandvården, som var innført ved beslutning i Riksdagen i 1938. Folketannrøkta skulle bidra til å sikre et tilbud til hele befolkningen i områder der den ble etablert.

Lov om folketannrøkt ble vedtatt i juli 1949. Innføringen av folketannrøkta startet i Finnmark i 1950. Ansvar for folketannrøkta ble lagt til fylkeskommunene, selv om de største byene ikke tilhørte fylkeskommunene. Distriktstannlegene ble lønnet av staten ved Helsedirektoratet som arbeidsgiver. Intensjonen var å bygge ut folketannrøkta i løpet av ca 15 år. Slik utbygging var også avhengig av en betydelig økning av tilgangen på tannleger. For å sikre utbyggingen av folketannrøkta og av skoletannpleien, ble det innført en lov om sivil tjenesteplikt i 1956. Tannlegene var eneste yrkesgruppe som var underlagt sivil plikt-tjeneste. Loven opphørte i 1973.

Gjennom Stortingets vedtak om tannhelsetjenesteloven i 1983 ble kommunal skoletannpleie og fylkeskommunal/statlig folketannrøkt samlet i en enhetlig organisasjon under fylkeskommunene fra 1. januar 1984. Med tannhelsetjenesteloven ble kretsen av innbyggere som har rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste i offentlig regi utvidet. Nye grupper som ble omfattet var barn 0-5 år og ungdom 17-18 år, psykisk utviklingshemmede over 18 år samt eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og i hjemmesykepleie.

Senere har nye grupper fått rett til stønad til utgifter til tannbehandling fra trygden. Stønad

fra trygden er utvidet til å omfatte flere sykdommer/lidelser og behandlingsformer.

Fra å være et håndverksfag underlagt kvakksalverlovgivningen, ble tannlegefaget, som eget håndverksfag, anerkjent gjennom autorisasjons- og eksamensordninger fra midten på 1800-tallet. Faget ble anerkjent som en helsefagutdanning gjennom etableringen av 3-årig postgymnasial tannlegeutdanning fra 1909. I 1952 ble kjeveortopedi og oral kirurgi godkjent som de første tannlegespesialiteter. Helsemyndighetenes erkjennelse av tannsykdommer, og særlig karies (tannråte), som et stort folkehelseproblem, kom gjennom utbyggingen av skoletannpleien fra 1914 og gjennom oppbyggingen av folketannrøkta fra 1949.

Hovedinnsatsen når det gjelder offentlig finansiering av tannhelsetjenester, siden vedtaket av sykeforsikringsloven i 1909, har vært knyttet til utbygging av en offentlig organisert og finansiert tjeneste overfor prioriterte grupper. Tjenesten har hatt forebygging som hovedinnretning, og den skal gi oppsøkende virksomhet overfor den enkelte. Tannbehandling til de prioriterte grupper er vederlagsfri. Helt fram til begynnelsen av 1980-tallet var det offentlige tilbudet begrenset til barn og unge. Unntatt har vært kjeveortopedisk behandling (tannregulering). Trygderefusjon til utgifter til tannregulering ble innført i 1939.

I Norge har det vært lagt til grunn at offentlig sektor primært skal ivareta tannhelsetilbudet til innbyggere med rettigheter etter tjenestelovgivningen (skoletannpleie, folketannrøkt, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten). Den voksne befolkningen har i hovedsak fått ivaretatt sitt behov for tannhelsehjelp i private tannlegepraksiser, uten offentlig stønad til utgiftene. I områder av landet hvor folketannrøkta var utbygd før 1984, har store deler av voksenbefolkningen fått tannhelsehjelp på de fylkeskommunale tannklinikker, etter samme prinsipp om egenbetaling som i privat sektor. På landsbasis går ca 7 – 8 prosent av voksenbefolkningen over 20 år til tannhelsekontroll og behandling på offentlig tannklinikk. Andelen er størst i Finnmark.

Tannhelsetjenesten blir i ulike sammenhenger ofte uteglemt i forbindelse med omtalen av helsetjenesten i Norge. I prinsippet er tannhelsetjenester like mye helsetjenester som øvrige helsetjenester. Hovedforskjellene sammenliknet med øvrig helsetjeneste er at de voksne må betale for mesteparten av utgiftene selv, og at ca 3/4 av sektoren utgjøres av privatpraktiserende, uten avtaleordning med det offentlige.

## 5 Dagens situasjon

### 5.1 Kort om tannhelsetjenesten i dag

---

#### 5.1.1 Tannhelsetjenesten i Norge

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig sektor som i hovedsak yter tannhelsetjenester til grupper av befolkningen definert i lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen.

Fylkeskommunen er ansvarlig for at det ytes tjenester etter tannhelsetjenesteloven. Tjenestene finansieres i hovedsak gjennom rammefinansiering. I 2005 var fylkeskommunenes netto-utgifter til tannhelsetjenester ca 1,4 mrd kroner. Fylkeskommunenes inntekter var ca 0,4 mrd kroner. Hoveddelen av inntektene kommer fra voksne betalende pasienter. Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Den er også pålagt et samordningsansvar for den offentlige (fylkeskommunale) tannhelsetjenesten og private tjenesteytere. Fylkeskommunen skal både organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til gitte grupper i lovens § 1-3. Gruppene er: barn og ungdom 0-18 år, psykisk utviklingshemmede, eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret, samt andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Den offentlige tannhelsetjenesten kan i tillegg yte tjenester til voksent betalende klientell etter fylkeskommunens bestemmelser og fastsatte takster.

Om lag tre fjerdedeler av tannlegeårsverkene og litt under halvparten av tannpleierårsverkene ble i 2005 utført i privat sektor. I privat sektor er det fri etablering og fri prissetting. Det anslås en samlet årlig omsetning i den private sektor på om lag 6,5-7 mrd kroner. Av dette beløpet utgjør pasienters egenbetaling ca 6 mrd kroner. Resten er behandlinger finansiert over det offentlige budsjettet gjennom refusjon fra trygden og gjennom sosial stønad.

Personer med definerte diagnoser og/eller sykdomstilstander i munnhulen kan få offentlig finansierte tannhelsetjenester etter trygdens regelverk. Størstedelen av tannbehandling med trygdefinansiering blir utført i privat sektor. I 2005 ble det utbetalt ca 0,75 mrd kroner som refusjon over trygdens budsjett til tannbehandling (0,85 mrd kroner i 2006).

#### 5.1.2 Pasientbehandling i utlandet

Medlemmer i folketrygden har i henhold til EØS-avtalen rett til dekning av utgifter til helsetjenester som kan bli nødvendig under midlertidig opphold i andre EØS-land. Retten omfatter behandling som anses nødvendig, sett hen til behandlingens art og oppholdets varighet. Det er i første rekke tale om behandling som er nødvendig for at vedkommende kan fortsette oppholdet uten å avbryte dette. Utgiftene dekkes etter oppholdslandets regler, men for hjemlandets regning. Vedkommende må betale egenandel for behandlingen på linje med innbyggere i oppholdslandet. Retten til helsetjenester ved midlertidig opphold må dokumenteres ved Europeisk helsetrygdkort. Dette omfatter også tannhelsetjenester.

Det pågår et arbeid i Helse- og omsorgsdepartementet med sikte på å etablere en ordning for dekning av utgifter til annen behandling enn sykehusbehandling som er utført i andre EØS-land. EF-domstolen har slått fast at pasienter har rett til å få dekket behandlingsutgiftene i den utstrekning det offentlige ville ha dekket tilsvarende behandling dersom den var utført i Norge. Ordningen vil blant annet gjelde tannbehandling som folketrygden yter refusjon/bidrag for.

### 5.2 Helse og sykdomstilstand

---

#### 5.2.1 Innledning

I internasjonal sammenheng brukes begrepet oral health (oral helse) om det vi vanligvis i Norge omtaler som tannhelse. Oral helse omfatter sykdommer, skader og utviklingsforstyrrelser i ten-

nene, tenneses festeapparat, kjever og andre vev i munnen. Begrepet tannhelse er godt innarbeidet i den norske befolkningen. I denne meldingen brukes derfor tannhelsebegrepet om de forhold som i engelsk språkbruk benevnes som oral health (oral helse).

Helse og sykdom (tannhelse og tannsykdom) er begreper som uttrykker tilstander hos enkeltpersoner eller i befolkningen. Det motsatte av syk forstås gjerne som frisk. Sagt på en annen måte vil friskhet være fravær av sykdom. Med sykdom menes både den selvopplevde situasjonen av det å være syk, og den tilstanden som gjerne uttrykkes av fagpersoner i en diagnose. En naturvitenskapelig basert diagnose kan være uttrykk for en patologisk prosess, dvs. en sykdomsprosess. Men en diagnose kan også være uttrykk for en medfødt lidelse, en utviklingsforstyrrelse, en skade eller tilstand med reduserte funksjoner.

Begrepet helse favner videre enn begrepene syk og frisk. Mange kan ha god helse, men allikevel være syke, eller ha en diagnose. De kan leve godt med sin sykdom, sitt funksjonstap, skade eller utviklingsfeil. På den annen side behøver fravær av sykdom nødvendigvis ikke innebære god helse. Slike forskjeller gjelder også innenfor området oral helse eller tannhelse. Mange kan oppleve å ha dårlig tannhelse alene på grunn av uheldige forhold ved tenneses utseende, uten at det nødvendigvis foreligger noen sykdom eller skade.

#### *Forhold som påvirker tannhelsen*

De vanligste sykdommene i munnen er karies (tannråte) og periodontitt (tannløsningssykdom). Begge er bakteriesykdommer og kan ramme alle med tenner. Karies opptrer i alle aldersgrupper, mens periodontitt opptrer hyppigst i den voksne befolkningen. Det som kjennetegner disse to sykdommene er at de gir varige skader på henholdsvis tenner eller kjevebein. Sykdommene kan ha kommet langt før man merker symptomer på sykdommen.

Karies oppstår når bakteriebelegg på tennene omdanner sukker til syre. Syreangrepet ødelegger tannemalje og etter hvert øvrig del av tanna. Fluor beskytter mot bakteriene og mot syreangrepene. En god helseatferd med tannbørsting med fluortannkrem morgen og kveld og riktig kosthold til faste måltider, reduserer risikoen for at karies oppstår. Periodontitt forårsakes også av bakterier. Konsekvensene av bakterienes aktivitet er at tannas festeapparat blir ødelagt. I ytter-

ste konsekvens kan ubehandlet periodontitt ende opp med at tanna må trekkes. Regelmessig munnstell med tannbørste og med andre hjelpemidler reduserer risikoen for å få periodontitt.

Arv, sykdom, funksjonssvikt/-feil, medikamentbruk og utviklingsforstyrrelser kan innvirke på sykdomsutviklingen av karies og periodontitt. Omfattende medikamentbruk, og særlig enkelte medikamenter, gir munntørrehet. Munntørrehet er svært uheldig for tenner, festeapparat og slimhinner og kan bl.a. medføre rask og omfattende kariesutvikling samt rask utvikling av periodontitt. Utviklingsforstyrrelser, medfødte lidelser, medisinske lidelser, sykdommer eller skader kan omfatte kjever, tenneses festeapparat, tenner mv.. Dette kan medføre store forstyrrelser i kjevene og i antall tenner. Konsekvensene er behov for store odontologiske rehabiliteringer.

Det er mange forhold som påvirker den enkeltes helseatferd og som er med på å forklare hvordan tannhelse og tann-/kjevesykdom fordeler seg i befolkningen. Levekår, oppvekstvilkår, familie, venner, skole, sosial nettverk er faktorer som påvirker den enkeltes helseatferd og som gir sosiale ulikheter i både helse og tannhelse i befolkningen. Forekomsten av hel eller delvis tannløshet i deler av den eldre befolkningen kan særlig forklares med mangelfull tilgang på tannleger i første del av forrige århundre.

Årlig registreres tannhelsetilstand hos 5-, 12- og 18-åringer i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Registreringene gir uttrykk for omfanget av sykdommen karies og av følgetilstanden av sykdommen (reparerte eller uttrekte tenner). Dataene rapporteres til Statistisk Sentralbyrå (SSB) i forbindelse med årlig Kommune-Stat-rapportering, KOSTRA. Ut over dette foretas det kartlegginger initiert av blant andre helsemyndigheter, og fagmiljøer ved lærestedene. Slikt arbeid gjennomføres ofte i samarbeid mellom fylkeskommunene og private tannleger. Når det gjelder den øvrige voksne befolkningen har vi i Norge ingen regelmessig nasjonal innhenting av statistikk angående tannsykdom, omfang av friskhet, behov for tannsykdomsbehandling eller behov for odontologisk rehabilitering. Kunnskap om befolkningens tannhelsesituasjon er begrenset.

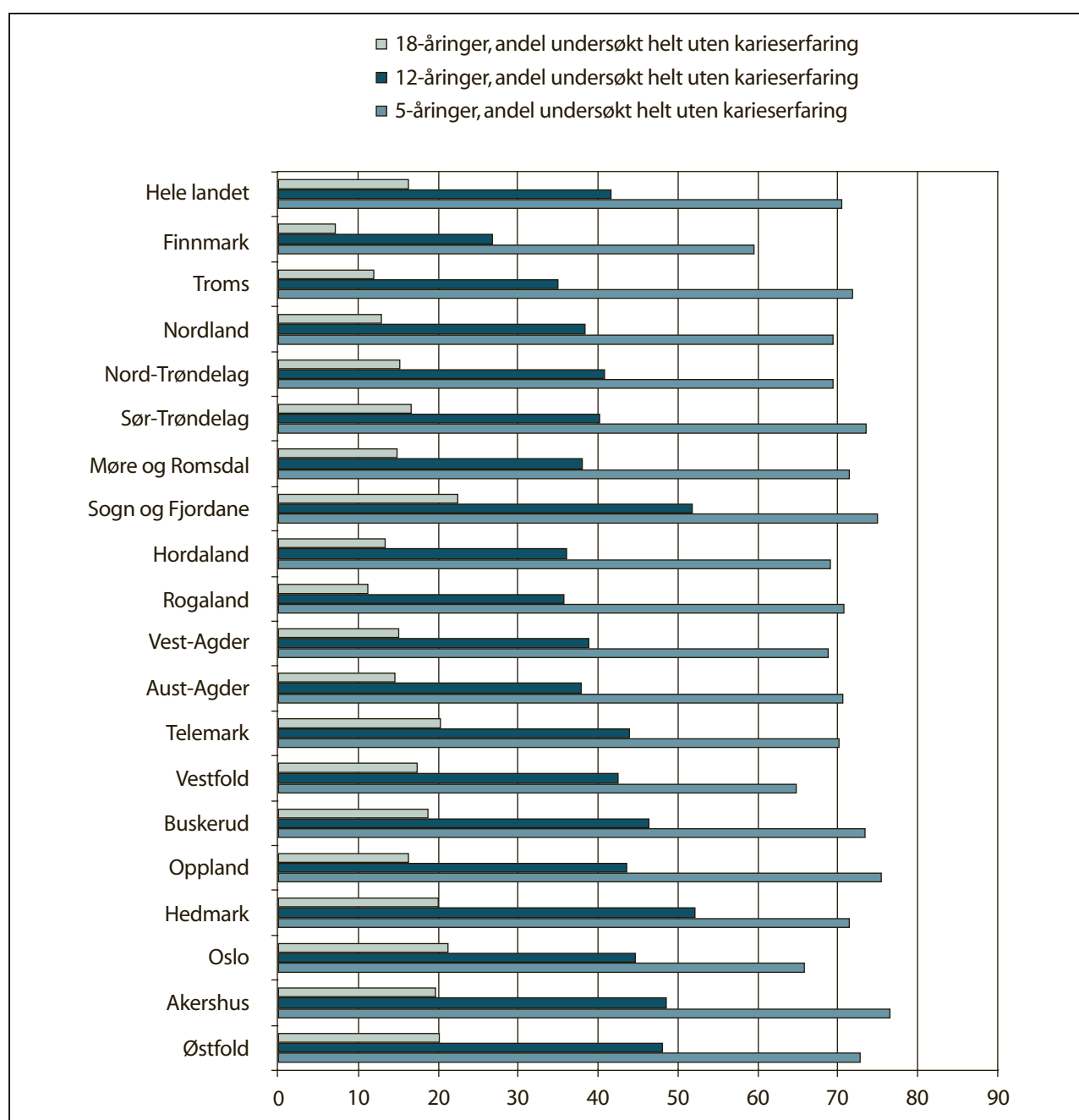
Det må kunne sies at det har funnet sted en betydelig bedring i tannhelsen i store deler av befolkningen de siste 30-40 årene. De viktigste faktorene som har bidratt til den positive utviklingen er frigjøring av fluortannkrem for salg i

dagligvarebutikker fra 1971 i kombinasjon med økning i andelen som praktiserer daglig munnhygiene. Den generelle økning i levestandarden, herunder økning i andelen av befolkningen med høyere utdanning, har også bidratt til denne bedringen. Det samme har utbyggingen av tannhelsetjenestetilbudet og tannhelsepersonellens innsats.

### 5.2.2 Generelt om tannhelsen hos barn og unge

Ved utarbeidelsen av denne stortingsmeldingen, var KOSTRA-tall for tannhelsetjenesten fra 2005 de sist publiserte data. Tall for 2006 vil bli publisert i løpet av juni 2007. Av den grunn vil alle referanser til denne statistikken bygge på rapportering fra året 2005.

For 12-åringer har vi nasjonal statistikk tilbake fra 1965. Statistikken viser at det fra 1971



Figur 5.1 Fylkesvis fordeling av andel barn og unge uten karieserfaring 2005

Kilde: SSB 2005 (korrigerede tall fra Telemark)

fant sted en stor nedgang i antall tannfyllinger som årlig ble utført på 12-åringer. Fra 1971 til 1991 ble omfanget av tannfyllinger årlig lagt på 12-åringer redusert med ca 85 prosent. Tilsvarende utvikling fant sted i stor grad i alle aldersgruppene fra 3 til 17 år. I 1978 var ni av ti tannfyllinger amalgamfyllinger. I dag legges omtrent ikke amalgamfyllinger i tenner på barn og unge.

I perioden fra 1985 til 1997 ble det registrert en bedring i tannhelsen hos 5-åringer. I 1997 hadde sju av ti 5-åringer friske/feilfrie melketenner. Frem mot 2001/2002 viste registreringen en nedgang til seks av ti. I 2005 var andelen på samme nivå som i 1997. I 1985 ble det registrert at to av ti 12-åringer aldri hadde hatt hull i de blivende tennene. I 1995 hadde fire av ti aldri hatt hull i tennene, det samme som i 2005. I 1985 var det bare en av hundre 18-åringer som aldri hadde hatt hull i tennene. I 1995 var antallet økt til ca en av ti. Etter 2000 har ca en av seks 18-åringer ikke hatt hull.

Figur 5.1 viser fylkesvis fordeling av andel 5-, 12- og 18-åringer registrert i 2005 som ikke har hatt hull i tennene. Det fremgår av figuren at de fylker hvor det er høyest andel 5-åringer med bare friske tenner, er fylkene Akershus, Oppland og Sogn og Fjordane. Blant 12-åringer er andelen tannfriske høyest i Hedmark, Sogn og Fjordane og Akershus. Blant 18-åringene er andelen tannfriske høyest i Sogn og Fjordane, Oslo og Telemark. Når det gjelder de øvrige fylkene er variasjonene fylkene imellom av begrenset omfang. Unntaket er Finnmark, hvor andelen tannfriske er lavest for alle indikatorårskull.

Statistikken fra SSB viser ikke forskjeller innad i fylkene. Oslo er et eksempel på et fylke med store tannhelseforskjeller mellom bydelene. Eksempelvis var det i 2006 ca åtte av ti 5-åringer som ikke har hatt hull i tennene i vestlige deler av Oslo, mens i nordøstlige deler av byen var det ca fem av ti. Variasjonene følger i stor grad de samme sosioøkonomiske og geografiske skillelinjene som for helse generelt.

Andelen undersøkte uten hull og/eller tannfylling (uten karieserfaring) gir et grovmasket bilde av tannhelsesituasjonen hos barn og unge. Gjennomsnittlig hadde på landsbasis 5-åringene i 2005 1,1 tenner med karieserfaring, 12-åringene 1,7 tenner med karieserfaring og 18-åringene 5 tenner med karieserfaring.

2,2 prosent av 5-åringene (ca 1000 barn) hadde hull eller fylling i mer enn 9 av i alt 20 melketenner. 0,7 prosent av 12-åringene hadde mer enn 9 blivende tenner med hull eller fylling (ca

400-500 12-åringer). Av 18-åringene var det femten prosent som hadde mer enn 9 tenner med hull/fylling.

Over halvparten av 18-åringene har mellom null til fire tenner med hull eller fylling. Dette må kunne karakteriseres som god tannhelse. Disse 18-åringene bør ha de beste forutsetninger for å kunne beholde den tannfriske tilstanden langt opp i voksen alder. De vil selv kunne mestre dette med egen innsats, gjennom bruk av fluortannkrem og tannrengjøring, i kombinasjon med riktig kosthold. Regelmessig friskhetskontroll hos tannpleier eller tannlege ca hver 18. eller 24. måned vil bekrefte at de selv holder seg tannfriske. I tannhelsekontroller kan eventuelt symptomfri sykdomstilstand i tidlig fase bli oppdaget.

Kostholdsvaner kan utgjøre en trussel mot bedringen i tannhelsen hos barn og unge. Inntak av sukker øker stadig. Ni av ti unge spiser mer sukker enn anbefalt. Brus, saft og godterier er de viktigste sukkerkildene. Kartlegginger fra 2004 viser imidlertid at inntaket av sukret brus er synkende. Hyppig inntak av drikker med lavt pH-nivå, som for eksempel mineralvann med og uten sukker, juice, sportsdrikker og lignende, kan også gi syreskader (erosjoner) på tenner. Norske barn spiser minst frukt og grønt i Europa, og spiser bare halvparten av det som anbefales.

#### *Tannhelse hos barn med medfødte og ervervede lidelser*

Hvert år fødes barn med tilstander eller utviklingsforstyrrelser som også innebærer alvorlige tannutviklingsforstyrrelser og forstyrrelser i bitt- og kjeveforhold. Kroniske sykdommer, funksjonsproblemer og/eller kompliserte tanntraumer kan inntreffe i oppveksten. Konsekvensene er behov for omfattende og tilrettelagt munn- og tannbehandling. Symptomer og senfølger av kariessykdom kan være belastende for friske barn. Det kan være ekstra alvorlig for barn med funksjonshemninger og kroniske sykdommer. Vi har ingen statistikk over antallet barn med slike problemer i Norge. I Sverige er det angitt at inntil en av ti i aldersgruppen 0 – 15 år har slike problemer. Disse har en generelt høyere forekomst av karies enn friske barn. Medisinbruk og mangelfull munnhygiene kan være tilleggsfaktorer som bidrar til høy forekomst av karies. Ulike sykdommer og funksjonshemninger kan også medføre problemer med å gape. Det kan av ulike grunner være vanskelig å få pusset tennene for de som må ha

hjelp til det. Noen har nedsatt immunforsvar, som betyr at det skal mindre til for at infeksjoner i munnhulen får uheldige konsekvenser både for tannhelse og generell helse.

#### *Tannhelse hos barn og unge i den samiske befolkning*

Det finnes ingen sammenstilt statistikk på tannhelsetilstanden i den samiske befolkningen. Den nasjonale rapporteringen på tannhelse hos barn og unge viser at andel av barn med karieserfaring er høyest i Finnmark. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Finnmark formidler at tannhelsesituasjonen innenfor de samiske områdene er vanskelig, både blant barn og unge, og også blant den voksne delen av befolkningen. Det er ikke uvanlig med store hull i tennene allerede i 3-årsalderen, spesielt i de områdene som anses som de samiske kjerneområdene. Også i den unge og i den voksne del av befolkningen er det mange med mye kariessykdom. En relativt stor andel av 19-20 åringene møter ikke til tannhelsekontroll blant annet på grunn av vårflyttingen.

#### *Tannhelse hos barn og unge med innvandrerbakgrunn*

Barn med innvandrerbakgrunn utgjorde i 2003 ca 7 prosent av alle barn i Norge. Av disse hadde flesteparten ikke-vestlig bakgrunn. I 2005 var nesten 20 prosent av innbyggerne i Oslo innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn. Undersøkelser viser at barn med innvandrerbakgrunn har dårligere tannhelse sammenliknet med barn med norsk bakgrunn. Denne sammenhengen bekreftes både i nasjonale og internasjonale studier.

En undersøkelse fra Oslo viste at barn med innvandrerbakgrunn hadde tre ganger så mye karieserfaring som barn med norsk bakgrunn. Hos de yngste aldersgruppene er tannhelsen bedret fra 1999 til 2004. Bedringen har skjedd både hos barn med innvandrer bakgrunn og hos barn med norsk bakgrunn. Likevel er forskjellende opprettholdt. Forskjellende jevner seg imidlertid ut i de eldre aldersgruppene.

#### *Barn og unges tannhelse i nordisk sammenheng*

De nordiske landene registrerer jevnlig nasjonale tannhelsedata for barn og unge. Det utføres ingen systematiske sammenligninger av tannhel-

sen, men tallene viser at det er små forskjeller. Tannhelsen har gradvis blitt bedre i alle nordiske land.

#### *Oppsummering barn og unges tannhelse*

Til enhver tid vil det være en viss andel barn og unge som har spesielle tannhelseproblemer pga. medfødte eller ervervede sykdommer, lidelser eller skader. Disse skal etter gjeldende ordninger få ivaretatt sitt behov for hjelp. For de fleste av øvrige barn og unge må tannhelsen kunne karakteriseres å være god, både uttrykt i form av andel med bare friske eller feilfrie tenner og andel med lite karieserfaring (hull/fylling).

Barn med innvandrerbakgrunn har dårligere tannhelse enn etnisk norske barn i de yngste aldersgruppene, men det ser ut til at forskjellende jevner seg ut med økende alder. Også barn og unge i den samiske befolkning har tannhelseforhold som er dårligere sammenliknet med barn og unge for øvrig.

Karies i melketennene kan ha stor betydning for både tannhelsen og for generell helse, både på kort og på lang sikt. I tillegg er det vist at det innvirker på barnets livskvalitet og utvikling av angst for tannbehandling. Barn med karies i melketannsettet, har økt risiko for at de også vil få karies i de permanente (blivende) tennene.

Sosioøkonomiske faktorer hos foreldrene har betydning for barns tannhelse. Barn med medfødte og ervervede lidelser har større tannhelseutfordringer enn andre barn og trenger ekstra oppfølging. Endrede livsstilsvaner, med økt og hyppigere inntak av sure drikker, har uheldig konsekvens for tannhelsen.

#### **5.2.3 Tannhelse i voksenalderen**

En undersøkelse fra 2004, basert på telefonoppringning til 2 443 personer, viste at sju av ti vurderte sin tannhelse som god. Drøye to av ti mente at tannhelsen var verken god eller dårlig, mens en av ti oppfattet sin tannhelse som dårlig, se tabell 5.1. Personene var mindre tilfreds med sin tannhelse enn med sin generelle helse. Undersøkelsen viste ingen sammenheng mellom bostedsregion og vurderingen av egenopplevd tannhelse og helse. Andelen som svarte at helsen var god ble lavere med økende alder. Alder har liten betydning for hvordan personene vurderer sin tannhelse, men utdanning og inntekt innvirker på egenvurdert tannhelse. Den positive opplevelsen

Tabell 5.1 Hvordan vurderer du din tannhelse og din generelle helsetilstand på en skala fra 1 til 5. Alle svar er gitt på en skala fra 1 – 5 der 1= meget dårlig og 5= meget god. Prosentfordeling og gjennomsnittskår

	Tannhelse (n = 2 445)				Generell helsetilstand (n = 2 443)			
	Dårlig (1+2)	Verken god eller dårlig (3)	God (4+5)	Snitt	Dårlig (1+2)	Verken god eller dårlig (3)	God (4+5)	Snitt
<i>Alle respondenter</i>	9	24	68	3,8	6	18	76	3,9
<i>Alder</i>								
21 – 29 år	10	24	66	3,8	3	11	85	4,1
30 – 39 år	7	16	77	4	5	11	84	4,1
40 – 49 år	5	22	72	3,9	6	16	78	4
50 – 59 år	13	27	60	3,6	10	23	68	3,8
60 – 69 år	9	22	69	3,7	9	22	69	3,8
70 – 79 år	9	32	60	3,6	6	27	68	3,7
> = 80 år	6	31	63	3,7	7	36	57	3,6
<i>Utdanning</i>								
Grunnskole	13	27	60	3,5	9	27	64	3,7
Videregående skole	9	25	66	3,8	6	19	75	3,9
Universitet/høyskole	6	19	75	4	4	12	83	4,1
<i>Tannstatus</i>								
Ingen tenner igjen	10	43	47	3,5	11	39	50	3,5
1 – 9 tenner igjen	39	26	36	2,9	15	24	62	3,7
10 – 19 tenner igjen	21	39	40	3,2	8	34	58	3,6
> = 20 tenner igjen	6	21	73	3,9	6	15	79	4

Kilde: Dorthe Holst, Irene Skau og Jostein Grytten

av egen tannhelse øker med lengden på utdanning og med økende inntekt.

Av dem uten egne tenner, svarte bare en av ti at de opplevde tannhelsen som dårlig, mens nesten halvparten mente at den var god. Hos dem med 1-9 gjenværende tenner opplevde imidlertid nesten fire av ti at tannhelsen var dårlig. Dette kan være tegn på at de som har 1-9 tenner kan ha tannsykdom som for eksempel gir smerter, plager, tyggeproblemer, eller at de har delproteser som ikke fungerer tilfredsstillende. Vanskelig livssituasjon kan også være en bakenforliggende forklaring.

I den yngste aldersgruppen (21-29 år) var det to av tre som oppfattet sin tannhelse som god, mens en langt større andel opplevde helsen god (ca fem av seks). En av ti opplevde tannhelsen som dårlig. I aldersgruppen 30-39 år var det høyest andel av alle som oppga god selvopplevd tannhelse (ca tre av fire).

Objektive registreringer viser at tannhelsetilstand, uttrykt som forekomst av hull, tannfyllinger eller mistede tenner, generelt er bedre i yngre

grupper av befolkningen. Slik sett ville det vært naturlig å anta at også de yngste gruppene ville oppleve tannhelsen bedre sammenliknet med de eldste, hvor det er flest antall uten egne tenner. Denne undersøkelsen viser nødvendigvis ikke det. Slike tilsynelatende paradoksale sammenhenger kan bety at folk legger forskjellig innhold i sin oppfatning av helse og tannhelse, ut i fra ulikt ståsted og forventninger. Det finnes lite kunnskap om hva den enkelte legger i god tannhelse.

Undersøkelser basert på telefonintervju fanger ikke opp de som oppholder seg på institusjon, de som ikke har telefon, de som av ulike grunner ikke tar telefonen når den ringer, eller som ikke besvarer slike undersøkelser. Dermed kan mange av de som antagelig har dårligst tannhelse, falle utenfor slike undersøkelser.

Fluortannkrem ble frigitt for salg i butikk i 1971. Et systematisk tannhelsetilbud, gjennom skoletannpleien/folketannrøkta, var godt utbygd fra 1970-tallet. Generasjonen født etter 1965 har dermed fått et bedre og bedre utgangspunkt for å kunne opprettholde og vedlikeholde en god tann-

helsetilstand inn i voksen alder. Fluor i tannkrem har også god effekt i alle aldersgrupper når det gjelder å forebygge hull i tennene. I tillegg har det vært en økonomisk utvikling med økt velstand i befolkningen og økt andel unge voksne som tar høyere utdanning. Pene og friske tenner har økt i betydning sett i sosial sammenheng. Bedring i tannhelse har gitt seg utslag i alle aldersgrupper over 20 år.

I den voksne befolkningen sett under ett, er andelen uten egne tenner redusert fra 16 prosent i 1975 til 3 prosent i 2004. Andel uten egne tenner er under 0,5 prosent blant personer opp til 40 år. I aldergruppen 60 – 79 år er andel uten egne tenner 6 prosent, og øker til 14 prosent i aldergruppen over 80 år. I aldersgruppen 70-79 år har seks av ti fortsatt i behold 20 eller flere tenner.

#### *Tannhelse i eldrebefolkningen*

Aldersgruppen over 70 år utgjør litt over 0,5 million innbyggere (2005), og av dem er drøyt 200 000 over 80 år. De fleste innbyggere over 70 år bor hjemme og klarer seg selv. Ca 10 prosent av dem over 70 år bor i institusjon, 22 prosent mottar hjemmesykepleie.

Blant de ikke-pleietrengende, hjemmeboende eldre, ser det ut til at forekomsten av karies og periodontitt ikke er større enn ellers i den yngre voksenalderen. Overgangen fra funksjonsfrisk tilstand til pleietrengende kan for mange gå fort. Når funksjonsevnen svekkes, reduseres også motoriske funksjoner. Dermed blir det vanskelig å ivareta det daglige munnstell. Karies og periodontitt kan fort bli et problem.

Trøndelagsundersøkelsen fra 1983 viste at blant tannløse personer født i perioden 1914 til 1934, var de fleste blitt tannløse tidlig i livet. En forsøksordning med utvidet tannhelsetilbud til eldre med hjemmebaserte tjenester (FUTT-prosjektet 2001-2003) viste at 30-40 prosent av de eldre med hjemmetjenester hadde dårlig tannhelse, 29 prosent hadde smerte-/plager i munnen, mens 20 prosent hadde tygge-/spiseproblemer. Drøye 30 prosent hadde mer enn 20 tenner i munnen. Gjennomsnittsalderen var 77-78 år.

De aller fleste beboere på institusjon trenger hjelp og oppfølging til blant annet ivaretagelse av daglig munnstell. En nasjonal undersøkelse fra 2004, viser store variasjoner i munn- og tannstatus hos eldre i sykehjem. Dette gjelder både mellom fylker og mellom institusjoner. Kartleggingen viste at mange brukte flere legemidler. Både aldring generelt, og bruk av legemidler spesielt, kan

føre til munntørrehet. Konsekvensene er høy sykdomsaktivitet når det gjelder karies. Undersøkelsen viste at forhold ved institusjonen/sykehjemmet hadde størst betydning for om beboerne fikk ivaretatt et godt munnstell.

#### *Tannhelsen hos rusmiddelavhengige*

FUTT-prosjektet omfattet også tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige. Gjennomsnittsalderen til rusmiddelavhengige i prosjektet var ca 40 år. Kartleggingen av tannhelsetilstanden hos disse viste at sju av ti hadde smerter/plager i munnen mens fem av ti hadde spise-/tyggeproblemer. Mellom åtte og ni av ti hadde 20 tenner eller mer, og nesten alle av de undersøkte hadde behov for tannbehandling.

#### *Tannhelsen hos personer under psykisk helsevern*

FUTT-prosjektet omfattet også tannhelsetjenester til personer under psykisk helsevern i kommunene. Kartleggingen viste at seks av ti hadde smerter/plager og fire av ti hadde spise-/tyggeproblemer. Åtte av ti hadde 20 tenner eller mer, mens mellom åtte og ni av ti hadde behov for tannbehandling.

Ved Lovisenberg sykehus et det i regi av TAKO-senteret etablert et prosjekt med tannhelseteam som særlig ivaretar pasienter med psykiske lidelser, og pasienter med dobbeldiagnoser rus og psykiatri. Rettigheter til tannhelsetjenester for psykiatriske pasienter er knyttet til institusjonsopphold og til oppfølging av den kommunale hjemmesykepleien. Nedbyggingen av institusjonsplasser innen psykiatrien har ført til at mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser som nå behandles poliklinisk eller med korttidsopphold på institusjon, ikke lenger har rett til tannhelsetjenester. De første resultater fra prosjektet vil foreligge i 2008.

#### *Sosial ulikhet i helse/tannhelse og etterspørsel etter tannhelsetjenester*

De fleste som fikk tilbud om tannhelsetjenester i FUTT-prosjektet, var i en vanskelig livssituasjon. De hadde nedsatt funksjonsevne, rusproblemer og psykiske lidelser. Andre faktorer som også innvirker på tannhelsen, er lav utdanning, røyking og mangel på fysisk aktivitet. Sammenhengen mellom sosial posisjon og helse er gradvis og kontinuerlig gjennom alle lag i befolkningen. Arv forklarer ikke de sosiale helseforskjellene.



Generelle utviklingstrekk viser at jo lavere sosioøkonomisk status, jo dårligere helse og tannhelse. Tannhelsen hos grupper i befolkningen med lav sosioøkonomisk status, er dårligere enn i øvrig befolkning. Barn av høyt utdannede mødre har mindre karies enn barn av mødre med kort eller ingen utdanning.

Undersøkelser av selvrapportert tannhelse, viser at opplevelse av tannhelse følger den sosioøkonomiske gradienten på lik linje som for helse. Ser man tannhelse i forhold til inntektsnivå er det en sosial gradient i befolkningen, slik at de med høyest inntekt også har best selvrapportert tannhelse. Ulikhetene korrelerer med utdanning og inntekt.

Bildet er mer komplekst når det gjelder objektiv registrering av tannhelse, fordi registreringen gjøres av tannsykdom og av det som er ervervet av tannbehandling tidligere i livet, eller mangel på sådan. Registreringen kan relateres til sosioøkonomiske faktorer som har hatt innvirkning på tannstatus, men den kan også være et resultat av behandlingsteknikker, tilgjengelighet på tannhelsetjenester, eventuelt tannbehandlingsangst mv., som i mindre grad er sosioøkonomisk betinget. Kunnskap om hvilke bakenforliggende faktorer og hvilken kombinasjon av faktorer som er med på å forklare voksenbefolkningens tannstatus, er mangelfull.

Tabell 5.2 viser at de med lavere inntekt vurderer sin tannhelse noe dårligere enn de med høyere inntekt. Likevel ser det ut til at inntekt og inntektsnivå i mindre grad innvirker på sannsynligheten for å oppsøke tannhelsetjenesten. Tidligere undersøkelser har vist at det er en svak sammenheng mellom husholdningsinntekt og besøk hos tannlege siste året. Unntatt er de med inntekt under 100 000 kroner, som mer sjelden oppsøker tannlege.

### Tannhelsegenerasjoner og fremtidsutvikling mot 2030

I tannhelsesammenheng er det ikke uvanlig å dele inn befolkningen i tannhelsegenerasjoner eller kohortgrupper/aldersgrupper. En enkel måte å fremstille kohortgruppene på er å inndele dem i fire grupper:

- Ekstraksjons- og protese generasjonen, som er født før 1935 og er eldre enn ca 70 år – (denne aldersgruppen har fått trukket flest tenner og har flest proteser (gebiss))
- Tannfyllingsgenerasjonen, som er født i perioden 1935 til 1960 og er i alderen 45 til 70 år – (denne aldersgruppen har flest tannfyllinger og andre reparasjoner i tenner)
- Fluorgenerasjonen, som er født i perioden 1960 til 1990 og er i alderen fra 15 til 45 år
- Framtidsgenerasjonen, som er født etter 1990 og er yngre enn 15 år

I 2030 vil de gjenlevende i ekstraksjons- og protese generasjonen være eldre enn 95 år. Befolkningen i fyllingsgenerasjonen vil være i alderen 70 til 95 år. Disse to generasjonene utgjør i dag mellom 35 og 40 prosent av befolkningen. I 2030 vil de utgjøre mellom 15 og 20 prosent av befolkningen. I årene fram mot 2030 vil gradvis færre ha behov for proteser (gebiss), eller ha behov for reparasjon av proteser. Et gradvis lavere antall i disse aldersgruppene vil ha behov for store, omfattende rehabiliteringer av tannsettet grunnet hel eller delvis tannløshet.

I 2030 vil fluorgenerasjonen være i alderen 45 til 70 år, og vil utgjøre ca 30 prosent av befolkningen. Flertallet i denne generasjonen har en god tannhelse og færre tannfyllinger, rotfyllinger, kro-

Tabell 5.2 Hvordan vurderer respondenten sin tannhelse og sin generelle helsetilstand på en skala fra 1 til 5. Alle svar er gitt på en skala fra 1 – 5 der 1=meget dårlig og 5=meget god. Prosentfordeling og gjennomsnittsskåre

	Tannhelse (n = 2 445)				Generell helsetilstand (n = 2 443)			
	Dårlig (1+2)	Verken god eller dårlig (3)	God (4+5)	Snitt	Dårlig (1+2)	Verken god eller dårlig (3)	God (4+5)	Snitt
Samlet husholdningsinntekt								
< 200 000 kr	14	28	58	3,6	12	27	61	3,6
200 000 – 399 999 kr	10	24	65	3,7	6	22	72	3,9
400 000 – 599 999 kr	8	25	68	3,8	5	13	82	4
600 000 – 799 999 kr	4	19	78	4	4	13	83	4,1
800 000 – 999 999 kr	6	21	73	3,9	5	13	82	4,1
> = 1 million kr	2	18	81	4,2	4	3	93	4,4

Kilde: Dorthe Holst, Irene Skau og Jostein Grytten

ner, broer og proteser, sammenliknet med fylkingsgenerasjonen, da de var på samme alder. Behovet for tannbehandling vil i hovedsak være reparasjon av tidligere lagte tannfyllinger, rotfyllinger, kroner og periodontittbehandling.

Framtidsgenerasjonen vil i 2030 utgjøre drøye halvparten av befolkningen. Tannhelsen til denne generasjonen er enda bedre sammenliknet med tannhelsen til fluorgenerasjonen da de var på samme alder. Behovet for tannbehandling i framtidsgenerasjonen fram mot 2030, vil bli enda mindre sammenliknet med fluorgenerasjonen.

Perspektivene mot 2030 innebærer at for befolkningen samlet sett, er det grunn til å anta at etterspørselen etter tannbehandling gradvis vil bli mindre. Det innebærer at behovet for personellressurser til reparasjoner, rotfyllinger, tannuttrekking og odontologisk rehabilitering suksessivt vil avta i forhold til innbyggertall.

### **5.3 Forvaltningsnivå og fylkeskommunens sørge for-ansvar**

#### **5.3.1 Gjeldende ordning**

Kommunehelsetjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven pålegger hhv. kommune, fylkeskommune og regionalt helseforetak et sørge for-ansvar overfor innbyggerne. Sørge for-ansvaret er som regel knyttet til den enkeltes rett til helsehjelp. Fylkeskommunen skal i tillegg til sitt sørge for-ansvar også organisere helsefremmende og forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til prioriterte grupper.

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-1 skal fylkeskommunen sørge for «...at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket». Fylkeskommunens ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp er avgrenset til å gjelde de innbyggere som har rett til tannhelsehjelp, dvs. innbyggere som hører inn under de prioriterte grupper (gruppene a-e i § 1-3). Dette kan ivaretas enten ved å ansette personell eller ved å inngå avtale med privatpraktiserende tannleger. Rett til tannhelsehjelp for de prioriterte grupper omfatter også spesialisttannlegjetjenester.

Øvrige befolkning (over 20 år) har ingen rett til tannhelsehjelp organisert av fylkeskommunen. Fylkeskommunen kan også tilby tannhelsetjenester til den voksne befolkningen som ikke har sær-

skilte rettigheter etter § 1-3. I disse tilfellene fastsetter fylkeskommunen prisene for tannbehandlingen. Slike tilbud har et betydelig omfang i distrikter med ingen eller begrenset dekning av privatpraktiserende tannleger. Til sammenlikning er rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen ikke avgrenset til visse persongrupper, men gjelder hele befolkningen.

Regjeringen legger til grunn at fylkeskommunens sørge for-ansvar, overfor den del av befolkningen som ikke hører inn under de prioriterte gruppene, er begrenset. Ansvaret er begrenset til at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad skal være tilgjengelig jf. § 1-1. For å sikre rimelig grad av tilgjengelighet, kan fylkeskommunen enten ansette tannhelsepersonell, inngå avtaler med privatpraktiserende eller stimulere tannleger og tannpleiere til å etablere seg som privatpraktiserende, med eller uten avtale med fylkeskommunen. Det er opp til den enkelte fylkeskommune hvorvidt fylkeskommunen vil ta i bruk økonomiske virkemidler for å rekruttere tannhelsepersonell til privat praksis.

Fylkeskommunen har stor valgfrihet med hensyn til organisasjonsmodell for den offentlige tannhelsetjenesten. Forvaltningsmodellen/etatsmodellen er den som er mest vanlig i dag, men enkelte har organisert tannhelsetjenesten som foretak.

Fylkeskommunen er ikke pålagt et følge med-ansvar når det gjelder tannhelsetilstanden og tannhelseutviklingen i befolkningen, slik kommunen har et følge med-ansvar etter kommunehelsetjenesteloven. I kommunehelsetjenesteloven er det presisert at kommunen til enhver tid skal ha oversikt over helsetilstanden i kommunen, og de faktorer som kan virke inn på denne. Kommunens helsetjeneste skal videre foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak. Kommunen skal på denne måten følge med i utviklingen av helseforholdene i hele befolkningen.

Mange pasientgrupper vil være avhengige av at tilbudene har god tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne. Dette gjelder både tilgjengeligheten til lokalene hvor tannhelsetjenesten er plassert, utstyret som benyttes og informasjonen om tilbudene. Både i lover og i praktisk utførelse legges det vekt på å oppnå tilgjengelighet gjennom universell utforming. Dvs. at utforming av produkter og omgivelser må gjennomføres slik at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for særskilt tilpassing.

Tabell 5.3 Personer undersøkt/behandlet innenfor offentlig tannhelsetjeneste. 2002-2005 (2005 var første rapportår for data om tannbehandling av fengselsinnsatte. I noen fylker var disse tidligere rapportert som andre grupper).

	2001	2002	2003	2004	2005
Hele befolkningen	906 981	913 152	921 391	937 533	957 680
Barn og ungdom 3-18 år	640 316	655 027	652 990	665 678	679 721
Psykisk utviklingshemmede over 18 år	11 140	11 037	11 274	11 395	11 902
Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie	48 357	48 153	48 148	49 538	51 169
Ungdom 19-20 år	38 709	41 412	43 205	47 758	50 623
Fengselsinnsatte	.	.	.	.	3 170
Andre grupper som fylkeskommunen har fattet vedtak om å gi tilbud til	4 369	4 387	3 697	4 840	3 323
Voksne betalende personer	164 090	153 136	162 077	158 324	157 772

Videre har enkelte pasienter behov for en språklig og kulturelt tilpasset tannhelsetjeneste. Eksempelvis er retten til å bruke samisk i møte med helsetjenesten innenfor forvaltningsområdet for samisk språk, nedfelt i sameloven.

### 5.3.2 Personer under offentlig tilsyn

Et økende antall personer med rett til tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven, blir undersøkt og behandlet av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Antall personer med rettigheter og som er undersøkt/behandlet, har økt med ca 60 000 fra 2001 til 2005. Den største økningen har funnet sted blant barn og ungdom. Det har vært en nedgang på ca 2 500 personer i antall undersøkt/behandlet blant institusjonspasienter, og en økning på ca 3 500 personer blant de som mottar hjemmesykepleie.

Det er avdekket stor fylkesvis variasjon i antall personer med rettigheter som er under tilsyn. Variasjonene er størst for gruppen eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie. Helsetilsynet i fylkene er bedt om å følge opp dette lokalt, samt at Sosial- og helsedirektoratet følger situasjonen videre.

Av alle som ble undersøkt/behandlet i 2005 var 71 prosent barn og ungdom i alderen 3-18 år, 5,3 prosent eldre, uføre og langtidssyke i institusjon eller hjemmesykepleie, og 5,3 prosent er 19-20-åring. Fylkeskommunen kan tilby voksne personer tannbehandling mot betaling. I 2005 var 16,5 prosent av de som ble undersøkt/behandlet voksent betalende klientell. Antall voksne betalende som er undersøkt/behandlet i den fylkes-

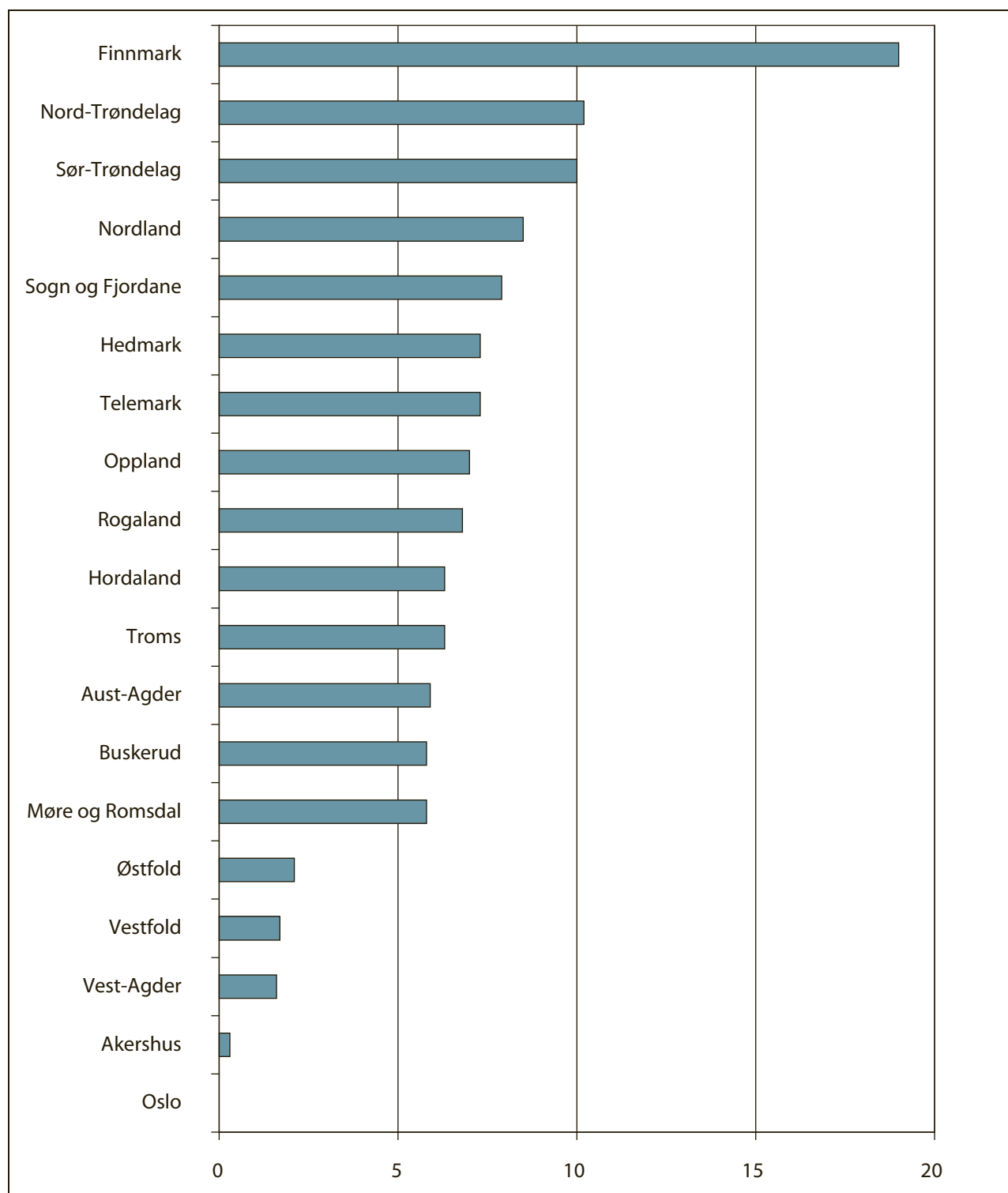
kommunale tannhelsetjenesten har gått ned fra 164 090 i 2001 til 157 772 personer i 2005.

Figur 5.2 viser stor fylkesvis variasjon når det gjelder andelen av voksne betalende pasienter som får behandling i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det generelle inntrykket er at andelen voksne pasienter øker jo lengre nord man kommer, og jo lavere dekningen av privatpraktiserende tannleger er. Forskjellene gjenspeiler seg også i fylkesvise forskjeller i forholdet mellom brutto og netto driftsutgifter rapportert til KOSTRA.

### 5.3.3 Tannhelsetjenestens samhandling med andre tjenesteområder

Allmenntannhelsetjenester kan karakteriseres som primærhelsetjenester. De aller fleste undersøkelser, diagnostikk og behandlinger utføres av tannleger og tannpleiere uten spesialisering. De største samarbeidsrelasjoner har den fylkeskommunale tannhelsetjenesten med kommunale tjenester og med personellet lokalt i kommunene. Dette gjelder spesielt helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sosialtjenesten, pleie- og omsorgssektoren, det kommunale psykiske helsevern samt fengselshelsetjenesten, og fra høsten 2005 den kommunale rusomsorgen. Det lokale samarbeidet med disse tjenestene er avgjørende for å kunne gi et oppsøkende tannhelsetjenestetilbud til prioriterte grupper, samt i fengsler og til rusavhengige. Samarbeidet er også avgjørende for å kunne organisere helsefremmende og forebyggende tiltak overfor grupper og til befolkningen generelt.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skal drive oppsøkende virksomhet, forebygging



Figur 5.2 Andel av den voksne befolkningen, fratrukket de som er prioriterte grupper, som er undersøkt/ behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten (2005-tall).

Kilde: SSB

og behandling rettet mot alle barn og unge fra 0 (3) til 18 år. Tannhelsepersonell generelt og tannpleiere spesielt, har derfor regelmessig kontakt med barn og unge. Det er av stor betydning at tannhelsepersonell, utover tannhelsekompetanse,

har kompetanse til å gjenkjenne symptomer i munnhulen og i atferdsmønster som kan tyde på seksuelle overgrep, omsorgssvikt, spiseforstyrrelser med mer. I grunnutdanningen gis det undervisning som omhandler slike problemstillinger. I

t tillegg er det viktig at lærestedene og fylkeskommunene som arbeidsgivere, legger til rette for samarbeid med relevante kompetansemiljøer som de nye regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Kompetansesentrene har blant annet ansvar for å utvikle kompetanse, for å spre kunnskap om seksuelle overgrep og å bidra til at alle relevante tjenester samarbeider. Det er viktig at helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barneverntjenesten, sosialtjenesten og tannhelsetjenesten samarbeider på dette området. Det kan også være viktig å innlemme tannhelsetjenesten mer aktivt i det tverrfaglige behandlingstilbudet som gis til barn og unge med psykiske vansker, da det i enkelte tilfeller kan være behov for individuelt tilpassede forebyggende tiltak og behandlingsstrategier. Tannhelsepersonell har etter helsepersonelloven også en opplysningsplikt og opplysningsrett overfor sosialtjenesten og barneverntjenesten.

Spesialisttannhelsetjenester utføres i hovedsak av privatpraktiserende spesialister uten driftsavtale med fylkeskommune eller med andre. Unntatt er spesialiteten oral kirurgi, hvor ca halvparten av spesialistene er ansatt på sykehus for å dekke et oral-/kjevkekirurgiske tjenestetilbud (ca 15 sykehus). Kirurgisk behandling gis både poliklinisk og på pasienter hvor behandlingen krever innleggelse. Fylkeskommunens ansvar for å sørge for oralkirurgiske spesialisttjenester ivaretas dermed delvis av helseforetak. Enkelte fylkeskommuner har ansatt kjeveortoped, hvor behandling dekkes av egenandel og trygderefusjon slik som hos privatpraktiserende. Spesialisttannhelsetjenester er nærmere omtalt i kapittel 5.6.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenestens samarbeid med sykehus/spesialisthelsetjenesten er dels knyttet til behov for henvisning til oral-/kjevkekirurgiske enheter på sykehus, og dels knyttet til tannbehandling i narkose som utføres på sykehus med bistand fra anestesipersonell. Pasienter med langtidsopphold på sykehus/institusjoner i helseforetak (utover 3 måneder) har rett til vederlagsfrie fylkeskommunale tannhelsetjenester. Vi har ingen data på tannhelsetilstand i den sammenheng.

Samhandling er nødvendig for pasienter med sammensatte og omfattende behov. Det gjelder også samhandling med andre aktører for å bidra til god tannhelse i befolkningen generelt, og samhandling for å tilby samordnede helsetjenester preget av kontinuitet. Pasienter med behov for tjenester fra flere, har behov for mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak.

### **Boks 5.1 Samarbeid mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten**

I Buskerud er samarbeidet mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten satt i system, basert på erfaringer fra et prosjekt som gikk over fire år fra 1998 og ut 2001. Tannpleierne i tannhelsetjenesten er sentrale aktører. Det er utarbeidet rutiner og avtaler for samarbeidet, og det foreligger prosedyrer for tann- og munnstell. Erfaringer viste at ansvaret for munnstellet må forankres i ledelsen. Videre er det av stor betydning at det undervises i tannhelse i grunnutdanningen av både syke- og hjelpepleiere, og at det etablerte samarbeidet følges opp kontinuerlig.

Den offentlige tannhelsetjenesten har på mange områder arbeidet med å strukturere samarbeidet med andre gjennom å etablere forpliktende partnerskap med tjenesten eller med kommunen. Utgangspunktet har blant annet vært økt satsing på det helsefremmende og forebyggende arbeid. Formålet med bruk av forpliktende samarbeid er å tydeliggjøre oppgaver og ansvar, og å avtale hvordan tjenestene skal forholde seg til hverandre. Det er regjeringens inntrykk at det løpende samarbeidet mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og kommunale tjenester i hovedsak fungerer bra.

## **5.4 Folkehelsearbeidet – helsefremmede og forebyggende arbeid**

### **5.4.1 Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven**

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-2 har fylkeskommunen ansvar for å fremme tannhelsen i befolkningen og gjennom sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Fylkeskommunen skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. Videre er det presisert i § 1-3 at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling når det gjelder prioriterte grupper.

Et av formålene med loven var å sikre at den offentlige tannhelsetjenesten, i tillegg til å

### Boks 5.2 Vannprosjekt

I Hedmark fylkeskommune er det gjennomført et vellykket vannprosjekt i den videregående skolen. Prosjektet startet ved at tannhelsetjenesten tok initiativ overfor helsesøster. Det har blant annet vært avholdt en temauke om vann.

behandle og forebygge på tradisjonelt vis, også skulle bidra til å påvirke forhold i nærmiljøet og samfunn for derved å fremme tannhelsen. Ved behandlingen av lovforslaget i 1983 uttalte Sosialkomiteen at tannsykdommer rammer stort sett alle mennesker og at sykdommene i liten grad går tilbake uten behandling, jf. Innst. O. nr. 86 (1982-83) og Stortingets behandling av denne. Flertallet i komiteen var inneforstått med at de fleste tannsykdommer i stor grad lar seg forebygge med relativt enkle midler. Komiteen så det derfor som positivt at tannhelsetjenesten i stadig sterkere grad satset på forebyggende arbeid, og at dette fikk en fremtredende plass i loven.

#### 5.4.2 Generelt om folkehelsearbeid

De faktorer som gir god helse er også som regel gunstige for tannhelsen. Å legge til rette for god tannhelse i befolkningen forutsetter samhandling mellom fylkeskommunen og andre samfunnssektorer. Beslutninger som innvirker på tannhelse tas ofte utenfor helsesektorens eller tannhelsetjenestens primære ansvarsområde. Derfor er det avgjø-

### Boks 5.3 Folkehelse og tannhelse

Frisklivssentralen i Modum og Stalsberg skole på Geithus har gjennomført et prosjekt kalt

Aktive Barn Smiler. Hensikten med prosjektet var å øke den fysiske aktiviteten blant elever på barneskoletrinnene og å innarbeide gode kostholdsvaner for en god tannhelse. I prosjektgruppen deltok representant for Frisklivssentralen, helsesøster, tannhelsetjenesten, fysioterapeut, leder i foreldrerådets arbeidsutvalg ved skolen, to lærere og rektor. Samarbeidspartnere var Modum Orienteringslag, Modum Bordtennisklubb og Rosthaug videregående skoles medielinje.

### Boks 5.4 Tannpuss og kosthold i barnehage

I flere barnehager er det igangsatt tannpuss med fluortannkrem etter måltider. Det er også mange barnehager som bevisst jobber med hva som er sunn mat i matpakken og hva som serveres i barnehagene. Vinne barnehage i Nedre Eiker er ett eksempel på barnehage, der de pusser tenner etter frokosten, og samarbeider med både helsesøster og foreldre om hva som er smart å ha i matpakken.

rende med samarbeid og med felles innsats i folkehelsearbeidet.

#### 5.4.3 Folkehelsearbeid i fylkeskommunenes regi

Tannhelsetjenesten har tradisjonelt arbeidet med å forebygge sykdommene karies og periodontitt, blant annet gjennom individuell informasjon og veiledning i munnstell og gjennom oppfordringer til regelmessig beskyttelse av tennene med fluor i ulike former.

Den oppdragende virksomheten, i både den offentlige og den private tannhelsetjenesten, må anses i stor grad å ha bidratt til at den norske befolkning samlet sett har god tannhelsen. En stor andel av befolkningen går regelmessig til tannhelsekontroll. Det tiltaket som kanskje i størst grad har bidratt til å redusere forekomst av sykdommen karies i hele befolkningen, er befolkningens bruk av fluortannkrem, som ble tillatt solgt på markedet fra 1971. Slik sett kan det sies at det største folkehelsebidraget så langt er befolkningens bruk av tannbørste i kombinasjon med fluortannkrem, en til to ganger per dag.

I 1999 utgav Statens helsetilsyn veilederen Tenner for livet – helsefremmende og forebyggende arbeid. Veilederen er et verktøy for planlegging og gjennomføring av helsefremmende og forebyggende arbeid i tannhelsesammenheng. Som en oppfølging og for å styrke innsatsen på feltet, initierte Sosial- og helsedirektoratet en nasjonal satsing i 2003 kalt Tenner for livet – ny giv i helsefremmende og forebyggende arbeid. Tenner for livet – satsingen tok utgangspunkt i overordnede mål i St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Oppfølgingen i fylkeskommunene innebærer at det helsefremmende og forebyggende arbeidet i større er grad

### Boks 5.5 Munnstell i sykehjem

På Fyllingsdalen Undervisningssykehjem har de gjennomført et prosjekt om munnstell. Personalet har fått opplæring, det er tatt i bruk munnstellkort, informasjonsbrosjyrer, og etablert tannkontakter på avdelingene. Det er også utarbeidet en fyldig manual om munnstell. At initiativet kom fra sykehjemmet og ikke tannhelsetjenesten, ser ut til å ha vært en av suksessfaktorene.

blitt forankret på ledernivå. Småbarns tannhelse og munnstell på sykehjem var valgt som nasjonale indikatorer. Det er gjort landsomfattende undersøkelser av tannstatus blant disse gruppene. I etterkant av satsingen har fylkeskommunene etablert et nasjonalt nettverk for helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, kalt tannhelsetjenestens helsefremmende og forebyggende (HEFO)-nettverk. Elleve fylkeskommuner har utpekt en HEFO-ansvarlig. Av disse er seks i fulltidsstilling til HEFO-arbeid.

De nasjonale virkemidlene i folkehelsearbeidet er blant annet tilskuddsmidler til folkehelsearbeid og handlingsplaner for fysisk aktivitet, tobakk og ernæring. Lokalt er det opprettet folkehelsekoordinatorstillinger i kommuner og fylker. På regionalt nivå har fylkesmennene etablert ressursgrupper innen ernæring, tobakk og fysisk aktivitet, hvor også tannhelsetjenesten er representert i en eller flere av ressursgruppene. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har mange steder tatt et betydelig grep for å implementere helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid i dette generelle folkehelsearbeidet.

Fylkeskommunenes systematisering av det generelle folkehelsearbeidet gjennom forpliktende partnerskap og samarbeid med kommunene har åpnet for nye samarbeidspartnere, som for eksempel den kommunale rusmiddelomsorgen, vann- og avløpsetaten, skoler, idrettsklubber med mer. Samarbeid mellom fylkeskommuner og kommuner finnes både på tjeneste- og forvaltningsnivå, og med frivillig sektor. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten deltar i økende grad i dette samarbeidet. Tannpleierne er en viktig personellgruppe i fylkeskommunens folkehelsearbeid.

Parallelt har de statlige helsemyndigheter tatt initiativ til at det utarbeides kvalitetsindikatorer

### Boks 5.6 Utjevne forskjeller i tannhelse

I perioden 2005 – 2009 vil fylketannlegen i Buskerud prøve ut ulike metoder for å utjevne forskjellene i tannhelse blant barn 0 – 6 år. Målgruppe er barn med ikke-vestlig bakgrunn og deres foreldre i bydelen Fjell.

Helsestasjonene og tannhelsetjenesten i Vestfold har i samarbeidet vurdert hvilke barn som har behov for en tannhelsekontroll før de blir innkalt som treåringer. En spørreundersøkelse blant leger, helsesøstre, tannpleiere og tannleger viser at de aller fleste mener at prosjektet har vært nyttig.

for tannhelsetjenesten. Dette omfatter også helsefremmende og forebyggende arbeid, inkludert samarbeid med kommunene.

## 5.5 Personellmarkedet

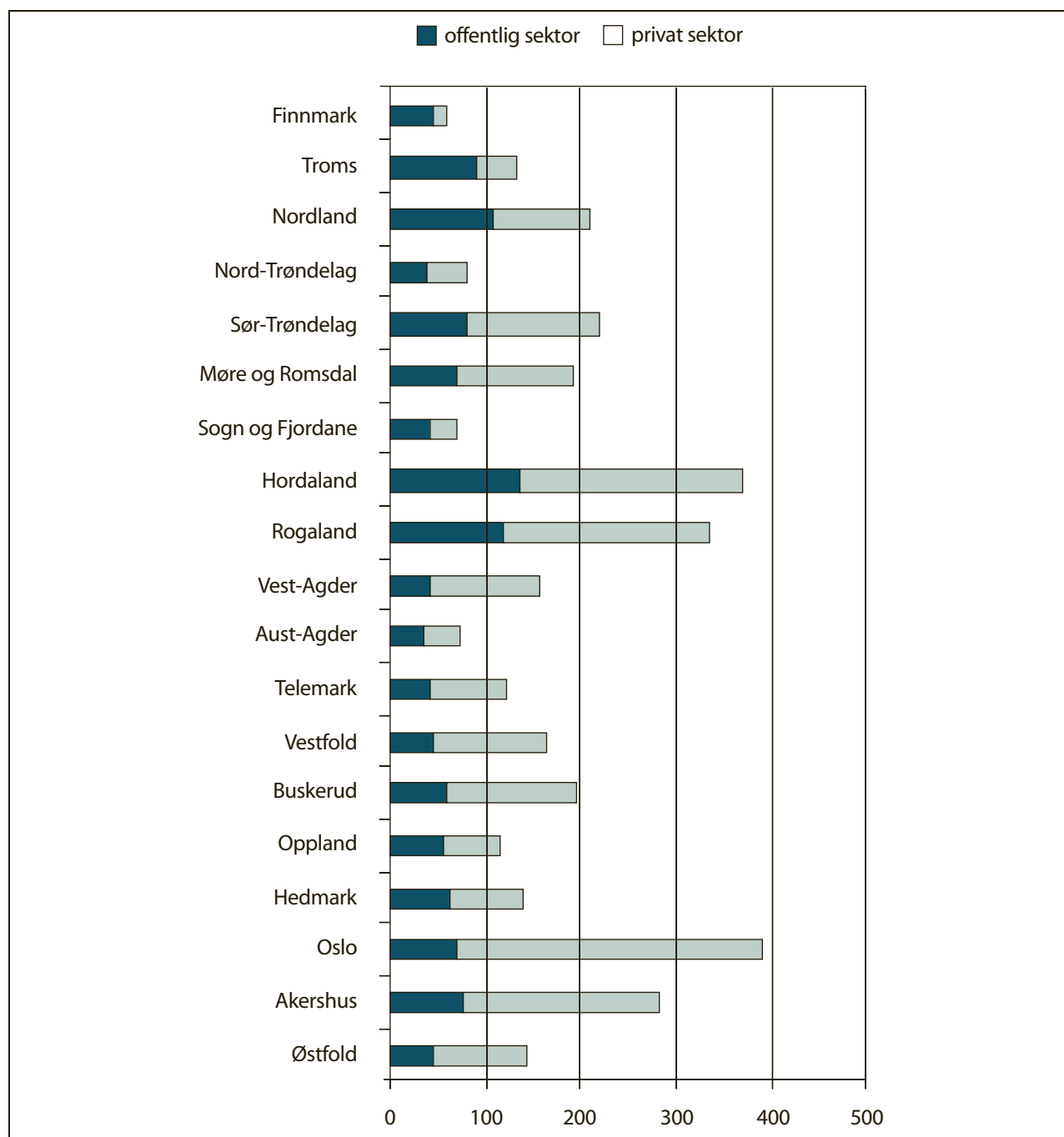
### 5.5.1 Innledning

Personellet er den viktigste innsatsfaktor i tannhelsetjenesten. Personellet er organisert i forholdsvis små enheter eller virksomheter. Avgjørende for befolkningens tilgjengelighet til nødvendig tannhelsehjelp er tilstrekkelig og kvalifisert personell fordelt på en geografisk hensiktsmessig måte. Innbyggernes opplevelse av kvalitet på tannhelsetjenester er i stor grad avhengig av den enkelte yrkesutøvers profesjonalitet.

Tannhelsepersonell omfatter yrkesgruppene tannhelsesekretærer, tannpleiere, tannleger, og tannteknikere. Disse yrkesgruppene har autorisasjon etter helsepersonelloven (tannhelsesekretærer og tannteknikere fra 2001).

Tannhelsesekretærer, tannpleiere og tannleger vil i hovedsak ha sin arbeidsplass på tannklinikker i offentlig sektor eller i tannlege-/tannpleierpraksiser i den private sektor. I tillegg er enkelte ansatt på sykehus, i utdanningsinstitusjoner og i fylkeskommunal administrasjon. På utdanningsinstitusjonene drives det også klinisk virksomhet som del av student- og spesialistundervisningen.

Tannteknikere vil som regel selv drive eller være ansatt på tanntekniske laboratorier. De fleste laboratorier er private.



Figur 5.3 Fylkesvis fordeling tannhelsesekretærer, årsverk offentlig og privat sektor 2005

Kilde: SSB

## 5.5.2 Bakgrunn og utviklingstrekk

### Tannhelsesekretærer

#### Tannhelsesekretærens kompetanse

Tannhelsesekretærene er den nest største yrkesgruppen i tannhelsetjenesten. Tannhelsesekretærens arbeid er tredelt: administrative oppgaver, pasientrettede oppgaver og tanntekniske oppgaver. Tannhelsesekretæren arbeider i team sammen med tannlege og tannpleier. Utdanning

av tannhelsesekretærer foregår på videregående skoler.

#### Etterspørsel etter tannhelsesekretærer

I 2005 var det i alt 3443 tannhelsesekretærårsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste. Ca 2/3 av tannhelsesekretærene arbeider i privat sektor (2192 årsverk i 2005) og ca 1/3 i offentlig sektor (1250 årsverk i 2005). Den geografiske fordelin-



Tabell 5.4 Årlig utdanningskapasitet for tannpleiere

	Årlig utdanningskapasitet	Opptak høst 2003 (Tromsø høst 2004)	Uteksaminert vår 2006
Oslo	24	26	18 (34 <sup>*</sup> )
Bergen	21	22	15
Tromsø	12	18	14
Sum	57	66	47 (63 <sup>*</sup> )

\* antall uteksaminerte tannpleiere, inkludert et kull med ettårig påbygning til bachelorgrad.

gen av tannhelsesekretærer følger omtrent den samme geografiske fordelingen som for tannleger, se figur 5.3.

Tall fra SSB viser at gjennomsnittlig arbeidstid for tannhelsesekretærer er 32 timer per uke for offentlig ansatte og 30 timer for privat ansatte.

Det framgår av HELSEMOD 2005 at det vil bli et overskudd på helse- /tannhelsesekretærer fram mot 2025, blant annet fordi få går av ved aldersgrensen. Imidlertid er det i HELSEMODs framskrivning ikke skilt mellom helse- og tannhelsesekretærer. Ansvar for videregående opplæring er tillagt fylkeskommunene. Det er dermed fylkeskommunenes ansvar å dimensjonere utdanningstilbudet av tannhelsesekretærer i forhold til etterspørselen, både fra offentlig og privat sektor.

Som omtalt i kapittel 5.2, vil bedret tannhelse på sikt gi mindre behov for reparative tjenester. Det kan innebære behov for endringer i tannhelsesekretærenes oppgaver. Regjeringen forutsetter at arbeidsgiverne tilrettelegger for å utnytte tannhelsesekretærens kompetanse optimalt både innenfor administrative oppgaver, pasientrettede oppgaver (for eksempel forebyggende tiltak) og tanntekniske oppgaver, gitt den utvikling som finner sted.

## Tannpleiere

### Tannpleiernes kvalifikasjoner

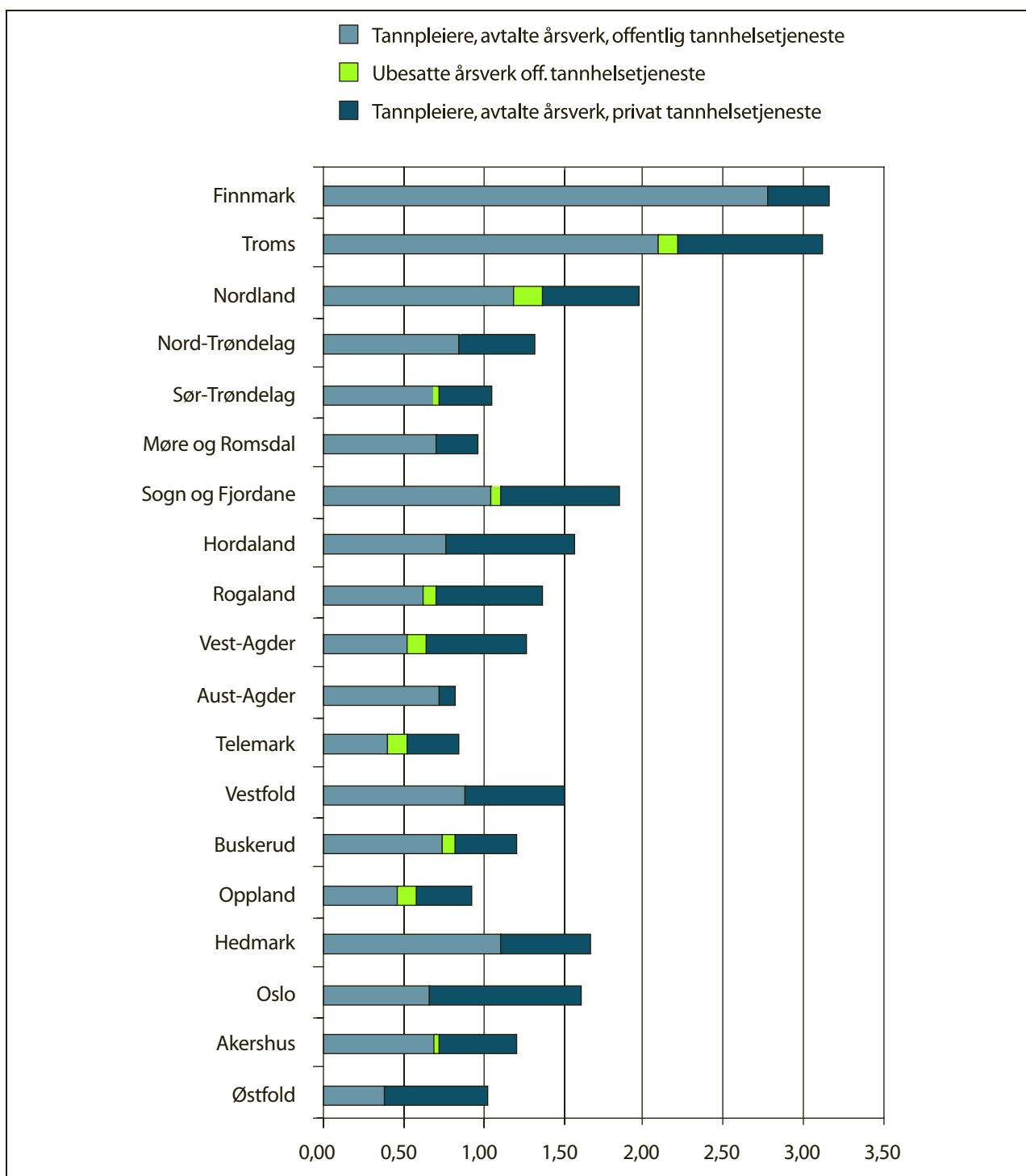
Fra 2003 er tannpleierutdanningen en treårig bachelor-utdanning på høyskolenivå. Hovedinnretningen på utdanningen er helsefremmende arbeid og forebygging av sykdom i munn og tenner. Utdanningen gir også kompetanse innen klinisk odontologisk arbeid. I stor grad er det tannpleiere som ivaretar førstelinjerollen overfor personer i de prioriterte grupper i offentlig tannhelsetjeneste. Med det menes at tannpleiere sørger for de regelmessige tannhelsekontroller inkludert opplæring i det å ivareta egen tannhelse og å forebygge sykdom. Tannhelsekontrollen omfatter som regel også

klinisk undersøkelse, tolkning av røntgenbilder, eventuell diagnose, samt enklere behandling inkludert anestesi. I forbindelse med vurdering av behov for mer omfattende behandling og for gjennomføring av slik behandling, blir tannlege trukket inn. Dette betyr for eksempel at hos mange barn og unge med god tannhelse og ingen eller begrenset sykdomsutvikling, vil tannpleiere kunne ivareta de regelmessige tannhelsekontroller. De regelmessige kontrollene vil dermed kunne ha mest preg av å være en «friskhetskontroll», dvs. at man får bekreftet at man selv holder seg frisk i tenner og munn gjennom kosthold, tannpuss og fluor mv. Dette betyr at for mange kan det gå flere år mellom hver gang en tannlege eventuelt undersøker/ behandler vedkommende.

I den offentlige sektor samarbeider tannpleiere med kommunale virksomheter og kommunalt personell i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Dette gjelder i barnehager, grunnskole, utdanningsinstitusjoner for helsepersonell og i sykehjem. De samarbeider også med personell som har pleie- og omsorgsoppgaver overfor brukere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og i den kommunale rusomsorgen. I tillegg kan tannpleiere ha sentrale oppgaver i fylkeskommunenes partnerskapssamarbeid med kommunene i det generelle folkehelsearbeidet. Klinisk arbeider tannpleiere både selvstendig og i team/samarbeid med tannleger.

Tannpleiere kan henvise direkte til kjeveortoped for vurdering av behov for tannregulering i tilfeller hvor trygden yter stønad til konsultasjon/ behandling hos kjeveortoped. I fylker hvor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten representerer et generelt tilbud til den voksne befolkningen, omfatter det også tilbud om undersøkelse/ behandling utført av tannpleier. Pasientenes betaling for slike tjenester følger de priser som er fastsatt av fylkeskommunen.

I privat tannhelsetjeneste arbeider de fleste tannpleiere i team med tannleger i fellespraksiser,



Figur 5.4 Fylkesvis fordeling årsverk tannpleiere og ubesatte årsverk per 10 000 innbyggere 2005

Kilde: SSB

enten som ansatt eller som selvstendig næringsdrivende. Enkelte arbeider i egne tannpleierpraksiser. Også i privat sektor ivaretar tannpleiere i stor grad førstelinjerollen med undersøkelse og diagnostikk. I tillegg kan de for eksempel utføre periodontittbehandling i tilfeller hvor pasienten får refusjon fra trygden til dekning av utgifter til slik behandling.

#### *Tilgangen på tannpleiere*

Tannpleiere er en «ung» yrkesgruppe. Toårig tannpleierutdanning startet i Oslo i 1971 (24 opp-taksplasser), og senere i Bergen i 1976 (21 opp-taksplasser).

Tannpleiere utdannes ved de odontologiske fakultetene i hhv. Oslo og Bergen og fra 1994 ved

Høgskolen i Tromsø (12 opptaksplasser). Ved Høgskolen i Tromsø vil tannpleierutdanningen bli utvidet til tre år fra og med høsten 2007.

Tabell 5.4 viser at i 2006 var det ca 80 prosent av kandidatene som gjennomførte studiet. Utdanningen mottar et økende antall studenter som har begynt på andre studier og som sluttet på disse, for eksempel sykepleie, vernepleie og radiograf. Søkningen til tannpleierutdanningen oppgis å ha vært god de siste årene.

Det er få utenlandske tannpleiere som kommer til Norge. Det er ingen nasjonal rekrutteringsavtale for rekruttering av tannpleiere fra EØS-land.

### Tannpleiernes yrkesaktivitet

Yrkesaktiviteten blant tannpleiere er lavere enn for tannleger. Undersøkelser viser at 2/3 av de med tannpleierutdanning arbeider som tannpleiere, dvs. 1/3 er ikke aktive i yrket. Sysselsettingsregisteret for 4. kvartal i 2005 viser at det samlet er 1015 tannpleiere i arbeidsstyrken. Av disse er 908 lønnstakere og 98 registrert som selvstendig næringsdrivende. 139 tannpleiere er utenfor arbeidsstyrken. Tallene viser ikke i hvilken grad de registrerte sysselsatte er yrkesaktive som tannpleier (gjelder selvstendig næringsdrivende), eller hvor stor stilling de innehar som lønnstakere. Antall tannpleierårsverk var i 2005 639 årsverk. Det betyr at en stor andel arbeider deltid. Tall fra SSB (2005) viser at 84,5 prosent av sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning er kvinner. I noen utdanningsgrupper var kvinneandelen over 99 prosent. Det gjelder blant annet tannpleiere.

### Etterspørsel etter tannpleiere – geografisk fordeling

I perioden 1985 til 2005 var det en økning på 358 tannpleierårsverk, fra 281 til 639 årsverk, dvs. over en dobling av antall årsverk. Av 639 tannpleierårsverk i 2005 var 366 i offentlig sektor og 273 i privat sektor. Det gir en fordeling med hhv. 57 prosent i offentlig tannhelsetjeneste og 43 i privat sektor.

Figur 5.4 viser at dekningsgraden av tannpleiere, dvs. antall tannpleiere i forhold til innbyggertall, samlet for offentlig og privat sektor, er høyest i de Nord-norske fylkene. Mange fylkeskommuner melder om problemer med å få søkere til ubesatte tannpleierstillinger. Opplysninger fra fylkeskommunene i desember 2005, viste 14 ubesatte stillinger. Fylkestannlegene ga høsten 2006

uttrykk for at det ble stadig vanskeligere å rekruttere tannpleiere. Oppfatningen er at et økende antall tannpleiere blir ansatt hos private tannleger eller starter egen praksis.

Forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere i Norge er ca 6:1. Bedret tannhelse i befolkningen generelt vil fremover gradvis gi et redusert behov for tjenester som omfatter reparasjoner av tenner og odontologisk rehabilitering. Tannpleiere i førstelinjerollen har kompetanse til å avgjøre hvilke pasienter som trenger videre oppfølging hos tannlege, samtidig som de har et forebyggende fokus i møtet med pasientene. Undersøkelser viser at det er et uutnyttet potensiale i å utnytte tannpleierens kompetanse bedre både til klinisk virksomhet, i førstelinjetjenesten og i helsefremmende og forebyggende arbeid i og utenfor klinikk.

## Tannleger

### Tilgang på tannleger

Opptakskapasiteten til tannlegestudiet i Norge ble i 1982 redusert fra 123 til 105 (samme år som opptaket til legestudiet ble redusert). Antall utdannede tannleger ble imidlertid betydelig lavere pga stort frafall i studiet. I perioden 1986 til 1995 var frafallet i gjennomsnitt 30-35 prosent per år. Opptakskapasiteten ble økt til 113 i 1991 (økning med 8 ved UiB).

Fra slutten av 1980-tallet fikk fylkeskommunene problemer med å få søkere til offentlige stillinger i distriktene. Det var høy turnover blant de nyansatte, særlig i de Nord-norske fylkene. Mangel på søkere utdannet i Norge ble på 1990-tallet delvis kompensert gjennom rekruttering av tannleger fra øvrige nordiske land. I 1999 startet statlige myndigheter i Norge et samarbeid med arbeidsmyndigheter i blant annet Tyskland. Fra 1999 og ut 2006 er det i et samarbeid med fylkeskommunene samlet rekruttert ca 235 tannleger fra EU-land utenfor Norden, i hovedsak fra Tysk-

Tabell 5.5 Opptakskapasitet for tannleger

Utdanningssted	Antall	
	Opptakstill 2006	uteksaminert 2006
Universitetet i Oslo	72	62
Universitetet i Bergen	54	49
Universitetet i Tromsø	30	-
<b>Totalt</b>	<b>156</b>	<b>111</b>

Tabell 5.6 Tannleger rekruttert fra utlandet til offentlig sektor fordelt mellom fylkene – januar 2007

	Tyske tnl. rekruttert via Aetat	Fortsatt ansatt	Reist fra Norge	Jobber nå i privat sektor	Jobber i offentlig sektor i et annet fylke	Tannleger fra land utenfor EU, som har gjennomført Kvalifise- ringsprogrammet
Østfold	0	1				0
Akershus	0					0
Oslo	0	0				1
Hedmark	1	1				2
Oppland	22	14	7	1	2	1
Buskerud	0					4
Vestfold	3	1	2			7
Telemark	8	1	7			1
Aust-Agder	7	4	3			1
Vest-Agder	1	0		1		6
Rogaland	63	32	22	6	3	11
Hordaland	5	4	1		1	5
Sogn og Fjordane	8	6	2	0	0	0
Møre og Romsdal	49	30	9	8	2	0
Sør-Trøndelag	23	9	8		6	3
Nord-Trøndelag	14	7	1	1	5	1
Nordland	20	11	5	2	2	1
Troms	7	4	6	3		2
Finnmark	9	8		1		5
Sum	240	133	73	23	21	51

Kilde: Sosial- og helsedirektoratet

land. I 1999 ble det også etablert et årlig kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området, finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Ca 80 kandidater har så langt gjennomført dette programmet og har dermed fått norsk autorisasjon som tannlege.

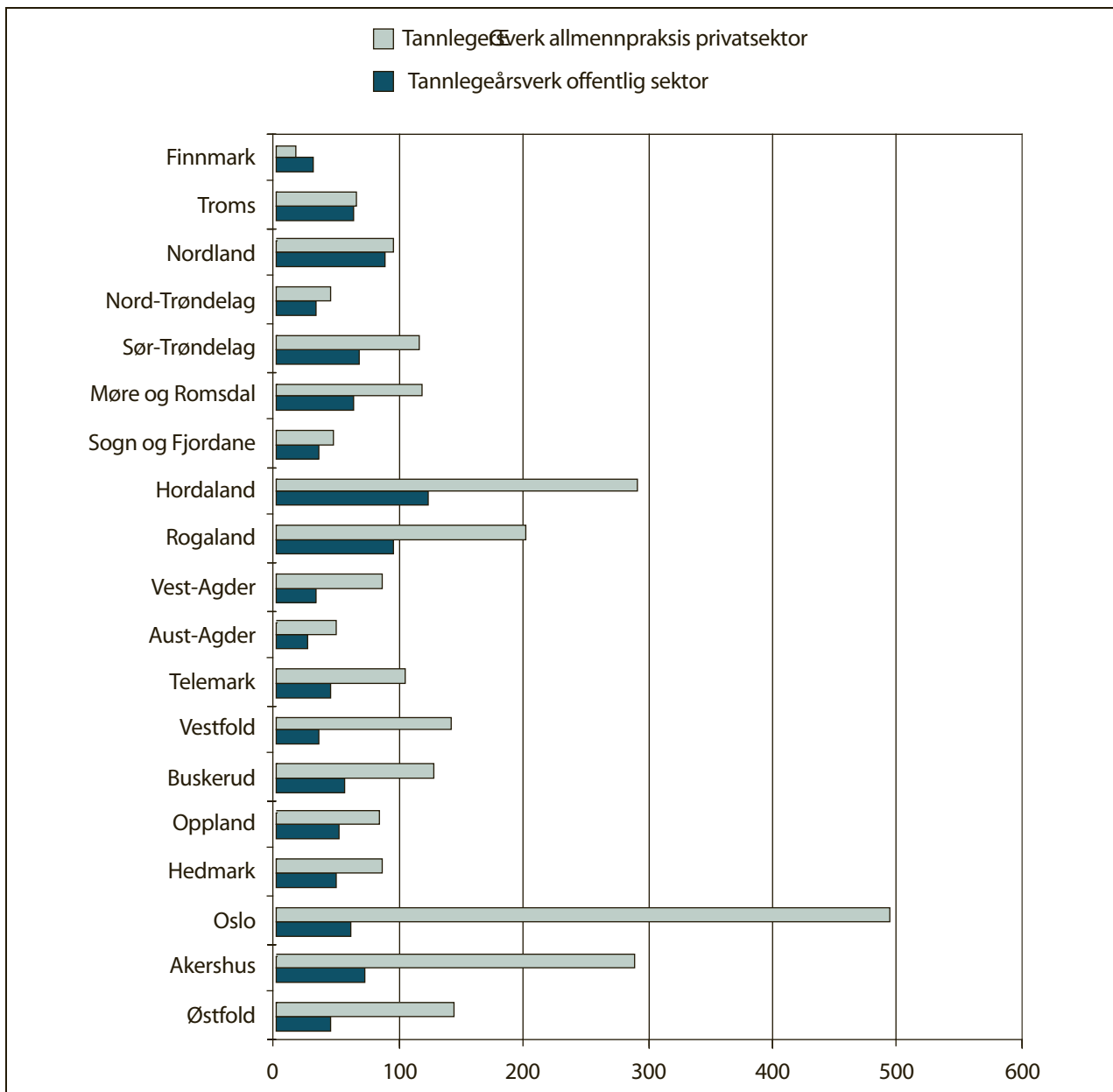
Tabell 5.6 viser omfang av fylkeskommuner som har rekruttert tannleger gjennom tiltak finansiert av statlige midler. Over halvparten av tannlegene med opprinnelse fra land utenfor EØS-området og som har gjennomført kvalifiseringsprogrammet, er rekruttert til fylkeskommuner.

Problemene på tannlegemarkedet førte til at Stortinget i 2002 sluttet seg til forslaget om å øke utdanningskapasiteten av tannleger med 40 opptaksplasser per år, og at denne økningen skulle finne sted i Tromsø. I 2004 ble de første 12 studie-plasser etablert i Tromsø. Opptakskapasiteten har økt gradvis, til 40 per år fra høsten 2007. Opptakskapasiteten samlet for hele landet, er fra høsten 2007 ca 165 plasser. Økningen i opptakskapasitet får full effekt når det gjelder tilgangen på tannleger fra og med 2012. Fra 2002 ble det gitt mulig-

het til å få gebyrstipend fra Statens lånekasse for utdanning til odontologistudium i utlandet. Våren 2007 er det ca 80 norske kandidater som studerer odontologi i utlandet. I perioden 1996 til 2002 har frafallet i studiet i Bergen og Oslo i gjennomsnitt vært 20-25 prosent.

#### Etterspørsel etter tannleger – geografisk fordeling

I perioden fra 1985 til 2005 har det vært en økning i tannlegeårsverk samlet for offentlig og privat sektor fra ca 3540 til ca 3900 (inklusive spesialist-tannleger), dvs. en økning på ca 10 prosent. Befolkningen har i samme periode økt med ca 10 prosent. Befolkningsøkningen har i hovedsak vært i voksenbefolkningen over 20 år. Private tannlegeårsverk har økt med ca 20 prosent, mens offentlig sektor (fylkeskommunene) har hatt en nedgang i tannlegeårsverk på ca 10 prosent. Nedgangen er blant annet et resultat av endringer i sykdomsutvikling, ansettelse av flere tannpleiere til å ivareta tannhelsekontroller og andre oppgaver samt generell effektivisering.

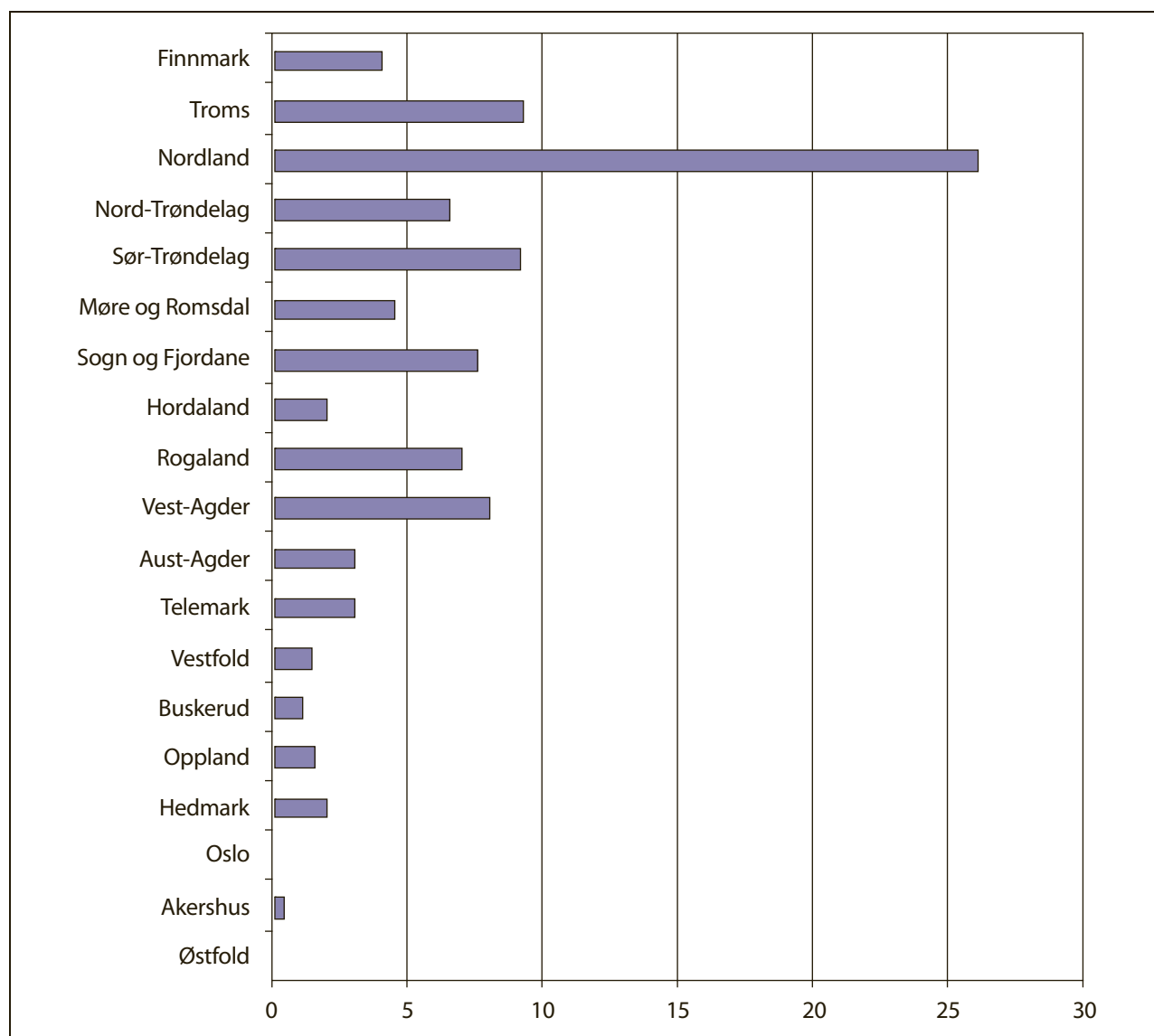


Figur 5.5 Fylkesvis fordeling årsverk tannleger offentlig og privat sektor 2005

Kilde: SSB

Det kan synes som om både den offentlige og den private sektor har innrettet seg etter endringer i tannhelseforhold og markedsforhold de siste 20 årene. Den private sektor har økt i omfang i områder med vekst i voksenbefolkningen. I perioden 1992 til 2002 var økningen i antall privatpraktiserende tannleger størst i Østfold, Akershus, Møre og Romsdal, Rogaland, Troms og Nordland. Økningen var lavest i Oslo, Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane. Samtidig går mange av de yngre voksne til tannhelsekontroll sjeldnere enn hver 12 måned som følge av bedring i tannhelse (lavere tilvekst av ny sykdom).

Figur 5.5 viser at forholdstallet mellom tannlegeårverk i henholdsvis offentlig og privat tannhelsetjeneste varierer betydelig fylkene imellom. Dette kan ha sammenheng med tidligere organisering av offentlige tannhelsetjenester som hhv. skoletannpleie i noen fylker (Oslo, Akershus, Østfold, Vestfold og i større byer i andre fylker), og helt eller delvis som folketannrøkt i de øvrige fylkene. I tillegg til å ivareta tannhelsetilbudet til barn og unge, skulle folketannrøkta også gi tannhelsetilbud til hele befolkningen. Dette på grunn av manglende etablering av private tannleger, se kapittel 4.



Figur 5.6 Fylkesvis fordeling ubesatte stillinger per 31.12.05 målt i årsverk tannleger

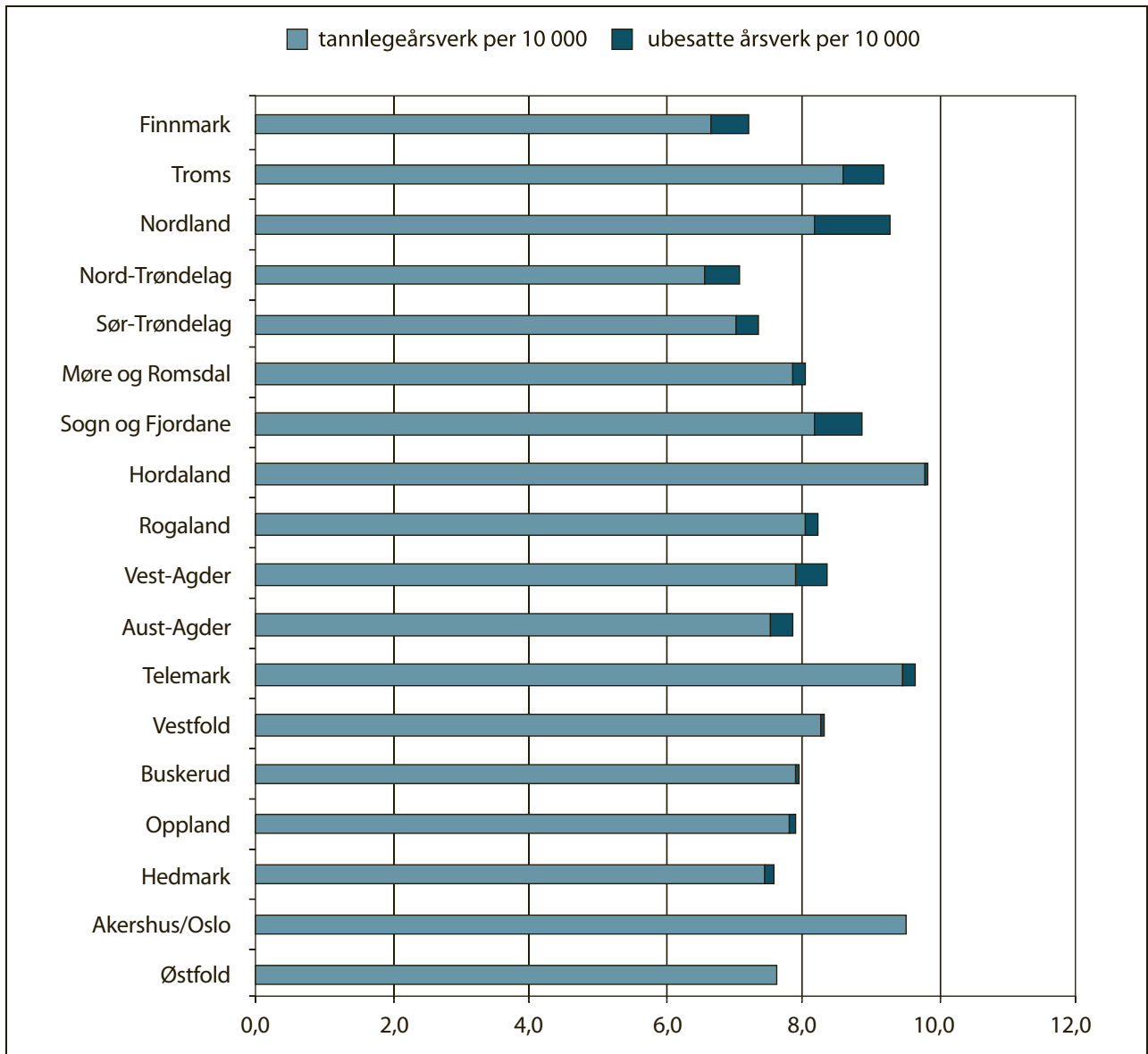
Kilde: SSB

### Ubesatte tannlegestillinger

Fra siste del av 1980-tallet har det vært en ubalanse i tannlegemarkedet som særlig har rammet den offentlige sektor. Frem til 1997 var ca 5-7 prosent av tannlegestillingene i offentlig tannhelsetjeneste til enhver tid ubesatt. Fra og med 1998 økte andelen ubesatte stillinger, og var på det høyeste ca 15 prosent (2000). Ved utgangen av 2005 er det rapportert til sammen 96 ubesatte stillinger (tilsvarende 9 prosent). Mange fylkeskommuner rapporterer at det er rekrutteringen av tyske tannleger som i stor grad har gjort det mulig å drive en offentlig tannhelsetjeneste på forsvarlig måte i mange distrikter. Andelen tyske tannleger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten utgjør nå ca. 12 prosent. Tilbakemeldinger fra fylkestannle-

gene peker også i retning av problemer for privatpraktiserende tannleger i distriktkommuner med å få kjøpere til sine praksiser når tannlegene vil pensjonere seg. Dette kan gjerne inntreffe i de samme geografiske områdene hvor fylkeskommunene også har rekrutteringsproblemer.

Oversikt over ubesatte fylkeskommunale tannlegestillinger fremgår av figur 5.6. For Nordlands vedkommende utgjør antall ubesatte stillinger ca 25 prosent av stillingene. For Nordland, og de øvrige Nord-norske fylkene, har dette vært et stort problem siden slutten på 1980-tallet. I perioden 1991 til 1997 var det utskifting i ca 1/4 av tannlegestillingene hvert eneste år. I Nordland har det i lang tid vært en kjerne av stabile tannleger. Disse har utgjort ca halvparten av tannlegene. I de øvrige stillinger er det enten hyppig



Figur 5.7 Fylkesvis fordeling årsverk tannleger per 10 000 innbyggere, Oslo og Akershus slått sammen

Kilde: SSB

utskifting av tannleger eller så har stillingene har stått ubesatt over lengre tid. Tannlegemangelen har ført til at enkelte fylkeskommuner til tider har hatt store problemer med å oppfylle sine forpliktelser overfor befolkningen.

Årsakene til problemer med rekruttering/stabilitet til distriktene i deler av landet er sammensatt. En forklaring er at utdanningskapasiteten av tannleger ble redusert på 1980-tallet. I løpet av 1990-tallet har utdanningskapasiteten for andre helsefaggrupper økt med ca 60 – 90 prosent, 7-8 prosent for tannleger. En annen forklaring er studentenes forventninger og holdninger til yrkesvalg etter endt utdanning, samt preferanser når

det gjelder å jobbe i offentlig eller privat sektor. De unge tannlegene ønsker også å kunne jobbe i større fagmiljøer fremfor på små klinikker/praksiser. Generelle inntektsforskjeller for tannleger i offentlig og privat sektor kan også være en forklaring. Unge tannleger velger å etablere seg som privatpraktiserende tannlege i områder med vekst i innbyggertall, fremfor å søke offentlige stillinger i distriktene. I tillegg gjelder de generelle problemene med å rekruttere universitetsutdannede til arbeid i distriktene/små kommuner, hvor yrkesmuligheter for samboere/ektefeller kan være begrenset og hvor avstand til byer/utdanningsinstitusjoner eller til øvrig familie er lang.

### *Nærmere vurdering av geografisk fordeling av tannleger og fremtidig tilgang på tannleger*

Regjeringen har foretatt en nærmere analyse av tannlegedekningen og av framtidsperspektiver når det gjelder tannlegemarkedet. Tannlegeårsværk på sykehus og på de odontologiske fakultetene inngår ikke i denne analysen.

I analysen er fylkene Akershus og Oslo slått sammen. Begrunnelsen er at markedet for tannlegetjenester til voksenbefolkningen, inkludert spesialisttjenester, går på tvers av fylkesgrensene i dette området med ca 1 mill. innbyggere og med korte avstander.

Figur 5.7 viser at på landsbasis er deknningen av tannleger ca 8,4 tannlegeårsværk pr 10 000 innbyggere. Dette omfatter både allmennpraktikere og spesialister. 11 av 19 fylker har en dekningsgrad innenfor området 7,5 til 8,3 tannlegeårsværk per 10 000 innbyggere, dvs. en variasjon innenfor 10 prosentpoeng. I disse 11 fylkene er tannlegedekningen fra 0 til 10 prosent under landsgjennomsnittet. 5 fylker har høyere dekningsgrad enn landsgjennomsnittet. Dette er Hordaland (9,8), Oslo/Akershus (9,5), Telemark (9,4) og Troms (8,6). Lavest dekning har Nord-Trøndelag (6,5), Finnmark (6,7) og Sør-Trøndelag (7,0). Nord-Trøndelag og Finnmark har dekningsgrad på drøye 20 prosent under landsgjennomsnittet.

Omfanget av ubesatte stillinger i offentlig sektor utgjør ca 2,5 prosent av de samlede tannlegeårsværk (offentlig og privat). Hvis alle offentlige tannlegestillinger ble besatt ville Sogn og Fjordane ha en dekningsgrad på 8,9, Nordland 9,3 og Troms 9,2 tannlegeårsværk per 10 000 innbyggere, dvs. omtrent på samme nivå som Oslo/Akershus og Telemark. Tilsvarende ville fylkene Finnmark, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag ha dekningsgrad på hhv. 7,2, 7,0 og 7,3, dvs. fortsatt lavest dekning. Det tas forbehold om at en ubesatt stilling ikke nødvendigvis utgjør et helt årsværk.

Den reelle tannlegedekningen i Oslo/Akershus kan hevdes å være lavere enn det statistikken viser. En forklaring er at antall innbyggere som bor eller oppholder seg i Oslo/Akershus-området er betydelig høyere enn det antallet som er registrert i Folkeregisteret (for eksempel studenter, pendlere mv). Et annet forhold er at Oslo/Akershus-området (og Hordaland) har høyest dekning av tannlegespesialister. Spesialistene får også henvist pasienter som bor i fylker utenfor Oslo/Akershus området. På den annen side veies bildet noe opp ved at det foregår tannbehandling ved UiO (og UiB) som del av student- og spesialistundervisningen.

Tar vi hensyn til tannpleierdekningen i det enkelte fylke, har Sogn og Fjordane, Nordland og særlig Troms og Finnmark en gunstigere samlet bemanningssituasjon enn det figuren over tannlegemarkedet alene viser, jf. figur 5.4.

Rapporteringer fra fylkeskommunene gjengitt i tabell 5.6, viser at av ca 240 tyske tannleger som er rekruttert gjennom Aetat siden 1999, har ca 70 reist fra Norge. De øvrige ca 170 jobber fortsatt i landet. Basert på tilbakemeldinger fra fylkeskommunene antar regjeringen at de tyske tannleger i større grad blir i Norge i lengre tid sammenliknet med tannleger rekruttert på 1980- og 1990-tallet fra hhv Danmark og Sverige. Kvalifiseringsprogrammet for tannleger bosatt i Norge, men med utdanning fra land utenfor EØS-området (UiB), bidrar også til en ekstra årlig tilgang på 8 – 10 tannleger per år. Dette er tannleger som i hovedsak antas å ville bli i Norge.

### *Befolkningens tilgjengelighet til og forbruk av tannlegetjenester*

Et sentralt spørsmål er om forskjellene i tannlegedekning gir seg utslag i forskjeller i tilgjengelighet til og i forbruk av tannlegetjenester. UiO har i samarbeid med TNS Gallup regelmessig gjennomført spørreundersøkelser gjennom telefonoppringing om befolkningens etterspørsel etter og utgifter til tannbehandling. Dette ble senest gjort i 2004 og i 2006. I 2004 deltok et utvalg på 2 471 personer over 20 år. I 2006 deltok et utvalg på 945 over 20 år. Resultatene fra 2006 må på grunn av begrenset utvalg tolkes med varsomhet.

Undersøkelsene viser at andelen i 2004, som hadde vært hos tannlege siste 12 måneder og siste 24 måneder, var lavest i Nord-Norge, hhv. 67 (60 i 2006) prosent siste 12 måneder og 78 (77 i 2006) prosent siste 24 måneder. Det var lite forskjeller mellom Østlandet, Vestlandet og Trøndelag når det gjelder andelen som hadde vært hos tannlege, hhv 79, 78 og 75 prosent siste 12 måneder og 87, 88 og 85 prosent siste 24 måneder. Tilsvarende undersøkelse i Sverige i 2004 viser at omtrent samme prosentandel av de voksne innbyggerne har vært til tannlege siste 12 måneder og 24 måneder. I Norge er det befolkningen på Sørlandet som går hyppigst til tannlege.

Andel som har vært hos tannlege siste 24 måneder er lavest i kommuner med innbyggertall opp til 5 000 innbyggere. Høyest andel er det i kommuner med innbyggertall på 10 000 til 30 000 innbyggere. Undersøkelsene viser ikke forhold som ventetid eller om tilgjengeligheten til tannle-



Tabell 5.7 Andel som har vært hos tannlege i løpet av siste 12/24 måneder etter utdanning og bosted. 2004 og 2006. Andeler i prosent

	2004 (n=2 471)		2006 (n=945)	
	Siste 12 måneder	Siste 24 måneder	Siste 12 måneder	Siste 24 måneder
<i>Alle respondenter</i>	78	87	72	86
<i>Utdanning</i>				
Grunnskole	73	83	71	81
Videregående skole	79	88	72	84
Universitet/høyskole	77	88	73	90
<i>Bostedsregion</i>				
Østlandet	79	87	74	88
Sørlandet	86	93	72	89
Vestlandet	78	88	75	89
Trøndelag	75	85	66	76
Nord-Norge	67	78	60	77
<i>Kommunestørrelse</i>				
<2000 innbyggere	53	69	58	78
2000-5000 innbyggere	75	85	64	78
5000-10 000 innbyggere	83	90	72	83
10 000-30 000 innbyggere	81	90	76	90
>=30 000 innbyggere	77	86	72	87

Kilde: Irene Skau, Dorthe Holst, Jostein Grytten

gehjelp. Det fremkom ikke opplysninger om hva som var årsaken til tannlegebesøket, som for eksempel akuttbehandling, eller regelmessig tannhelsekontroll. Undersøkelsene gir heller ikke svar på om all ønsket eller nødvendig behov for tannhelsehjelp ble dekket.

Resultatene kan tyde på at variasjon i tannlegedekning i begrenset grad har konsekvenser for etterspørsel etter tannlegetjenester. Unntak kan være områder med langvarig perioder med ubesatte tannlegestillinger og områder med lange avstander til byer med tilgang på tannlegehjelp. Variasjon i etterspørsel etter tannhelsetjenester kan ha sammenheng med lokal kultur mhp. det å gå regelmessig til tannlege, forskjeller i alderssammensetning og i tannhelseforhold. Innbyggere uten egne tenner (med gebiss), har oftest ikke behov for regelmessig tannhelsekontroll. Andelen av befolkningen uten egne tenner er høyere i Nord-Norge enn i Sør-Norge.

#### *Forholdstall tannleger og tannpleier*

Det var først på 1970-tallet at utdanningen av tannpleiere fikk betydning for tilgangen av personell-

gruppen. På dette tidspunktet var det over 3500 tannleger i Norge.

På landsbasis er forholdstallet mellom tannlege- og tannpleierårsverk ca 6:1 (KOSTRA-tall for 2005), henholdsvis ca 3:1 i offentlig sektor og ca 10:1 i privat sektor. Til sammenlikning er tilsvarende forholdstall i Sverige ca 2,5:1, ca 7 000 tannleger og ca 3 000 tannpleiere. Det betyr at i forhold til antall tannleger er det over dobbelt så mange tannpleiere i Sverige som i Norge. Antall tannleger per 10 000 innbyggere er ganske likt i Sverige og Norge.

#### **Tannteknikere**

##### *Tannteknikernes kvalifikasjoner og yrkesutøvelse*

Tannteknikernes yrkesutøvelse består i å fremstille tannerstatninger til pasienter som har mistet eller skadet tennene sine og hvor tannødeleggelsen eller tanntapet ikke kan erstattes med fyllinger. Tannteknikk eller dentalteknikk er et håndverk. Tannteknikeren samarbeider tett med tannlegen og får tilsendt fra tannlegen et avstøp eller en kopimodell av pasientens tenner og/eller kjever som grunnlag for arbeidet.

Tabell 5.8 Opptakskapasitet tannteknikere

	2002	2003	2004	2005
Uteksaminert	14	18	23	19

Tannteknikere arbeider med ulike materialer og framstillingsprosesser.

Tannteknikerutdanningen var tidligere en yrkesutdanning, med to studieløp. Enten treårig videregående utdanning ved Sogn v.g. skole med påfølgende 1 1/2 års lære i bedrift med svenneprøve, eller 4 1/2 års lære i bedrift med avsluttende svenneprøve. Fra 1999 ble tannteknikerutdanningen overflyttet til Høgskolen i Oslo og etablert som en treårig bachelor utdanning i tannteknikk. Grunnutdanningen gir bred kunnskap innen blant annet tannanatomi, bittfysiologi, kjemi og metallurgi, og ferdigheter i de vanligste framstillingsprosessene i tannteknikkfaget. Spesialiseringen skjer gjennom videre praksis på et laboratorium.

Tannteknikere arbeider på tanntekniske laboratorier eller i tannhelseteam sammen med tannleger og annet tannhelsepersonell. I Norge er de fleste laboratoriene private bedrifter, som tar imot oppdrag fra tannleger. Noen få tannteknikere arbeider i offentlig sektor. I dag har tannteknikere mer pasientkontakt enn tidligere. Dette letter samarbeidet mellom tannlegen og tannteknikeren om å framstille et best mulig produkt. Den vanligste størrelsen på tannteknisk laboratorium er 1-5 ansatte, hvor hver enkelt tanntekniker har sitt spesielle arbeidsfelt.

#### *Tilgang på tannteknikere*

Årlig opptakskapasitet for tannteknikere er 24 plasser. Hvert tredje år tas det ikke opp studenter til studiet.

Per 1. mars 2007 var det registrert 660 tannteknikere med autorisasjon i Norge. Tannteknikerforbundet melder om til sammen ca 870 årsverk i tannteknikerbransjen i Norge. Det inkluderer også andre personellgrupper.

#### *Etterspørsel etter tannteknikere og geografisk fordeling*

I 2005 var det 551 tannteknikerårsverk i privat tannhelsetjeneste (Kilde: SSB), en økning fra 501 årsverk i 2001. I henhold til Norge Tannteknikerforbunds bransjeanalyse (mars 2005) er det ca 270 tanntekniske laboratorier i Norge. Fra 1990-

tallet frem til 2003 har antallet holdt seg relativt stabilt. Gjennomsnittlig er det 3,2 årsverk per laboratorium (2004).

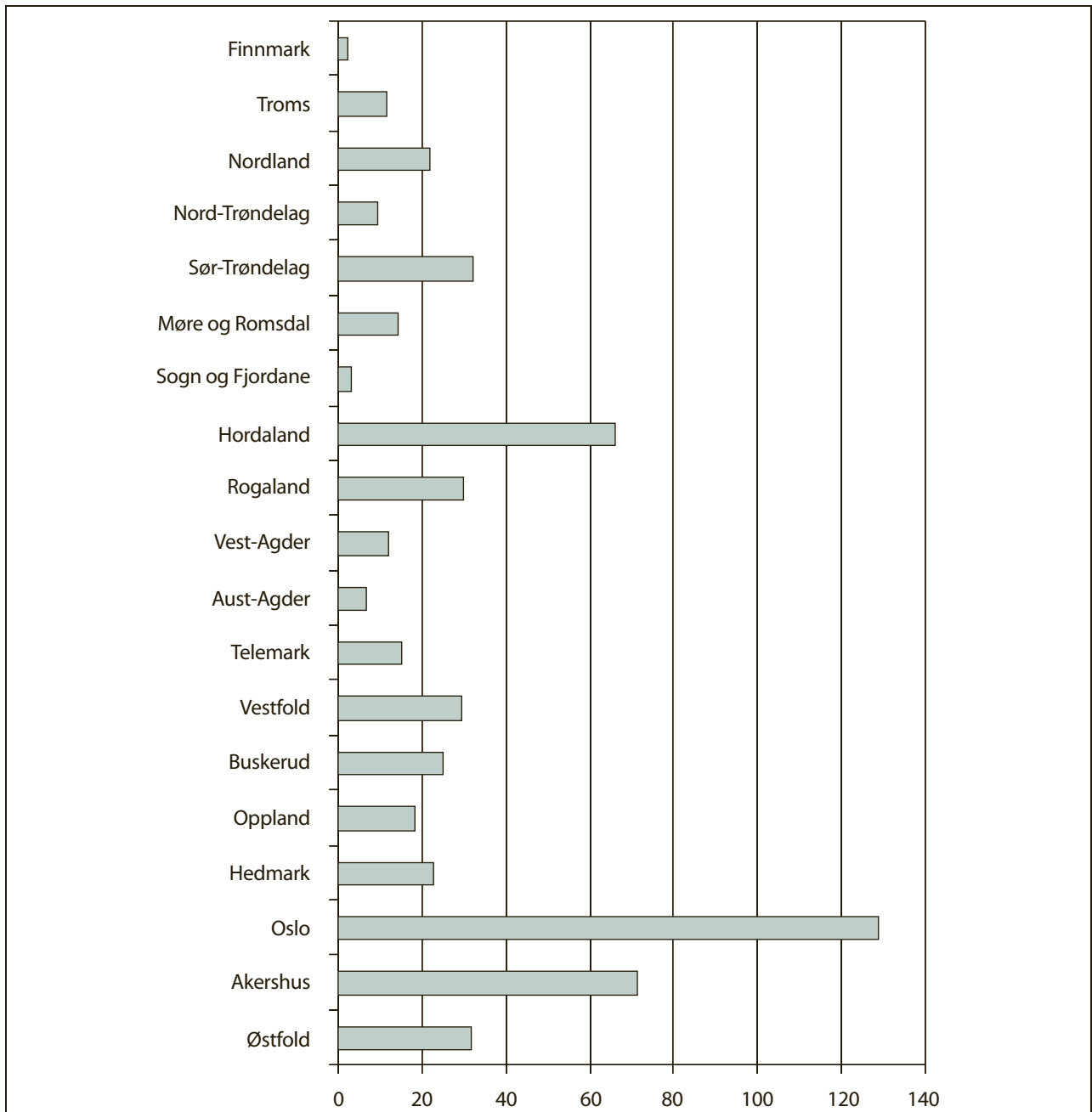
Flest tannteknikere er etablert i og rundt de store byene. Finnmark og Sogn og Fjordane har under tre tannteknikerårsverk.

Norges Tannteknikerforbunds bransjeanalyse (mars 2005) viser videre at importen fra utlandet er økende og utgjorde 12 prosent av det totale markedet i 2003. Det er nesten tre ganger så høyt som i 1996. Den offentlige tannhelsetjenesten kjøpte i 2003 tanntekniske arbeider for i gjennomsnitt 2,9 mill kr per fylkeskommune. Det utgjorde om lag 3 prosent av fylkeskommunenes brutto driftsutgifter. De fleste fylkeskommunene har lite import av tanntekniske arbeider, med unntak av Oslo og Hordaland.

#### *Framtidsperspektiver*

Den framtidige etterspørselen etter tanntekniske arbeider vil være avhengig av flere forhold. Andelen personer som er født med tilstander, lyter eller utviklingsforstyrrelser som også berører kjever og tenner, endres lite fra år til år. Behovet for tanntekniske arbeider vil for flere av disse være stort, med unntak av de som kun trenger kjeveortopedisk behandling.

Etterspørselen etter hel- eller delproteser, dvs. gebiss, blir mindre som følge av at antall innbyggere med få eller ingen tenner blir færre, se kapittel 5.2.3. Mange med få eller ingen tenner kan imidlertid ønske seg, og kan ha økonomisk mulighet til å få fastsittende kunstige tenner i form av implantater og tenner festet på disse. Det vil kunne opprettholde etterspørselen etter tanntekniske arbeider. Den største usikkerheten mhp. etterspørsel er antagelig knyttet til hvor stor andel av den voksne befolkningen som ønsker å få byttet ut amalgam eller plastfyllinger med kroner, porselen/gullinnlegg, eller som velger andre løsninger framfor plastfylling, når tenner skal repareres. Økt offentlig finansiering vil også bidra til å øke etterspørselen. Regjeringen forutsetter at HiO løpende vurderer utdanningskapasiteten av tannteknikere og innholdet i utdanningen i lys av utviklingen av etterspørselen etter tanntekniske arbeider.



Figur 5.8 Fylkesvis fordeling årsverk tann teknikere 2005

Kilde: SSB

### 5.5.3 SSBs HELSEMOD 2005: Fremskrivning av tilbud og etterspørsel etter tannleger og tannpleiere

Ved tannlegeutdanningene i Norge er det samlede antall studieplasser på et nivå som er lavt i forhold yrkesgruppens antall. Antall nordmenn som har tatt tannlegeutdanning i utlandet har også vært lavt i mange år. Over halvparten av yrkesgruppen er 50 år eller eldre. Den fremtidige veksten i tilbudet av tannleger, vil derfor være på et lavt nivå. HELSEMOD er et regneverktøy som benyttes til framskrivninger av anbudsmarkedet

for helse- og sosialpersonell. Med de forutsetninger som HELSEMOD 2005 bygger på, vil det frem mot 2015 bli en økning på 55 tannlegeårsverk og mot 2025 en økning på 200-300 tannlegeårsverk, dvs. en vekst på ca 8 prosent fra 2004 til 2025. Økningen i tilbudet av tannleger, er i prosent omtrent lik den antatte demografiske økningen i befolkningen i samme periode.

Den historiske erfaringen når det gjelder de største helsepersonellgruppene (leger, sykepleiere, hjelpepleiere mv.), har vist at de viktigste faktorene som påvirker økningen i etterspørselen etter helsepersonell, er utviklingen i demografi, i

brutto nasjonalprodukt (BNP) og nivået av yrkesaktivitet i yrkesgruppen.

Hvis den fremtidige etterspørselen etter tannlegerressurser følger økningen i demografi, og i tillegg følger den generelle økonomiske veksten (dvs. veksten i BNP), tilsier framskrivningen et underskudd på ca 1 300 tannleger i 2025. Legges det til grunn at den prosentvise veksten i etterspørsel etter tannlegerressurser blir om lag halvparten av den prosentvise veksten i BNP, i tillegg til demografiutvikling, blir underskuddet lavere.

Utdanningskapasitet av tannleger og tannpleiere drøftes nærmere i kapittel 11.

#### 5.5.4 Rekruttering til offentlig tannhelsearbeid

I forbindelse med Stortingets behandling av 2003-budsjettet, jf. B.innst. nr. 11 (2002-2003), uttalte sosialkomiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, følgende om rekruttering av tannleger til offentlig tannhelsearbeid:

«Tilskuddsordningen bør tilrettelegges slik at det stimuleres til etablering av fellespraksis mellom flere tannleger på større steder slik at det i større kommuner kan bygges opp solide fagmiljøer for tannleger som både kan utføre ordinært tannlegearbeid samt offentlige tannhelseoppgaver. I den grad det framstår som hensiktsmessig, bør slike «tannhelsesentra» kunne bidra med tannlegerressurser til nabo-kommuner med rekrutteringsvansker.»

I 2004 ble det iverksatt en tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid. Utarbeidningen og gjennomføringen av planen er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Tannlegeforeningen og Tannpleierforeningen. Samtidig ble det over statsbudsjettet avsatt midler til tilskudd til strukturendringer og klinikksammenslåing. Flere av tiltakene er direkte rettet mot fylkeskommunene som ansvarlig forvaltningsorgan for tannhelsetjenesten.

Frem til 2007 var det tildelt til sammen 6,75 mill kroner til prosjekter i åtte fylkeskommuner. Det har vært stilt som vilkår for tildeling av midler, at utviklingsarbeidet skjer i regi av fylkeskommunen, og at fylkeskommunen delfinansierer prosjektet. Det stilles også som vilkår at utviklingsarbeidet skal oppfylle ett eller flere av følgende kriterier:

- bidra til mer effektiv oppgavefordeling
- endret klinikkstruktur og praksissammenslåing
- nye driftsavtalesystemer

- ivaretagelse av offentlige oppgaver
- fagutvikling

Prosjektene skal ha overføringsverdi eller ha som formål å bedre situasjonen i regionen.

Som et ledd i denne satsningen ble det også gitt en oppfordring til fylkeskommunene gjennom KS, til å gjennomføre strukturendringer og innføre en mer hensiktsmessig oppgavefordeling. Oppgavefordelingen er i hovedsak et arbeidsgiver-/ledelsesansvar.

For å oppnå en mer hensiktsmessig oppgavefordeling innenfor tannhelsetjenesten, må klinikkene være av en viss størrelse. Klinikksammenslåing er derfor en forutsetning for at ressursene skal kunne utnyttes best mulig. De fleste fylkeskommunene har gjennomført eller er i ferd med å gjennomføre, en betydelig sentralisering av klinikkstruktur.

Tilskuddmidlene og oppfordringene i tiltaksplanen har så langt ikke medført de strukturendringer som tiltaksplanen hadde som siktemål. For privatpraktiserende tannleger forutsetter tilskuddsordningen at det foreligger et samarbeid med og delfinansiering fra fylkeskommunen.

## 5.6 Spesialistvirksomhet og odontologiske kompetansesentre

### 5.6.1 Tannlegespesialister

Det følger av forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell at Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter hvilke avgrensede deler av medisinske og odontologiske fagområder det kan gis spesialistgodkjenning i. Det er per i dag fastsatt 7 spesialiteter innen odontologi, hvorav de to førstnevnte spesialiteter er regulert av EØS-direktiv mht gjensidig godkjenning:

- kjeveortopedi (tannregulering)
- oral kirurgi og oral medisin
- periodonti (tannkjøtt sykdommer)
- pedodonti (barnetannpleie)
- endodonti (rotbehandling)
- protetikk og bittfysiologi (blant annet store rekonstruksjoner)
- kjeve- og ansiktsradiologi

Kjeveortopedi og oral kirurgi og oral medisin ble godkjente spesialiteter i 1952, men ble først på midten av sekstitallet organiserte utdanninger i Norge. I løpet av syttitallet ble de øvrige av dagens kliniske spesialiteter etablert som videreutdanninger. Hensikten var i første rekke å kvalifisere egne

lærere ved tannlegeutdanningene. Senere ble periodonti og pedodonti godkjente spesialiteter. De tre sistnevnte ble godkjente spesialiteter med virkning fra 1. januar 2007. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet prøve ut en ny spesialitet i klinisk odontologi, som i første rekke er et ønske fra fylkeskommunene.

Spesialistutdanning av tannleger er organisert som rene studieførlop ved de odontologiske fakulteter ved universitetene i Oslo og Bergen. Det ytes ikke lønn under utdanning. De to universitetene har inntil 2002, over eget driftsbudsjett, ivaretatt behovet for spesialistutdanning av tannleger i Norge. Dette omfatter både behovet til egne stillinger ved universitetene og til den utøvende tannhelsetjenesten. Daværende Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet ble i 2001 enige om at Sosial- og helsedepartementet gradvis skulle overta finansieringen av spesialistutdanningen av tannleger. Frigjorte midler ved universitetene ble forutsatt å gå til økt forskning.

Hovedtyngden av søkere til spesialistutdanningene kommer fra områdene rundt lærestedene. De fleste vil som regel ha deltidsarbeid i etablerte arbeidsforhold ved siden av spesialistutdanningen. Slik kan de lettere beholde inntekt gjennom arbeid i egen praksis eller på eksisterende arbeidsplass, i den tiden utdanningen varer.

I spesialistutdanningen oral kirurgi og oral medisin, må tannlegene i tillegg ha to års tjeneste i sykehus. Helseforetakene har ikke avsatt lønnsmidler til tannleger under spesialistutdanning i oral kirurgi, slik som for leger i spesialistutdanningsstillinger.

### Tilgang på spesialister

Når det gjelder rekruttering til spesialistutdanningene, er søkningen størst til utdanningene i oral kirurgi og oral medisin og til kjeveortopedi.

I Bergen og Oslo var det høsten 2006 til sammen ca 65 kandidater under spesialistutdanning. Av disse var det én under utdanning i radiologi, fire i pedodonti, og mellom 10-15 innen hver av de andre spesialitetene. Ca 15 av de 65 tannlegene under spesialistutdanning tar sikte på, eller har påbegynt et løp, inn mot dobbeltkompetanse (doktorgrad og spesialist).

Flertallet av spesialisttannlegene driver sin virksomhet som privat praksis. I Bergen og Oslo-området jobber mange i en kombinasjon som deltidsansatt ved universitetet og i privat praksis. Et fåtall er ansatt i fylkeskommunene. Enkelte jobber i helseforetak. Omkring 15-20 oralkirurger er ansatt

på sykehus. Enkelte kjeveortopedier og protetikere er også ansatt ved Leppe-, kjeve-, ganespaltesentre ved hhv. Rikshospitalet og Haukeland sykehus. Videre er flere tannlegespesialister ansatt ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander (TAKO-senteret) ved Lovisenberg Diakonale Sykehus.

### Geografisk fordeling av tannlegespesialister

Figur 5.9 viser fylkesvis fordeling av tannlegespesialister. Oversikten er basert på Tannlegeforeningens register over yrkesaktive tannleger under 67 år per februar 2007. Oversikten omfatter alle spesialiteter, uansett arbeidssted. De omfatter dermed også de odontologiske fakultetene og tannlegespesialister på sykehus. Innen de syv odontologiske spesialitetene er det i 2007 til sammen 412 yrkesaktive under 67 år. Oslo og Hordaland har flest spesialister. Dette forklares delvis med at tannlegeutdanningene ved Universitetene i Oslo og Bergen har mange ansatte med spesialistkompetanse. Det er også naturlig at de mest folkerike fylkene har flest spesialister. Kjeveortopedene er rimelig godt fordelt i hele landet. Det er også oralkirurger og periodontister i de fleste fylker. Noen spesialiteter er imidlertid helt fraværende i enkelte fylker.

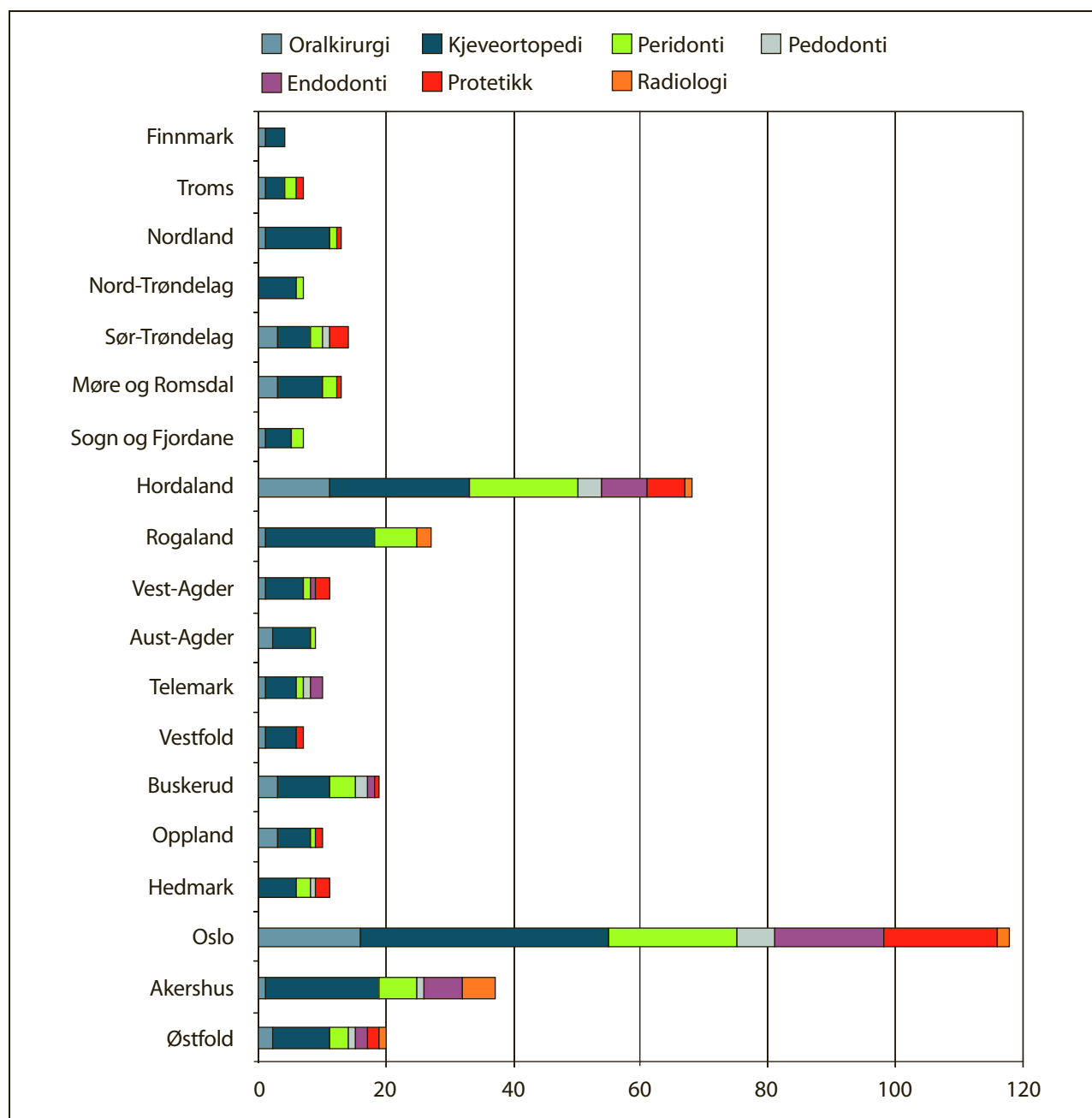
Figuren viser at med unntak Østfold, Akershus, Oslo, Buskerud, Rogaland og Hordaland, er det relativt få spesialister i de øvrige fylkene. KOSTRA-statistikk for 2005 omfattet spesialister i kjeveortopedi, oral kirurgi og oral medisin, periodonti og pedodonti. Disse spesialistene utgjorde 287 årsverk i 2005. Spesialister ved lærestedene og på sykehusene inngår ikke i KOSTRA-statistikken.

### Tannleger ved de odontologiske lærestedene

Tannlegeårsverk tilknyttet utdanningsstedene, og inngår ikke i SSBs statistikk over årsverk i offentlige og private tannhelsetjeneste. Utdannings-

Tabell 5.9 Rapporterte årsverk for tannleger ved de odontologiske lærestedene i Oslo og Bergen (det fremgår ikke av opplysningene, hvor mange av disse som er tannlegespesialister)

2006	Bergen	Oslo
Vitenskapelige stillinger	36,7	56,2
Kliniske lærerstillinger	32,1	26
Rekrutteringsstillinger	18,3	42
Totalt tannlegeårsverk utdanningsstedene	87,1	124,2



Figur 5.9 Fylkesvis fordeling antall yrkesaktive tannlegespesialister 2007

Kilde: Den norske tannlegeforening

stedene tilbyr imidlertid både allmenn- og spesialisttannhelsetjenester. Tabell 5.9 viser at antall tannlegeårsværk ved lærerstedene i Oslo og Bergen utgjør ca 5 prosent i forhold til tannlegeårsværk i den utøvende tannhelsetjenesten. Universitetet i Tromsø har få tannlegeårsværk på grunn av tidlig fase i oppbyggingen av tannlegeutdanningen.

De odontologiske lærestedene melder om utfordringer med å rekruttere tannleger til undervisningsstillinger. Alle tre utdanningsstedene signaliserer at de fremover vil ha stort behov for

tannleger, både med og uten spesialistutdanning til instruktørtannlegestillinger og til vitenskapelige stillinger.

#### Framtidig behov for utdanningsplasser

Ut fra alderssammensetningen, anslås det at ca 270 spesialister vil pensjoneres innen de neste 15 år. Størst aldersavgang ventes blant radiologene, der alle seks spesialister vil nå pensjonsalder innen år 2020. Videre vil mer enn tre fjerdedeler av kjeveor-

topedene, to tredjedeler av periodontistene og pedodontistene, samt halvparten av oralkirurgene og protetikkerne nå pensjonsalder innen samme tidsrom. På denne bakgrunn anslås det et samlet behov for en økning i antall utdanningsplasser for spesialister med ca 15, dvs. fra dagens ca 65 til 80 under spesialistutdanning. Behovet for flere tannlegespesialister er også begrunnet med bedre geografisk fordeling i den utøvende tjenesten, nyopprettede stillinger ved kompetansesentra og behovet for flere med dobbeltkompetanse til vitenskapelige stillinger ved de odontologiske lærestedene.

### 5.6.2 Regionale odontologiske kompetansesentra og spesialistutdanning

Som omtalt i kapittel 1.3 har komiteen i flere sammenhenger tatt opp spørsmålet om spesialistutdanning av tannleger og etablering av odontologiske kompetansesentra. Dette er særlig kommet fram i budsjettinnstillinger.

I B. innst. S. nr. 11 (2006-2007) framgår det:

«Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til den varslede Stortingsmeldingen om tannhelsetjenesten, som skal fremlegges for Stortinget i 2007. Flertallet anser det også som viktig at Regjeringen vurderer muligheten for en ordning med lønn til tannleger under spesialisering for å styrke rekrutteringen og sikre at alle har en reell mulighet for å benytte videreutdanningstilbudet. Komiteen er fornøyd med samlokaliseringen av Tannhelsetjenestens kompetansesenter og den kliniske delen av tannlegeutdanningen i Nord-Norge og ser på dette som et bidrag til å få god spesialisttjeneste i alle helse-regioner.»

De overordnede formål med etablering av regionale odontologiske kompetansesentra er å:

- sikre spesialisttannlege-tjenester og å kunne ta i mot henvisninger fra allmenntannhelsetjenesten, leger og andre
- drive rådgivning overfor en samlet tannhelsetjeneste og til befolkningen
- drive desentralisert spesialistutdanning av tannleger
- bidra til forskning og faglig utvikling i tannhelsetjenesten
- bidra til rekruttering og stabilisering av tannhelsepersonell i regionen
- drive etterutdanning av tannhelsepersonell

Fylkeskommunene Troms, Aust-Agder og Sør-Trøndelag har så langt fått i oppdrag å etablere og drifte regionale odontologiske kompetansesentre. Helse- og omsorgsdepartementets rolle i finansieringen av slike sentra er i hovedsak knyttet til spesialistutdanning, forskning og fagutvikling. Helse- og omsorgsdepartementets finansiering omfatter også utviklingskostnader og etableringskostnader. Statens finansieringsansvar er skissert i St.prp. nr 1 (2001-2002).

Status for etableringene:

- I helseregion Nord er kompetansesenteret etablert og vil sommeren 2007 bli samlokalisert med tannlegeutdanningen i nytt bygg i Tromsø. Det vil bli inngått en driftsavtale i 2007 mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Troms fylkeskommune i forbindelse med innflyttingen i nytt bygg.
- I helseregion Sør-Øst vil kompetansesenteret bli etablert i lokaler ved Sørlandet sykehus HF i Arendal i løpet av 2007. Etableringen bygger på en intensjonsavtale mellom Aust-Agder fylkeskommune og staten v/Helse- og omsorgsdepartementet.
- I helseregion Midt-Norge er kompetansesenteret til utredning lokalt. Framdriften er avhengig av beslutninger i fylkeskommunen og muligheter for å stille lokaler til disposisjon. Utkast til en intensjonsavtale mellom Sør-Trøndelag fylkeskommune og Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet er under ferdigstillelse. Det planlegges samtidig ny tannpleierutdanning i Trøndelag.

Det ble til sammen bevilget om lag 13 mill. kroner i 2006 og om lag 15 mill. kroner i 2007 til de tre fylkeskommunene. Midlene skal gå til planlegging, etablering og drift av sentrene. Fylkeskommunene finansierer omlag halvparten av de samlede kostnadene. Det er behov for en gradvis opptrapping av bevilgningene til de aktuelle fylkeskommuner til etablering og drift av kompetansesentrene. Det vil ta flere år før kompetansesentrene er i full drift.

I helseregion Vest og Øst er kompetansesentrene under foreløpig planlegging som et samarbeid mellom fylkeskommunene i regionen og universitetene ved de odontologiske fakultetene i hhv Bergen og Oslo. Begge steder legges det så langt opp til et samarbeid mellom fylkeskommunene og universitetene om lokalisering i nye bygg for den kliniske del av tannlegeutdanningen.

Spesialistutdanning av tannleger og etablering av odontologiske kompetansesentra er gjensidig avhengig av hverandre. Framdriften i etableringen

av kompetansesentra avhenger av tilgangen på tannlegespesialister utenfor Oslo- og Bergensområdet. Universitetenes utdanningskapasitet av tannlegespesialister avhenger av universitetenes tilgang på tannleger med dobbeltkompetanse (dvs. tannleger med dr.grad og spesialistutdanning) til vitenskapelige stillinger ved universitetene. Økt forskningsaktivitet avhenger også av mulighetene for blant annet praksisnær forskning på kompetansesentrene i samarbeid med universitetene.

Det viktigste virkemiddel for å få til bedre geografisk fordeling av tannlegespesialister, inkludert spesialister til kompetansesentrene i hhv Tromsø, Trondheim og Arendal, er offentlig finansiering av desentralisert spesialistutdanning. Det er gjennomført desentralisert utdanning av to spesialister ved kompetansesenteret i Tromsø i samarbeid med Universitetet i Oslo. Det er også startet planlegging av en desentralisert utdanning i tilknytning til kompetansesenteret i Arendal.

### 5.6.3 Tannhelsetjenester til pasienter på sykehus

Tannhelsetjenester til pasienter på sykehus er i hovedsak organisert som oralkirurgiske spesialisttjenester ved ca 15 sykehus. Oralkirurgenes hovedoppgaver er oralmedisinske utredninger og behandlinger, og utredning, diagnostikk og behandling innen ansikts-, kjeve- og dento-alveolær kirurgi. De fleste samarbeider med øre-nese-halsleger og med andre spesialister.

Oralkirurgene vil i begrenset grad kunne ivareta øvrige behov for tannhelsetjenester til pasienter innlagt på sykehus. Ved de fleste sykehus er det med enkelte unntak heller ingen odontologisk kompetanse. Til sammenlikning er det i Sverige ca 150 sykehustannleger (hospitalsodontologer) utenom oralkirurger. Sykehustannlegene arbeider i team med tannpleiere og tannhelsesekretærer. Slike hospitalsodontologiske team ivaretar sykdom og lidelser i munn, kjever og tenner på innlagte pasienter, samt behovet for munnstell.

Mange pasienter som innlegges på sykehus vil ha problemer med tenner, kjever, munnslimhinne mv.. Og mange har en sykdom hvor sykdommen i seg eller behandlingen av denne får store konsekvenser for pasientens tannhelse. For mange pasienter er det dessuten viktig at infeksjoner i tenner, kjever eller munnen forøvrig, er fjernet eller behandlet før behandlingen av sykdommen pasienten er innlagt for, starter. Dette gjelder for eksempel særlig før strålebehandling ved kreft-

sykdom eller ved immunsupprimerende behandling ved transplantasjoner. Betydningen av infeksjoner i munnen i forbindelse med sykdomsutvikling av hjerte- karsykdommer er kjent. Mange pasienter vil dessuten kunne ha stort behov for rehabilitering av tannsettet som følge av alvorlig sykdom eller skade og behandlingen av disse. For mange vil det være viktig at behandlingen starter mens de er innlagt på sykehus.

Undersøkelser av kreftpasienter på sykehus i Norge viser at orale komplikasjoner som en følge av kreftbehandling, var utbredt blant pasientene. Pasientenes plager ble sidestilt med, eller rangert høyere enn bivirkninger som kvalme, oppkast, smerte, angst og uro. Problemene gjelder også pasienter med kreft utenfor hode- og halsregionen. Medisinsk personell viser ofte liten interesse for og har lite kunnskap om munnhulen. Orale plager blir derfor sjelden registrert og dokumentert i pasientjournalen.

For pasienter som har vært innlagt for alvorlige sykdommer eller skader, og/eller med langvarig opphold, er det ikke etablert systemer med undersøkelse av munn og tenner før utskriving. Slike undersøkelser forutsetter team av tannhelsepersonell. For mange vil nødvendig oppfølging av tannlege etter utskriving være viktig slik at problemer eller sykdommer i tenner, kjever og munn kan bli behandlet.

## 5.7 Forskning og fagutvikling

### 5.7.1 Forskning

Det forutsettes at utøvelsen av tannhelsetjenester, som øvrige helsetjenester, i hovedsak er kunnskapsbasert. Dette innebærer at tjenesteytelsen er basert på forskning og/eller oppsummert erfaring. Helse- og omsorgsdepartementet har sektoransvar for forskning innenfor departementets ansvarsområde. Ansvaret innebærer at departementet skal legge til rette for forskning på tannhelseområdet gjennom å definere formål og målsetninger for forskning, sikre at forskning prioriteres på nasjonalt nivå i tråd med sektorens og samfunnets behov, og at det legges til rette for gode rammebetingelser for forskningen (Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011).

Kunnskapsdepartementet har ansvar for grunnforskningen gjennom bevilgninger til universiteter og høyskoler og andre forskningsinstitusjoner og til Norges forskningsråd. Helse- og omsorgsdepartementet har et ansvar for anvendt medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning og mål-



rettet kompetanseoppbygging innenfor sektoren. Over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett er det i 2007 bevilget ca 174 mill. kroner til forskning forvaltet av Norges forskningsråd.

Det drives lite forskning i den utøvende tannhelsetjenesten. I tillegg til basalforskning/grunnforskning foregår den kliniske forskningen i odontologi og tannhelsetjenesteforskningen i hovedsak ved de odontologiske universitetsmiljøene. UiO og UiB hadde til sammen i desember 2006 omkring 65 stipendiatstillinger, hvorav 42 i Oslo (to var forbeholdt tannpleiere). UiO har i egen plan for forskningen ved Det odontologiske fakultet definert og prioritert følgende forskningsområder: oral biologi, diagnostikk, epidemiologi og pasientbehandling.

Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til finansiering av forskning innenfor tannhelsefeltet på enkelte områder, utover midlene til Norges Forskningsråd. Sosial- og helsedirektoratet forvalter tilskuddmidler som blant annet tildeles forskningsaktivitet ved institusjoner som Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer (NIOM), Bivirkningsgruppen i Bergen og til Tannhelsetjenestens kompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander (TAKO-senteret).

Beskrivelse av behovet for forskning og kompetanseutvikling i tannhelsetjenesten bør være basert på systematisk oversikt over kunnskapsstatus og kunnskapsbehovene innenfor fagfeltet. Slik oversikt finnes ikke i dag. Styrking av klinisk odontologisk forskning og forskningskompetanse bør blant annet ta utgangspunkt i samfunnets og befolkningens behov og fagmiljøenes forutsetninger.

Tannhelsetjenesten står overfor flere utfordringer knyttet til forskning og fagutvikling. Ufordringene må blant annet sees i sammenheng med følgende forhold:

- behovet for utvidet offentlig finansiert tannhelsetilbud til flere hvor formålet er utjevning av sosial ulikhet i tannhelse
- utvidet følge med- ansvar for forvaltningsnivået
- behov for kunnskap om hvilke helsefremmende og forebyggende tiltak som har størst effekt
- behov for kunnskap om tannhelseutviklingen i hele befolkningen som grunnlag for offentlig innsats
- praksisnær forskning og kvalitet i tjenesten
- behovet for rekruttering til vitenskapelige stillinger ved lærestedene og til regionale odontologiske kompetansesentre

### *Epidemiologisk forskning*

Fylkeskommunen skal etter tannhelsetjenesteloven sørge for at tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjenester, er tilgjengelige for hele befolkningen, jf. tilsvarende bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven. Fylkeskommunen skal også fremme tannhelsen i befolkningen og sørge for nødvendig forebyggelse og behandling, se kapittel 5.4. Sørge for-ansvaret forutsetter at fylkeskommunene har tilgang til nødvendig kunnskapsgrunnlag om tannhelse- og sykdomsutviklingen i befolkningen. Det forutsetter også at fylkeskommunene har posisjon til å iverksette tiltak og samhandle med privat sektor.

Som vist i kapittel 5.2 har vi rimelig god oversikt over sykdomsutviklingen av sykdommen karies når det gjelder barn og ungdom, registrert ved årsgruppene 5-, 12- og 18 år. Når det gjelder andre sykdomstilstander i munnhulen hos barn og unge, samt omfang av medfødte misdannelser/unormale tilstander, behov for tannregulering mv, har vi ingen løpende eller årlig statistikk. Omleggingen av trygdens refusjonssystem med elektronisk direkteoppgjør med tannleger vil kunne gi årlige data på de personer som får behandling med stønad fra trygden, som for eksempel tannregulering.

Kunnskap om den voksne befolkningens tannhelse er begrenset. Det finnes noe kunnskap om tannhelseforholdene til de som får vederlagsfri tannbehandling innenfor den kommunale pleie- og omsorgssektor. Den begrensede kunnskap om voksne forøvrig har ikke bare sammenheng med at ca 3/4 av tannhelsetjenesten er privat, med lite innslag av trygderefusjon. Til sammenlikning er den nasjonale kunnskapen i Sverige om de voksnes tannhelse ikke nevneverdig bedre når de baserer seg på nasjonale kilder som trygderefusjoner mv. Det som gjør at de i Sverige har noe bedre kunnskap om tannhelsen i voksenbefolkningen, er at enkelte landsting (dvs. fylkeskommuner), som har ansvar for folktandvården, i mange år har hatt odontologiske spesialist-/kompetansesentra, med personell med forskningskompetanse. I flere landsting har de gjort kartlegginger av tannhelseforholdene i den voksne befolkning i länet.

UiO har gjennomført de såkalte Trøndelagsundersøkelsene, med ca 10 års intervall. I tillegg er det gjort enkelte mindre undersøkelser. En forsøksordning i tre fylkeskommuner, med tannhelsetjenester overfor personer i kommunal rusomsorg og psykisk helsevern og blant eldre med

hjelp i hjemmet fra kommunen, har gitt oss en del kunnskap om disse klientenes tannhelseforhold (FUTT-prosjektet).

På nasjonalt nivå er det ingen instans som har en overordnet funksjon med å:

- ivareta epidemiologisk overvåkning av befolkningens tannhelse- og sykdomsforhold
- kartlegge forhold som påvirker sykdomsutviklingen
- etablere registre som viser tilstand og utvikling over tid
- kunne se sammenheng mellom øvrig helse og tannhelse

Fylkeskommunen har heller ikke hjemmel til å innhente eventuelle tannhelsedata fra privatpraktiserende tannleger/tannpleiere i fylket.

#### *Forskning på helsefremmede og forebyggende arbeid*

Ansvar for det helsefremmende og forebyggende arbeidet på befolkningsnivå når det gjelder tannhelsetjenester og fylkeskommunens rolle i folkehelsearbeidet, er beskrevet i kapittel 5.3. Som det framgår av kapittel 5.4 er tannhelsetjenesten blitt en viktig samarbeidspartner for øvrig helsetjeneste i det generelle folkehelsearbeidet, blant annet gjennom partnerskap mellom fylkeskommune og kommunene. Det er et prioritert område for regjeringen å styrke innsatsen på forskning på folkehelse og forebygging. Behovet på tannhelsefeltet understrekes ved at det fortsatt er mange personer med dårlig tannhelse i Norge, og at det er et potensiale for bedring av tannhelsen i hele befolkningen.

#### *Praksisnær forskning i tannhelsetjenesten*

Forskningskompetansen i offentlig og privat tannhelsetjeneste er begrenset. Dette har sammenheng med organiseringen av tjenesten. Verken fylkeskommunene eller selvstendig næringsdrivende tannleger er gitt forpliktelser med hensyn til forskning og fagutvikling. Enkelte privatpraktiserende tannleger, i hovedsak tannlegespesialister, har dr. grad. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har et oppsøkende tilbud til befolkningen, blant annet gruppen 0-18 år og til innbyggere i den kommunale pleie- og omsorgssektor. Dette gir et godt utgangspunkt for å drive forskning på ulike kliniske problemstillinger på befolkningsgrupper i et samarbeid med universitetsmiljøene. Det ligger videre et potensial i å utforske grense-

flatene mellom odontologi og medisin, deriblant sammenhengen mellom tannhelse og den generelle helse! Dette kan også omfatte privat sektor.

#### *Tannhelsetjenesteforskning*

Tannhelsetjenesten i fylkene er organisert på forskjellig måte. Det finnes ikke systematisk eller forskningsbasert kunnskap om driftsmodeller, ledelsesmodeller og interne styringsmodeller innenfor tannhelsetjenesten på nasjonalt nivå. Som for øvrige helsetjenester har også tannhelsetjenester behov for forskningsprosjekter som rettes inn mot effektiv tjenesteutøvelse og kvalitativt gode tjenester. Samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og sektorer, er også et område som bør prioriteres innenfor tjenesteforskningen. Det er også behov for økt tjenesteforskning overfor den private sektor. Dette gjelder spesielt sektorens bidrag til at tannhelsetjenester er tilgjengelige og likeverdige. Slik forskning er også av betydning for kunnskapen om privatpraktiserende tannlegers tjenesteytelser i de tilfeller trygden yter stønad til tannbehandling. Universitetet i Oslo har i løpet av de siste årene sørget for økt kunnskap om den private sektor i Norge.

### **5.7.2 Odontologiske biomaterialer**

#### *Historikk*

Forskjellige materialer er i løpet av historien tatt i bruk i forbindelse med behandling av sykdom i tenner og kjever, til reparasjon av tenner og til å fremstille tannproteser (gebiss). Tannleger eller tannmestere fra Mellom-Europa bekjentgjorde i annonser i Christiania på 1790-tallet blant annet sine fortreffelige evner til «att giöre sorte Tænder hvide som Sneer.» I samme annonse fra 1793 fremgår det at han «udtager Tænder og Stumper på en let Maade i en Hast og sætter nye Tænder ind igjen, fæstede med Guld Traad eller Engelsk Bast, at de bliver ligesaa nyttige som de naturlige.» I andre annonser på samme tid annonseres det med at tannlegen «...stanser ormstukne Tænders videre Fremgang, fylder dem med Guld, Sölv eller Bly efter Personernes behag.»

Amalgam som tannfyllingsmateriale ble tatt i bruk første gang på begynnelsen av 1800-tallet. Bruken av ulike materialer må sees i sammenheng med introduksjonen av teknologi i tannlegeyrket. På midten av 1800-tallet ble trådbormaskiner tatt i bruk. Det innebar at amalgamer og ulike sementer kunne anvendes som alternativer til omstendelige og kostbare gullfyllinger. Introduksjonen av rønt-

genapparater og turbinbormaskiner på 1950-tallet innebar en teknisk revolusjon i behandlingen av karies. Karies (tannråte) kunne oppdages, tanna kunne borres opp og repareres på et tidlig stadium i sykdomsprosessen. På 1950- og 1960-tallet ble tannfargede fyllingsmaterialer tatt i bruk på fortenner. En amalgamtype som spesielt ble brukt på melketenner var kobberamalgam. Dette materialet måtte varmes opp slik at det fikk en plastisk konsistens før det kunne brukes. Ved slik oppvarming (over åpen flamme) ble det frigjort betydelige mengder kvikksølv damp. Helsedirektøren anbefalte i 1981 at denne amalgamtypen ikke burde brukes i tannbehandlingen. Det er tannhelsesekretærenes mulige helseskader som følge av kvikksølv damp fra oppvarmingen av denne amalgamsorten som nå diskuteres i Norge. Oppfølgingen av dette er et ansvarsområde for Arbeids- og inkluderingsdepartementet og underliggende etater som arbeidsmiljøproblem.

Bruken av amalgam i Norge er redusert betydelig de siste 15-20 årene. Dette skyldes både at tannhelsen er blitt bedre og at det kommet nye materialer som kan benyttes istedenfor amalgam. En undersøkelse utført av Statens helsetilsyn i 1995, viste at amalgam som tannfyllingsmateriale nesten ikke ble brukt i melketenner, og at bruken i permanente tenner hos barn og unge også var kraftig redusert. En kartlegging i hele den norske tannhelsetjenesten i 2002 viste at 1 av 10 tannfyllinger var amalgamfylling.

Mangelfull kunnskap om innholdet i materialene, om materialenes kvalitet og holdbarhet mv., resulterte i at Nordisk Ministerråd i 1972 opprettet Nordisk Institutt for Odontologisk Materialprøving (NIOM) som en nordisk institusjon, lokalisert til Oslo. NIOM skulle bidra til kvalitet og forbrukersikkerhet for de nordiske innbyggere i forbindelse med bruk av tannbehandlingsmaterialer (odontologiske biomaterialer). Hovedoppgavene til NIOM var forskning knyttet til tannbehandlingsmaterialer og nordisk markedskontroll gjennom prøving/testing av materialer som ble markedsført og solgt på det nordiske markedet.

I internasjonal sammenheng var det kun de nordiske land som etablerte et system med markedskontroll av tannbehandlingsmaterialer, basert på testing etter internasjonale standarder. Det arbeidet og den kompetansen NIOM har utviklet siden 1972, har dermed vært unik i internasjonal sammenheng. Kjernen i kompetanseutviklingen har vært bredden i forskningsaktiviteten og oppbygging av et stort nettverk av forskere fra Norden (gjesteforskere). NIOMs styrke har vært kombina-

sjonen av metallurgisk, kjemisk, biologisk og odontologisk forskningskompetanse. Breddekompetansen har igjen vært en avgjørende forutsetning for etablering av akkrediterte systemer for materialprøving, deltagelse i internasjonalt standardiseringsarbeid og for kunnskapsoverføring og informasjonsarbeid.

#### *Forslag om forbud mot bruk av amalgam og andre tiltak*

Miljøvernmyndighetene har våren 2007 hatt på høring forslag om endringer i produktforskriften. Forslaget omfatter blant annet forbud mot legging av nye amalgamfyllinger. Den umiddelbare effekten på miljøet av et eventuelt amalgamforbud vil være begrenset, fordi omfanget av nye amalgamfyllinger som legges er lavt. Det er utslipp fra tannlegekontorene som følge av utboring av gamle amalgamfyllinger og utslipp fra krematoriene, som er de største kildene til kvikksølvutslipp i naturen. Slike utslipp vil vi ha i mange tiår fremover, med mindre det utvikles mer effektive rensesystemer.

Som et ledd i Miljøverndepartementets oppfølging av handlingsplanen mot kvikksølv, er det innført strengere utslippskrav i forhold til kvikksølv fra amalgamfyllinger. Det er innført krav i forurensningsforskriften om at nye amalgamavskillere i tannklinikker skal ha en dokumentert renseseffekt på minst 95 prosent amalgam. Videre framgår det av planen, at kunnskapen om effektene av kvikksølv og om utslippskildene, skal økes gjennom ulike undersøkelser og forskning.

#### *Produktkontroll, standardisering og sertifisering*

Odontologiske biomaterialer defineres som materialer som brukes i forbindelse med utredning, diagnostikk og behandling av sykdom i tenner, kjeve og munnslimhinner. Materialene brukes til fremstilling av blant annet tannfyllinger, kroner, broer, proteser (gebiss), til rotbehandling, tannregulering mv. Kortversjonen er at odontologiske biomaterialer er de materialene som tannlegene bruker i sin praksis, og som ikke er forutsatt å inneholde aktive virkestoffer, slik som legemidler. På midten av 1990-tallet testet og godkjente NIOM på det meste over 1200 ulike materialer til bruk i tannlegevirksomhet.

Gjennom implementeringen av EØS-direktiv om medisinsk utstyr i 1998 er NIOMs rolle blitt vesentlig endret. EØS-direktivet er i Norge implementert gjennom lov om medisinsk utstyr, som

trådte i kraft i desember 1995. Loven regulerer produksjon, markedsføring, omsetning og bruk av medisinsk utstyr. Bestemmelsene i direktivet innebærer at produsenten selv må sørge for å få godkjent materialene før markedsføring og salg. Godkjenningen må foretas av et akkreditert teknisk kontrollorgan. Godkjenningen innebærer at produsenten kan sette et CE-merke på produktet.

Omleggingen fra tidligere markedskontroll av NIOM til systemet med CE-merking innebærer at materialene på det nordiske markedet ikke lenger blir testet i henhold til internasjonale standarder. Det innebærer heller ingen krav til materialenes kvalitet, slik som styrke, holdbarhet, fargestabilitet mv. For det nordiske markedet er dermed kvalitetskontrollen blitt dårligere.

Implementeringen av EØS-direktivet innebar at NIOM Certification ble skilt ut som egen organisasjon fra NIOM. NIOM Certification er godkjent som teknisk kontrollorgan (Notified body) som produsenter i alle land kan bruke for å godkjenne produksjonen av materialene, for slik å kunne sette på et CE-merke. NIOM Certification er en norsk institusjon, opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet, organisert som stiftelse. Stiftelsen har senere endret navn til Nordic Dental Certification.

Den øvrige del av NIOM, Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer, er videreført som en nordisk organisasjon, underlagt Nordisk Ministerråd og med basisfinansiering fra Nordisk Ministerråd. Oppgavene til NIOM består i dag av forsknings- og utredningsarbeid, materialprøving/-testing, standardiseringsarbeid, kunnskapsformidling og informasjon samt opplæring og konsulenttjenester. I tillegg til basisfinansieringen fra Nordisk Ministerråd, finansieres NIOMs aktiviteter dels av norske helsemyndigheter (standardiseringsarbeid) eller gjennom oppdragsfinansiering.

Sikkerheten ved bruk av tannbehandlingsmaterialer og utstyr til bruk i tannbehandling, må kontinuerlig bedres. Markedet er i stadig vekst, noe som medfører økte krav til yrkesutøvelse. For å ivareta tannhelsepersonellens behov for å kunne kjenne til sikkerhet på materialer/utstyr, er det etablert et nordisk samarbeid gjennom etablering og videreutvikling av NIOM. Det nordiske samarbeidet har resultert i etablering av en egen produktdatabase for odontologiske biomaterialer, finansiert av helsemyndighetene i Finland, Sverige og Norge. Databasen skal utvides kontinuerlig.

I Norge finnes nesten ingen produsenter av odontologiske biomaterialer eller produsenter av utstyr som brukes i forbindelse med tannlegevirk-

somhet. Norge kan bidra til å sikre kvalitet på produktene og til å ivareta essensielle pasient- og forbrukerhensyn, gjennom forskning, deltagelse i standardiseringsarbeid og ved å kunne delta i prøving/testing av materialer som selges på markedet. I tillegg ved deltagelse i det internasjonale sertifiseringsarbeid og i den nordiske produkt databasen.

I regi av Nordisk Ministerråd er det nylig gjennomført en evaluering av alle institusjonene under Nordisk Ministerråd. Evalueringen viser at NIOM ivaretar sine funksjoner og oppgaver på en tilfredsstillende måte. Evalueringen konkluderer med at NIOM møter de krav som er foreslått stilt som betingelser for etablering av en nordisk institusjon.

Gjennom virksomheten til Nordic Dental Certification og gjennom deltagelse i komiteer i internasjonal standardiseringsammenheng, har Norge (og Norden) fått en unik mulighet til å bidra i det internasjonale arbeidet. Virksomheten er ikke begrenset til odontologiske biomaterialer, men gjelder materialer generelt under direktivet om medisinsk utstyr.

#### *Bivirkningsproblematikk*

Spørsmålet om bivirkninger i forbindelse med odontologiske biomaterialer er i hovedsak knyttet til aktuelle bivirkninger av kvikksølv som inngår som bestanddel i amalgam og til bivirkninger av plastmateriale. Når det gjelder kvikksølv, er det tre forhold som er sentrale: kvikksølv som miljøgift ved utslipp fra tannklinikker og fra krematorier, kvikksølv som helserisiko for tannhelsepersonell, samt kvikksølv som helserisiko for pasienter som har amalgamfyllinger i tennene.

Kvikksølv som miljøgift hører inn under Miljøverndepartementets ansvarsområde. Kvikksølv som mulig helserisiko for tannhelsepersonell er dels et arbeidsgiveransvar, dels et sektoransvar for Arbeids- og inkluderingsdepartementet som ansvarlig for arbeidsmiljø. Helse- og omsorgsdepartementet har sektoransvaret for spørsmålet om helserisiko for pasienter, jf. foran.

Stortinget har flere ganger tatt opp problemstillinger knyttet til tannfyllingsmaterialer. Ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 50 (1993-1994) Om samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste, ble følgende romertallsvedtak fattet: «Stortinget ber Regjeringen vurdere å endre retningslinjene for refusjon av kostnader ved utskifting av tannfyllinger slik at pasienter med dokumentert allergi mot fyllingsmaterialer også utenfor munnhulen blir omfattet av ordningen». Sosialkomiteen anbefalte i sin inn-

stilling (Innst.S.nr.165 (1994-1995)) at det burde gjøres endringer i kriteriene for trygdens bidrag til utskifting av fyllinger, og innføres regler om påbud for renseanlegg for å unngå kvikksølvutslipp fra krematorier og kirkegårder.

#### *Retningslinjer og veileder*

I 2003 fastsatte Sosial- og helsedirektoratet retningslinjer for bruk av tannfyllingsmaterialer i Norge. Hensikten med retningslinjene er blant annet å fase ut bruken av amalgam. Sett fra et folkehelseperspektiv, er det ønskelig å redusere kvikksølveksponeringen i befolkningen så mye som mulig. Retningslinjene gir en sterk oppfordring til tannleger om redusert bruk av amalgam som fyllingsmateriale. Retningslinjene omfatter også anbefalinger angående utstyr og prosedyrer ved fjerning av amalgamfyllinger. Det vurderes fortløpende om det er behov for endringer i retningslinjene, basert på systematisk gjennomgang av tilgjengelig forskning. I tillegg foregår det løpende informasjonsutveksling med helsemyndighetene i de øvrige nordiske land.

Sosial- og helsedirektoratet utarbeider en veileder i utredning av pasienter ved mistanke om bivirkninger fra tannfyllingsmaterialer. Veilederen vil blant annet inneholde en kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten med tittelen «Helseeffekt av å skifte ut amalgamfyllinger ved mistanke om plager eller helseskader fra amalgam». Videre vil den ha et vedlegg utarbeidet av Nasjonalt Forskningscenter innen Komplementær og Alternativ Medisin (NAFKAM) («Opplevde sammenhenger mellom amalgam og helse i den norske befolkning»). Veilederen er også basert på en rapport fra Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer («Tannmaterialer og helse. Erfaringer fra klinisk utredning av pasienter med mistanke om bivirkninger fra tannmaterialer»).

Det forutsettes at universiteter og andre læresteder tilpasser sin undervisning og legger til grunn faglige veiledere og retningslinjer fra helsemyndighetene. Det er utdanningsinstitusjonenes ansvar at undervisningen av helsepersonell er basert på forskning og systematisert erfaring.

#### *Etablering og evaluering av Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (BVG)*

BVG ble etablert i 1993. Formålet med gruppen er å belyse mulige bivirkninger fra amalgam og andre tannbehandlingsmaterialer. Det bevilges

årlig tilskudd over statsbudsjettet til drift, forsknings- og utredningsvirksomhet. Virksomheten omfatter bivirkningsregistrering, pasientutredning, utprøvende behandling, informasjonsvirksomhet, fagutvikling og forskning. BVG har både medisinsk og odontologisk fagkompetanse og samarbeider med relevante fagmiljøer. Hovedoppgaven for BVG er å utrede og vurdere pasienter med et bredt spekter av helseproblemer og symptomer som relateres til tannbehandlingsmaterialer. De fleste som er utredet blir henvist på grunn av mistanke om bivirkninger fra amalgam (72 prosent).

En evaluering av BVG ble avsluttet i 2006. Av evalueringen framgår det at medlemmene i Forbundet Tenner og Helse (FTH) hadde store forventninger til BVG da den ble opprettet. De hadde håpet på at de ved BVG skulle få hjelp og behandling for sine helseplager som de anså var forårsaket av kvikksølv fra amalgamfyllinger. Etter 12 års virksomhet ved BVG, er det ingen med generelle diffuse plager som har fått en diagnose som bekrefter at det er kvikksølv fra amalgamfyllinger som er årsaken til helseplagene. Det er uenighet om hvordan en slik diagnose eventuelt kan stilles.

Evalueringen konkluderer med at BVG i det store og hele har lyktes i å oppfylle sitt mandat og har gjennomført sine oppgaver på en effektiv måte. Det pekes likevel på områder hvor det er et forbedringspotensial. Det gjelder informasjonsvirksomheten og oppfølging av planer om tiltak for å opprettholde og styrke kontakter og samarbeidsrelasjoner i behandlingsmiljøer i alle deler av landet. Evalueringen tar opp ulike modeller for organisering som kan gi helsemyndighetene bedre styringsmuligheter over virksomheten og et bedre tilbud til pasientene.

#### *Gjeldende regler for dekning av utgifter ved utskifting av tannfyllingsmaterialer*

Det kan ytes bidrag fra folketrygden til dekning av utgifter til tannlege for utskifting av tannrestaureringer, ved lokale reaksjoner og kontaktallergi. Ordningen ble innført i 1999. I 2006 ble det utbetalt i overkant av 1,6 mill. kroner til slik behandling. Bidrag begrenses til utskifting av restaureringer/proteser som har direkte kontakt med slimhinnelesjonen. Det skal godtgjøres ved uttalelse fra lege, at munnslimhinnelesjonen mest sannsynlig ikke opptrer som følge av bakenforliggende sykdom. Symptomer fjernt fra munnhulen, som for eksempel hudutslett, er også akseptert som refusjonsgrunnlag for utskifting av tannfyllin-

ger. Allergi mot det aktuelle materiale må være sannsynliggjort ved erklæring fra spesialist i hud-sykdommer. Generelle helseplager som ikke kan påvises å være forårsaket av tannfyllingsmaterialer dekkes ikke. I tillegg ytes det refusjon i forbindelse med rapportering til bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer og til prøvetaking til laboratorieundersøkelser.

## 5.8 Hvem har rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester

### 5.8.1 Gjeldende ordning

Offentlig finansiering av tannhelsetjenester i Norge har sitt særpreg ved at rettighetene er innrettet mot de grupper som anses å trenge det mest. Tjenester gis enten som offentlig organisert tilbud med oppsøkende tjenester, eller som refusjon fra trygden til definerte grupper eller sykdommer/tilstander.

Tannhelsetjenesteloven definerer hvem som har rettigheter (prioriterte grupper) og at tilbudet skal være oppsøkende. Retten korresponderer med fylkeskommunens plikt til å sørge for nødvendig tannhelsehjelp til disse gruppene.

Folketrygdloven har refusjonsordninger for øvrig befolkning for enkelte typer sykdom/ behandling og til tannbehandling til personer med generelle lidelser/sykdommer.

*Følgende grupper har rettigheter:*

- a) Med hjemmel i tannhelsetjenesteloven (offentlig organisert og finansiert):
  - barn/ungdom til og med året de fyller 18 (unntatt kjeveortopedisk behandling)
  - psykisk utviklingshemmede (i/utenfor institusjon)
  - eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie (herunder rusavhengige i institusjon)
  - ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret (begrenset egenandel)
  - andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere
- b) I henhold til folketrygdloven (kun offentlig finansiert):
  - munnsykdommer og kjevesykdommer
  - kjeveortopedisk behandling – t.o.m. 18 år (§ 5-6)
  - som bidrag (§ 5-22) når medfødt (for eksempel ved manglende tannanlegg) eller ervervet defekt, eller vesentlig forringet

tannhelse (for eksempel omfattende skader ved ulykke, anoreksi, bulimi og pga. strålebehandling)

- c) I henhold til andre regelverk/ordninger:
  - statlig tilskudd til flyktninger og asylsøkere på mottak
  - rusavhengige under kommunal rusomsorg (vedtatt etter at NOU 2005: 11 ble lagt fram) og langtidsinnsatte i fengsel – utgiftene til tannbehandling dekkes.
  - som sosialstønad etter sosialtjenesteloven (inn under begrepet «livsopphold»)
- d) Behandling på sykehus av tannlegespesialister i oral kirurgi og oral medisin.

### 5.8.2 Hva innebærer nødvendig tannhelsehjelp

*Tannhelsetjenesteloven og tilgrensede lover*

I henhold til tannhelsetjenesteloven § 2-1 har de prioriterte gruppene rett til nødvendig tannhelsehjelp. Tilsvarende gjelder innenfor kommunehelsetjenesten (nødvendig helsehjelp, jf. khl. § 2-1) og spesialisthelsetjenesten (nødvendig spesialisthelsetjeneste, jf. sphlsl. § 2-1), jf. også pasientrettighetsloven § 2-1.

Nødvendig tannhelsehjelp, nødvendig helsehjelp m.v. er rettslige standarder hvor innholdet utvikles gjennom forvaltningspraksis. Verken tannhl., khl. eller sphlsl. definerer nærmere hva som ligger i begrepene. Det vil måtte avgjøres konkret i det enkelte tilfelle.

Retten til nødvendig tannhelsehjelp korresponderer med fylkeskommunens plikt til regelmessig og oppsøkende tilbud, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd. I forarbeidene til tannhelsetjenesteloven (Ot.prp. nr. 49 (1982-83)) uttales det at:

«hvor langt fylkeskommunens plikt strekker seg må bedømmes konkret etter forholdene i den enkelte fylkeskommune. Det er nødvendig hjelp som kan kreves og fylkeskommunens plikt vil være begrenset til det som økonomi, tilgang på tannhelsepersonell og utstyr gjør mulig. Fylkeskommunene plikter å holde en tannhelsetjeneste av odontologisk forsvarlig standard».

Videre har Helse- og omsorgsdepartementet i Rundskriv I-16/2000 utdypet hva som ligger i begrepet. Det blir her presisert at det faglige innholdet blant annet må defineres av Statens helse tilsyn som helsemyndighetenes tilsynsorgan. Innholdet i uttrykket kan variere over tid, avhengig av de midler som står til disposisjon. Variasjonen

må imidlertid ligge innenfor det som er odontologisk forsvarlig, slik at alle innbyggere sikres et tilbud over en viss minimumsgrense. Per i dag, hvor det eksisterer mange muligheter tilgjengelig for vedlikehold og restaurering av tannsett, vil et minimum både måtte inneholde tilbud om akutt-hjelp, forebyggende tiltak og behandling.

Det er til dels ulik begrepsbruk i regelverket. Eksempler på dette er: nødvendig tannhelsehjelp (tannhelsetjenesteloven), vanlig tannbehandling (rundskriv om tannbehandling til innsatte i fengsel), og ordinær tannbehandling (rundskriv for tannhelsetjenester til flyktninger og asylsøkere). Helse- og omsorgsdepartementet vil forenkle/rydde opp i begrepsbruken.

#### *Tannlegeforeningens anbefaling til kriterier for nødvendig tannbehandling*

Tannlegeforeningen har utarbeidet en anbefaling til kriterier ved utbetaling av sosialstønad og annen tredjeparts finansiering til tannbehandling. Flere instanser (blant annet de odontologiske fakultetene, Statens helsetilsyn og fylkestannlegene) ble forelagt utkastet til kriterier.

Kriteriene tar utgangspunkt i helsemål satt av Statens helsetilsyn i 1999, hvor det uttales at akseptabel oral helse innebærer at brukeren:

- ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen
- har tilfredsstillende tyggefunksjon
- kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene

Helse- og omsorgsdepartementet har fått opplyst at både trykdeetaten og sosialkontorene i all hovedsak legger anbefalingene til grunn. Kriteriene er av overordnet karakter. Derfor har flere valgt å utarbeide mer detaljerte kriterier. Dette er for eksempel tilfelle i Oslo kommune for behandling etter sosialtjenesteloven. Anbefalingene opplyses også å være retningsgivende for fylkeskommunenes vurderinger for behandling i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

## **5.9 Finansiering av tannhelsetjenester**

### **5.9.1 Innledning**

Det meste av tannhelsetjenester utføres av fylkeskommunene og av den private sektor. I tillegg utføres tannhelsetjenester ved Universitetet i Bergen og Universitetet i Oslo, som ledd i studentundervisningen av tannleger og tannpleiere, og i

spesialistutdanningen av tannleger. Tannhelsetjenester utføres også av tannlegespesialister på ca 15 sykehus, finansiert over budsjettene til helseforetakene. Den største finansieringen av tannhelsetjenester skjer gjennom privat finansiering. Kort oppsummert finansieres tannhelsetjenester på følgende måte:

#### *Offentlig finansiering*

- Fylkeskommunenes utgifter til den offentlige tannhelsetjenesten
- Trygderefusjoner (folketrygden) § 5-6 og § 5-22
- Sosialstønad til tannbehandling
- Helseforetakenes utgifter til behandling utført av tannlegespesialister på sykehus

#### *Privat finansiering*

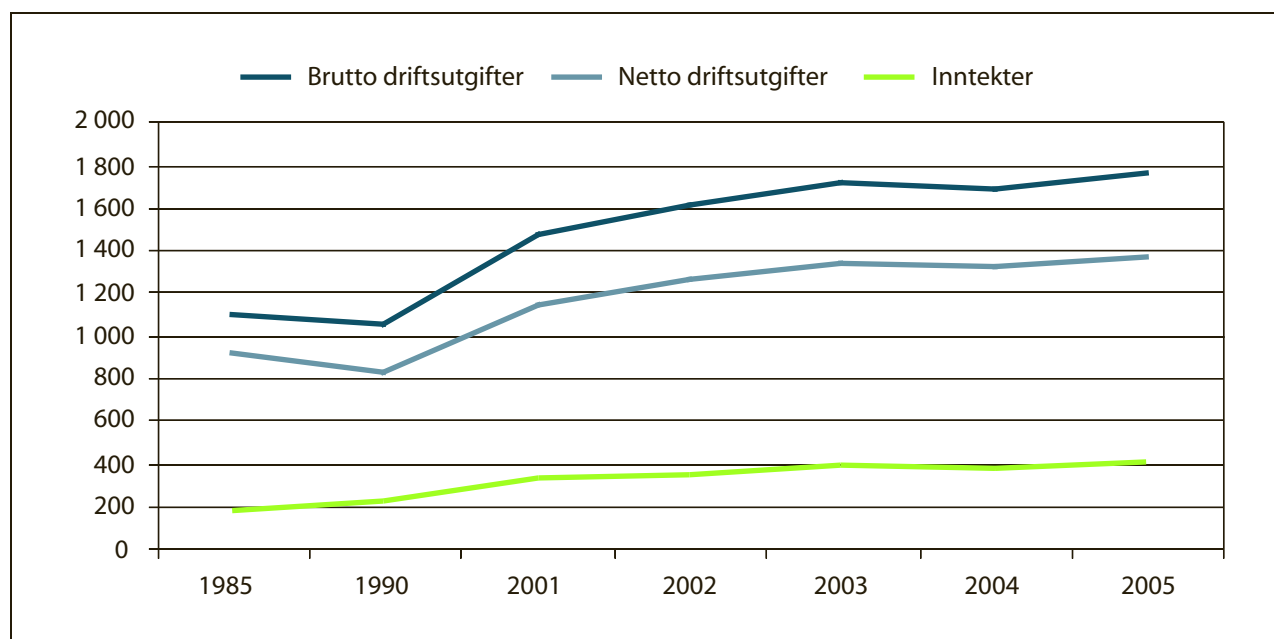
- Pasientenes egenbetaling av tjenester som det offentlige subsidierer
- Pasientenes egenbetaling av tjenester uten noen offentlig subsidiering

### **5.9.2 Samlede utgifter til tannhelsetjenester**

KOSTRA-tall for 2006 var ikke offentlige på det tidspunktet meldingen ble ferdigstilt. Fylkeskommunale kostnader og inntekter er derfor basert på 2005-tall.

Tabell 5.10 viser de samlede utgifter til tannhelsetjenester i 2005. I 2005 var fylkeskommunenes netto utgifter 1,357 mrd. kroner, brutto utgifter var ca 1,75 mrd. kroner. Fylkeskommunenes inntekter, som i hovedsak er pasientinntekter, utgjorde om lag 400 millioner kroner. Trygdens refusjoner til utgifter til tannbehandling utgjorde samme år om lag 750 millioner kroner (846 mill. kroner i 2006). Refusjonen omfatter behandling utført i privat praksis, på fylkeskommunale klinikker hvor det behandles voksne, og på de odontologiske fakultetene. Sosialstønad kan anslås til om lag 100 mill. kroner (NOU 2005: 11). Det foreligger ikke data som viser omfanget av helseforetakenes finansiering av tjenester utført av tannlegespesialister på sykehus. Samlet innebærer dette at offentlig finansiering utgjorde om lag 2,2 mrd. kroner i 2005.

Det foreligger ingen statistikk over den private finansieringen av tannbehandling. Basert på opplysninger som fremkommer i SSBs inntektsundersøkelse for personlig næringsdrivende 2004 (IFN), og undersøkelser foretatt av Universitetet i



Figur 5.10 Fylkeskommunenes driftsutgifter og inntekter tannhelse 1985 -2005 i mill. kroner

Kilde: SSB

Tabell 5.10 Utgifter til tannhelsetjenester 2005

Offentlig finansiering	
Fylkeskommunene	1,357 mrd. kroner
Trygderefusjoner	0,750 mrd. kroner
Sosialstønad	0,100 mrd. kroner
<b>Total offentlig</b>	<b>2,2 mrd. kroner</b>
Privat finansiering	
Pasientenes egenbetaling	Ca 6 mrd. kroner
<b>Total offentlig og privat</b>	<b>Ca 8,0–8,5 mrd. kroner</b>

Oslo i et samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og med Tannlegeforeningen, kan det anslås at pasientenes egenbetaling utgjorde drøye 6 mrd. kroner i 2005. Samlet sett utgjorde utgiftene til tannhelsetjenester 8 – 8,5 mrd. kroner. Dette inkluderer utgifter til tanntekniske arbeidere, levert av tanntekniske laboratorier. Fordelt på antall innbyggere utgjorde tannhelsetjenester i gjennomsnitt ca 1 900 kroner per innbygger i 2005.

Av SOU 2007:19 framgår det at de samlede utgifter til tannbehandling i Sverige (8,8 mill innbyggere) i 2004 utgjorde ca 20,4 mrd. SEK. Landstingenes nettokostnader til folktandvårdens virksomhet var beregnet til 4,6 mrd. SEK,

inkludert investeringer. Den statlige stønad (i hovedsak refusjoner) utgjorde 3,1 mrd. SEK. Samlet offentlig finansiering utgjør dermed 7,77 mrd. SEK. I Sverige finansieres kjeveortopedisk behandling på barn og unge over budsjettet til landstingene og ikke som refusjon fra Försäkringskassan.

### 5.9.3 Fylkeskommunenes finansiering

#### Utgifter til tannhelsetjenester

Fylkeskommunenes brutto driftsutgifter (eksklusive Oslo) utgjorde i 2005 om lag 35,7 mrd. kroner. Utgiftene til tannhelsetjenester har siden 2002 utgjort om lag 5 prosent av fylkeskommunenes samlede utgifter. Av figur 5.10 framgår utviklingen i fylkeskommunenes utgifter og inntekter (KOSTRA-tall) for tannhelsetjenester hvor også Oslo er tatt med.

Fylkeskommunenes utgifter til tannhelsetjenester er knyttet til følgende hovedoppgaver:

- Sørge for ansvar når det gjelder tilgjengelighet til tannhelsetjenester overfor hele befolkningen. Det innebærer at i områder med begrenset eller få privatpraktiserende tannleger, må fylkeskommunen gjennom egne tannklinikker og tannhelsepersonell sørge for at tannhelsetjenester er rimelig tilgjengelig for hele befolkningen. Det betyr å dimensjonere personellkapasiteten til å kunne ivareta etterspørselen fra hele befolkningen. Alternativet er at fylkes-



kommunene gjennom egne tiltak yter tilskudd til tannleger og tannpleiere som etablerer seg privat i de deler av fylket med udekket behov for tannhelsepersonell.

- Organisere og iverksette folkehelsearbeid, med helsefremmende og forebyggende tjenester rettet mot hele befolkningen som målgruppe.
- Regelmessig og oppsøkende tilbud med nødvendig tannhelsehjelp til de som har rettigheter etter lovens § 1-3.

KOSTRA-statistikken spesifiserer ikke fylkeskommunenes kostnader fordelt på de tre hovedoppgavene. Den statistiske framstillingen av brutto- og nettokostnader har kun brukt antallet personer i prioriterte grupper under tilsyn, eventuelt innbyggertall, som nevner i regnestykkene. Dette betyr at de fylkeskommuner som kan ha høye kostnader til å ivareta sørge for ansvar overfor hele befolkningen, i statistikken vil kunne framstå å ha høye kostnader til tannhelsetjenester overfor de prioriterte grupper. I mangel av spesifisering av kostnadene, vil framstillingen i dette avsnittet innebære at samtlige nettokostnader blir knyttet til de prioriterte grupper eller til antall innbyggere.

Figur 5.11 viser en betydelig variasjon mellom fylkeskommunenes nettoutgifter, regnet som gjennomsnittlige utgifter per person i de prioriterte grupper under tilsyn, eller som gjennomsnittlige utgifter per innbygger. Høyest utgifter har Finnmark, Troms, Nordland og Sogn og Fjordane. Lavest utgifter har Østfold, Vestfold, Oslo og Akershus, dvs. de tidligere skoletannpleiefylkene. Netto utgifter per innbygger viser også samme variasjon.

På landsbasis var nettoutgiftene i 1990 i gjennomsnitt 669 kroner per person i prioriterte grupper under tilsyn. I 2005 var tilsvarende utgifter 1 067 kroner per person, dvs. en økning på om lag 60 prosent på 15 år.

Spørsmålet er hva høyere utgifter i for eksempel fylkene i Nord-Norge og i Sogn og Fjordane er et uttrykk for. De fylkesvise forskjellene i nettoutgifter har eksistert etter om lag samme mønster siden begynnelsen på 1990-tallet. I følge NOU 2005: 18 Fordeling, forenkling, forbedring, er en av forklaringene på forskjellene omfanget av ubesatte tannlegestillinger og hyppighet i utskifting i stillingene. Det er tids- og ressurskrevende å lære opp nyansatte tannleger, i tillegg til at det tar en viss tid før man jobber like effektivt som erfarne tannleger.

Den offentlige tannhelsetjenesten i distriktene i flere fylker har i stor grad ivaretatt tannhelsetil-

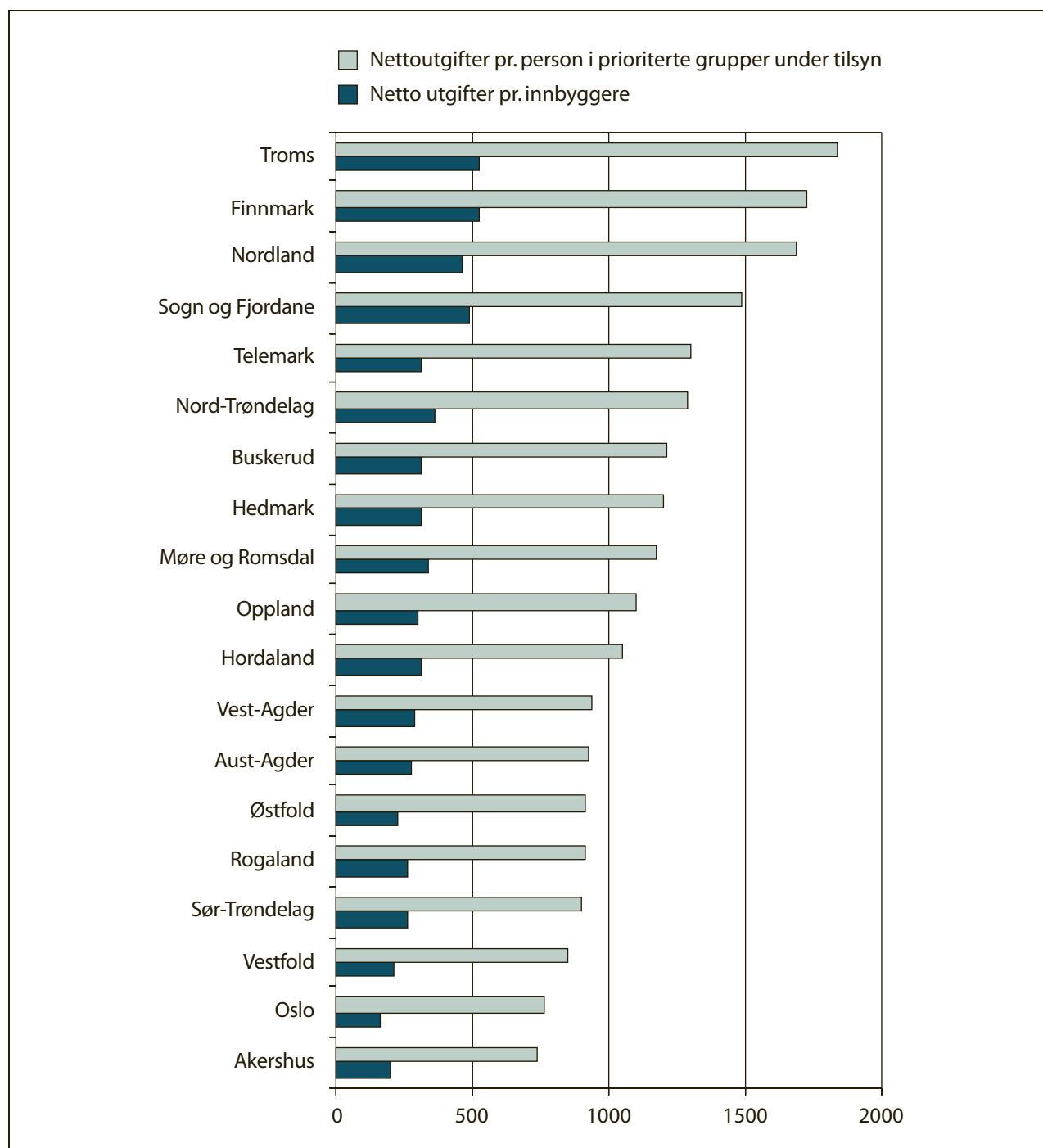
budet til hele befolkningen. Manglende etablering av privatpraktiserende tannleger har medført at den offentlige tannhelsetjenesten i disse områdene i stor grad måtte dimensjoneres for å gi tannhelsetilbud til alle. Dette har særlig vært situasjonen for områdene utenfor byene i de Nord-norske fylkene, i Midt-Norge og på Vestlandet. I Finnmark kommer dette best til syne ved at oppunder 20 prosent av den voksne befolkningen ble undersøkt/behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2005. I perioder med ubesatte tannlegestillinger og hyppig utskifting i tannlegestillinger må voksenbehandling nedprioriteres til fordel for forpliktelsene overfor de prioriterte grupper. Dette fører til at fylkeskommunen får reduserte inntekter uten tilsvarende reduksjon i kostnader. Konsekvensene er at fylkeskommunens nettoutgifter til tannhelsetjenester, regnet som gjennomsnitt per innbygger eller per person i prioriterte grupper under tilsyn, blir høyere. I tillegg er det andre forhold som etter regjeringens oppfatning kan forklare forskjellene i nettokostnader, slik som ekstra personelltiltak for å rekruttere og beholde tannhelsepersonell i disse områdene.

Til sammenligning var kommunenes gjennomsnittlige bruttoutgifter til primærlegetjenester i 2002 738 kroner per innbygger. Utgiftene var høyest i kommuner med 0-1999 innbyggere (2 337 kroner per innbygger), og lavest i kommuner med 30 000 – 49 900 innbyggere (478 kroner per innbygger). Kommunenes nettoutgifter varierte tilsvarende med hhv. 1 677 kroner i de minste kommunene til 424 kroner per innbygger i kommuner med 30 000 – 49 900 innbyggere.

### *Inntekter*

Fylkeskommunen har ansvar for videregående opplæring, samferdsel, tilrettelegging for næringsutvikling, fylkesplanlegging, kultur og kulturminneforvaltning og offentlig tannhelsetjeneste. Alt dette finansieres i hovedsak gjennom fylkeskommunenes frie inntekter (rammetilskudd). Kommunesektoren har hatt en sterk vekst i inntekter de siste 2-3 år. I budsjettet for 2006 ble det gjort en kraftig satsing for kommunesektoren. Den reelle veksten i samlede inntekter fra 2005 til 2007 anslås til 6,1 prosent. Dette tilsvarer 14,5 mrd. kroner.

Regjeringen legger opp til realvekst i kommunesektorens samlede inntekter på mellom 4 1/2 og 5 1/4 milliarder kroner i 2008, jf. kommuneproposisjonen for 2008 (St.prp. nr. 67 (2006-2007)). Inntektsveksten i 2008 vil komme i tillegg til det inntektsløftet kommunesektoren hittil har fått

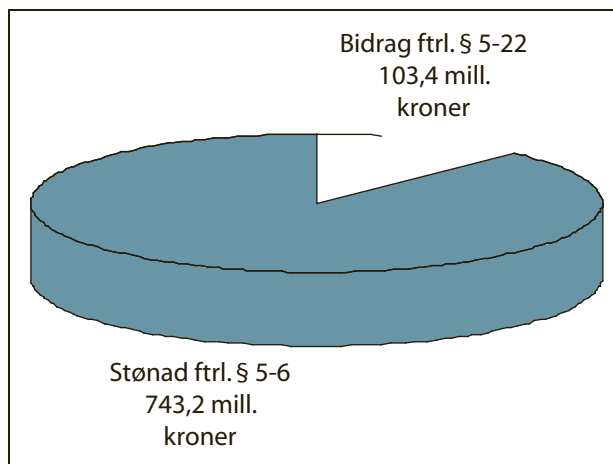


Figur 5.11 Fylkeskommuners netto utgifter regnet per innbygger og per person i prioriterte grupper 2005

Kilde: SSB

under denne regjeringen. Gitt det økonomiske opplegget som regjeringen legger opp til for 2008, vil kommunesektorens samlede inntekter øke reelt med drøyt 8 prosent fra 2005 til 2008. Målt i 2008-priser tilsvarer dette om lag 20 milliarder kroner. Bedringen i kommuneøkonomien gjen-speiles i styrkingen av netto driftsresultat de senere år.

Økningen i fylkeskommunenes inntekter innebærer at fylkeskommunene har betydelige bedre forutsetninger for selv å finansiere ekstra tiltak innenfor tannhelsetjenesten. Dette kan være tiltak for å rekruttere tannhelsepersonell, og særlig tannleger, til distrikter og til offentlig tannhelsearbeid. Det gir også store muligheter til investering i nye og større tannklinikker som på bedre måte



Figur 5.12 Stønad og bidrag til tannbehandling i 2006.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

kan bidra til effektiv oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere.

#### Den voksne befolkningens finansiering av tannbehandling

UiO har i samarbeid med TNS Gallup gjennomført regelmessige undersøkelser angående voksenbefolkningens etterspørsel etter tannhelsetjenester, mottatt behandling og utgifter til tannbehandling.

I 2004 oppga 78 prosent av respondentene at de hadde vært hos tannlege/tannpleier i løpet av de siste 12 måneder. Tilsvarende svarprosent i 2006 var 72 prosent. Gjennomsnittlig årlig utgift til tannbehandling per person for de som har vært hos tannlege/tannpleier siste 12 måneder økte med 75 prosent fra 1995 til 2004. I 2006 var gjen-

nomsnittlig utgift 2 679 kroner. Justert for prisøkningen for tannhelsetjenester har de årlige utgiftene til tannbehandling i perioden 1995 – 2006 steget med 308 kroner, eller 13 prosent, dvs. i gjennomsnitt ca 1 prosentpoeng per år.

Utgiftene varierer lite med kjønn, men forskjellene er større når det gjelder aldersgruppene. I 2004 var gjennomsnittlig utgifter lavest for aldersgruppen 21 – 39 år (1 724 kroner) og høyest for aldersgruppene  $\geq 60$  år (2 591 kroner). Ca seks prosent får refundert deler av sine utgifter til tannbehandling fra trygden.

Av de som hadde vært til tannlege/tannpleier i 2004 hadde 18 prosent utgifter til tannbehandling på under 500 kroner i løpet av de siste 12 måneder. Ca 2/3 av voksenbefolkningen som deltok i undersøkelsen hadde utgifter under 1 500 kroner. I 2006 var tilsvarende litt lavere. Syv prosent hadde utgifter over 6 000 kroner. 0,4 prosent hadde utgifter over 30 000 kroner (tilsvarende på landsbasis ca 10 000 – 12 000 personer).

Med et personbegrenset utvalg i undersøkelsen og med telefonoppringing som undersøkelsesmetode, kan det være at grupper som rusavhengige, funksjonshemmede, kronisk syke og pleietrengende eldre ikke nødvendigvis er inkludert i materialet.

En tilsvarende kartlegging i Sverige i 2005 overfor 8 400 innbyggere, viste at av de som hadde vært til tannlege siste 12 måneder hadde 50 prosent utgifter på under 1 000 SEK og 78 prosent hadde utgifter på under 2 000 kroner. Ca tre prosent hadde utgifter på over 10 000 kroner. Inntil halvparten av voksne hadde utgifter på 1 350 SEK eller mindre. Av dette dekket Försäkringskassan drøye 200 SEK, dvs. ca 15 prosent.

Tabell 5.11 Gjennomsnittlig årlig utgift til tannbehandling per person som har vært hos tannlege 1995, 2004 og 2006. Nominelle kroner og omregnet til 2006-priser.

År	Nominelle kroner		2006 – priser <sup>1</sup>		
	Gjennomsnittlig årlig utgift	Prosentvis vekst i perioden	Omregnet med konsumpris for tannhelsetjenester	Gjennomsnittlig årlig utgift	Prosentvis vekst i perioden
			Indeks		
1995	1 275		83,9	2 371	
2004	2 253		136,5	2 575	
2006	2 679	110,1	156,0	2 679	13,0

<sup>1</sup> Indeks 2003 er brukt for å omregne utgifter i 2004 fordi undersøkelsen ble foretatt våren 2004 og de fleste utgiftene stammer fra 2003. For 2006 er en beregnet indeks basert på et vektet snitt av første halvår og august/september brukt.

Kilde: Skau, Holst og Grytten

### 5.9.4 Trygdefinansiert tannbehandling

I 2006 ble det totalt utbetalt 846,6 mill. kroner i refusjon fra folketrygden til tannbehandling, se figur 5.12. Stønads etter § 5-6 utgjorde 743, 2 mill. kroner og omfatter blant annet kjeveortopedi, kirurgi, behandling av periodontitt og sjeldne medisinske tilstander. Bidrag etter § 5-22 utgjorde 103,4 mill. kroner i 2006 (98,3 mill. kroner i 2005).

Figur 5.12 og figur 5.13 viser at det har vært en forholdsvis stor økning i trygdens utbetaling til utgifter til tannbehandling siden 2001. Økningen skyldes i hovedsak Stortingets vedtak om utvidelse av stønadsordningene. Som eksempel kan nevnes at i 2002 ble det innført søskenmoderasjon ved kjeveortopedisk behandling (tannregulering). I forbindelse med innføringen av skjermingsordningen tak 2 i 2003 ble refusjon til periodontittbehandling tidoblet, og refusjon til kirurgisk behandling ble økt betydelig. Det er grunn til å anta at disse tiltakene i sum også har bidratt til at flere benytter seg av stønadsordningene.

I statsbudsjettet for 2004 ble det bevilget 50 mill. kroner til stønads til utgifter til rehabilitering av tannsett i de tilfeller tenner er tapt som følge av marginal periodontitt. I 2004 var utgiftene til dette formålet 12,9 mill. kroner, i 2005 45,9 mill. kroner og i 2006 var dette økt til 86,3 mill. kroner.

Utgiftsøkningen må også ses i sammenheng med den faglige og teknologiske utviklingen som har funnet sted innenfor tannbehandling. I dag finnes mer avanserte og bedre behandlingsmetoder sammenliknet med for noen år tilbake. Dette innebærer også at pasienter med omfattende

behov for rehabilitering av tannsettet har kunnet få hjelp.

Figur 5.14 viser fordelingen av trygdens refusjon til utgifter til tannbehandling etter ftrl. § 5-6 i 2006. Stønads til kjeveortopedi utgjør den største delen med 355 mill. kroner i 2006 (314 mill. kroner i 2005). Når det gjelder trygdens stønads for pasienter med sjeldne medisinske tilstander, kreft i munnhulen, infeksjonsforebygging og med alvorlige tilfeller av kjeveortopedi, har trygdens utgifter økt beskjedent de siste årene. For disse behandlingene dekker trygden 100 prosent etter statens honorartakst.

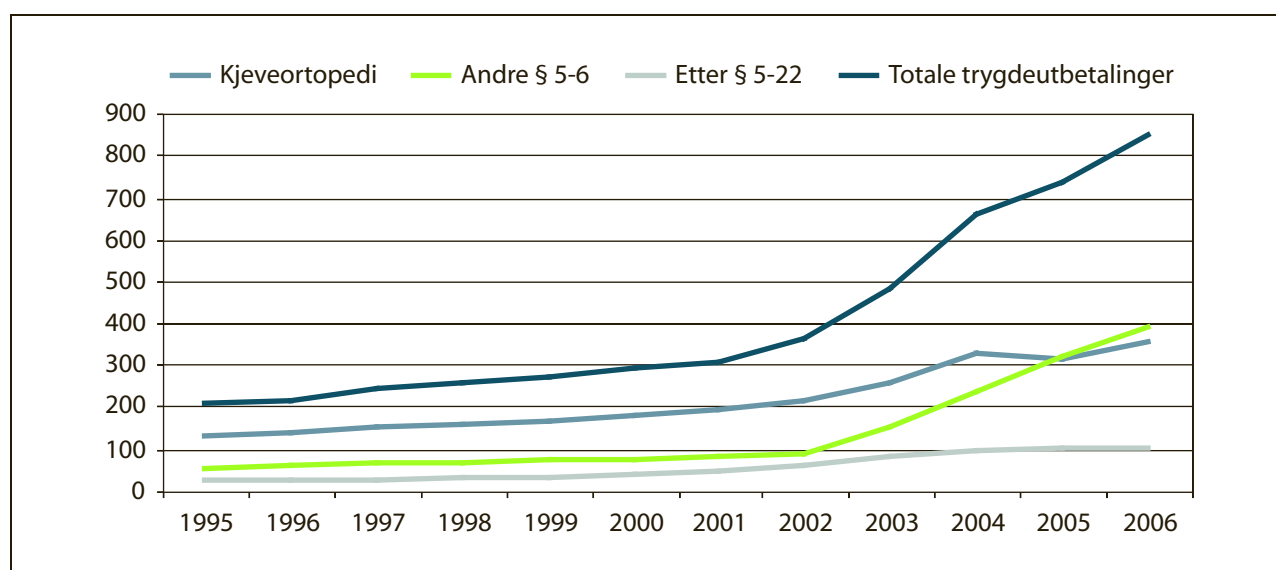
Trygdens utbetaling til kirurgisk behandling er redusert fra 98,7 mill. kroner i 2005 til 96,3 mill. kroner i 2006. Trygdens utbetaling til periodontittbehandling økte fra 61,3 mill. kroner i 2005 til 61,9 mill. kroner i 2006.

### Nærmere om enkelte behandlingsformer

#### *Odontologisk rehabilitering etter periodontitt*

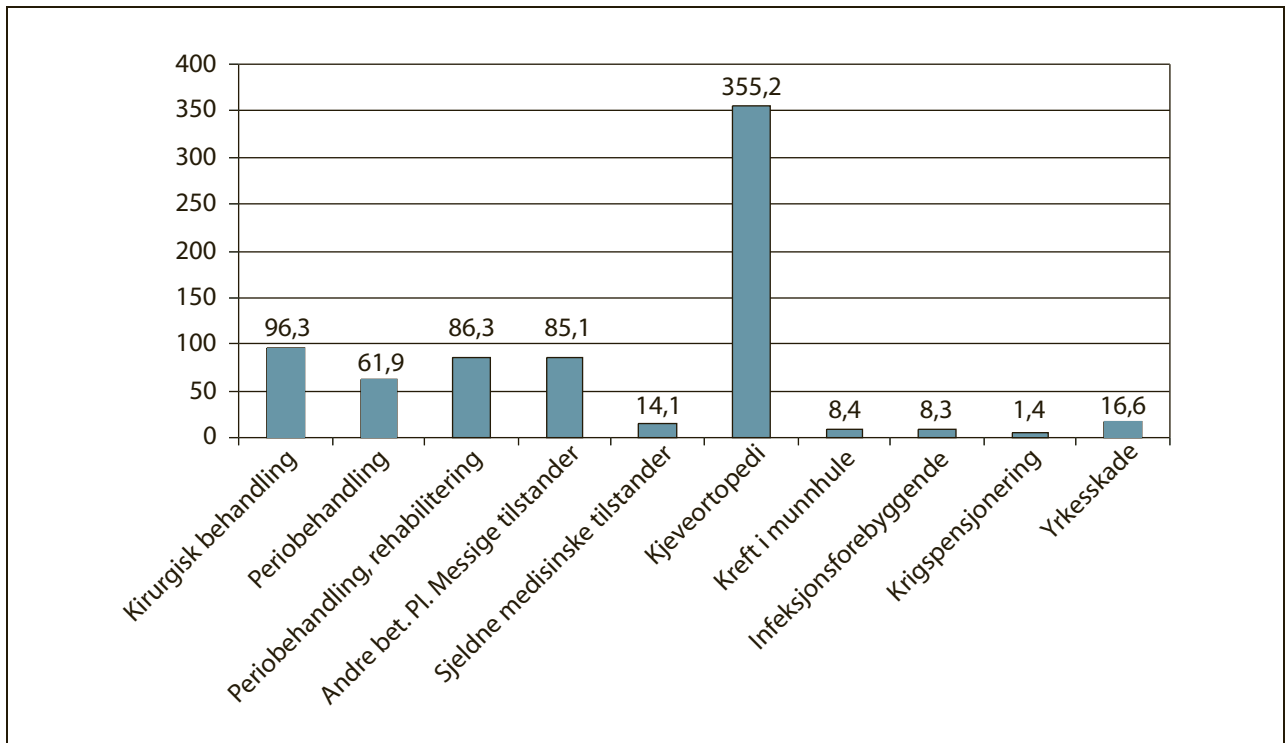
Den stønadsordningen som har økt mest i utbetaling fra trygden er rehabilitering etter periodontitt. I forbindelse med behandlingen av 2003-budsjettet vedtok Stortinget at trygden skulle yte stønads til utgifter til rehabilitering av tannsett når tenner var gått tapt på grunn av sykdommen periodontitt. Ordningen trådte i kraft 1. oktober 2003. For 2004 ble det bevilget 50 mill. kroner til formålet.

Før ordningen trådte i kraft ble det estimert at ca 4 200 personer ville ha behov for slik reha-



Figur 5.13 Utvikling i stønads og bidrag til tannbehandling fra 1995 til 2006

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet



Figur 5.14 Stønads etter ftrl. § 5-6 i 2006, totalt per kategori. Alle beløp i mill. kroner

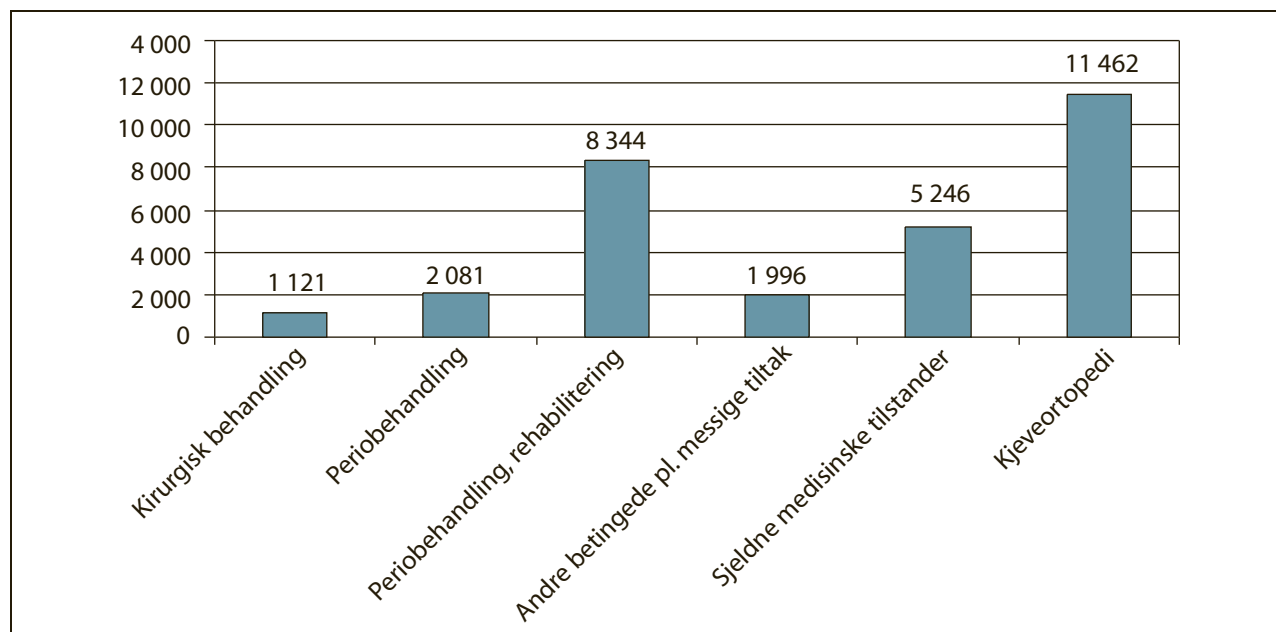
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

bilitering hvert år. Gjennomsnittskostnaden per person ble beregnet til ca 30 000 kroner basert på statens honorartakst på dette tidspunkt. Kostnaden for rimeligste løsning (gebiss) ble anslått til ca 5 000 kroner, mens kostnaden til de som hadde behov for mest omfattende behandling (implantater og broer) ble anslått til ca 175 000 kroner per person, inkludert tanntekniske utgifter. Samlede utgifter ville utgjøre ca 125 mill kroner. Bevilgningen på 50 mill kroner ville dermed utgjøre ca 40 prosent av kostnadene. I tillegg ville den enkelte få utgifter til mellomlegg (differansen mellom tannlegens pris og offentlig honorartakst). Regjeringen antok at det ville ta 2 – 3 år før stønadsordningen var i «full drift». Grunnen til dette er at planleggingen av og gjennomføring av rehabiliteringsbehandlingen kan ta opp til over to år. Det ble tatt forbehold om at innføring av en stønadsordning fra trygden ville kunne utløse en ytterligere etterspørsel som var vanskelig å beregne.

I 2005 ble det utbetalt 45,9 mill kroner som stønad til utgifter til odontologisk rehabilitering. Stønads ble gitt i ca 5 900 saker, med gjennomsnittlig stønadsbeløp på 7 764 kroner per sak. I 2006 var beløpet 86,3 mill kroner, med gjennomsnittlig stønadsbeløp på 8 344 kroner per sak (ca 10 000 saker), se figur 5.15.

Økningen i antallet som får stønad kan være et uttrykk for flere forhold. For det første kan en og samme person være registrert med to utbetalinger. Dette skyldes at i de tilfeller det utføres implantatbehandling vil oppgjøret for implantatbehandlingen bli utbetalt til den som har foretatt den kirurgiske behandlingen, mens oppgjøret for den protetiske behandlingen vil bli utbetalt til den tannlegen som har utført protetikkarbeidet. Det reelle antall personer som har mottatt stønad kan dermed være lavere.

For det andre kan det oppgitte anslag over antall personer som har behov for rehabilitering, ha vært for lavt. Den økte etterspørselen etter slik behandling som ville komme som følge av en offentlig stønadsordning, kan også ha vært undervurdert. Den økte etterspørselen kan også skyldes at tannlegene er mer bevisste på å foreslå rehabilitering som følge av ny stønadsordning. Videre kan det skyldes at pasientene ser seg økonomisk bedre i stand til å betale for rehabilitering når det offentlige yter stønad, eller at kjøpekraften generelt er blitt bedre slik at flere uansett etterspør slik behandling. Noe av økningen fra 2005 til 2006 kan også skyldes at fra og med 2006 ble vilkåret om kvalifikasjon som spesialist for å kunne utføre implantatbehandling og implantatforankret protetikkk endret. Det innebar at flere behandlere



Figur 5.15 Stønad etter ftrl. § 5-6: Gjennomsnittlig utbetaling per behandlet sak om stønad i 2006. Alle beløp i kroner

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

ble ansett som kvalifiserte. Dette har medført at tilgjengeligheten til slik behandling har økt, både kapasitetsmessig og geografisk.

Erfaringene med stønadsordningen ble gjennomgått i 2005. Konklusjonen på denne gjennomgangen var at ordningen så langt hadde virket etter Stortingets hensikt. Den fylkesvise fordeling av personer som får stønad er i hovedsak i samsvar med den geografiske fordeling av innbyggere i landet. Personer med de største utgiftene får i store trekk høyest andel refusjon fra trygden. Som følge av denne gjennomgangen ble det gjort mindre justeringer av stønadsordningen i forbindelse med takstjusteringer gjeldende fra 1. januar 2007.

For personer som får helprotese (gebiss) som rehabilitering, utgjorde trygdens stønad i 2005 ca 3 800 kroner av en samlet kostnad på ca 7 200 kroner, dvs. i overkant av 50 prosent. Hvis rehabilitering består av 2 tannimplantater og en bro forankret på disse implantatene (skal erstatte 4 tenner), utgjør trygdens stønad ca 27 000 kroner av en samlet kostnad på ca 45 000 kroner etter statens honorartakst. I tilfeller med tannløs kjeve og rehabilitering med 6 implantater og tannbro som festes til implantatene, vil samlet stønad fra trygden kunne utgjøre ca 60 000 – 65 000 kroner. Totalkostnaden etter honorartakst kan bli 150 000 til 170 000 kroner, slik at pasientens egenbetaling i slike tilfelle vil bli rundt 100 000 kroner. For alle

behandlinger vil mellomlegg til tannlegen komme som et tillegg.

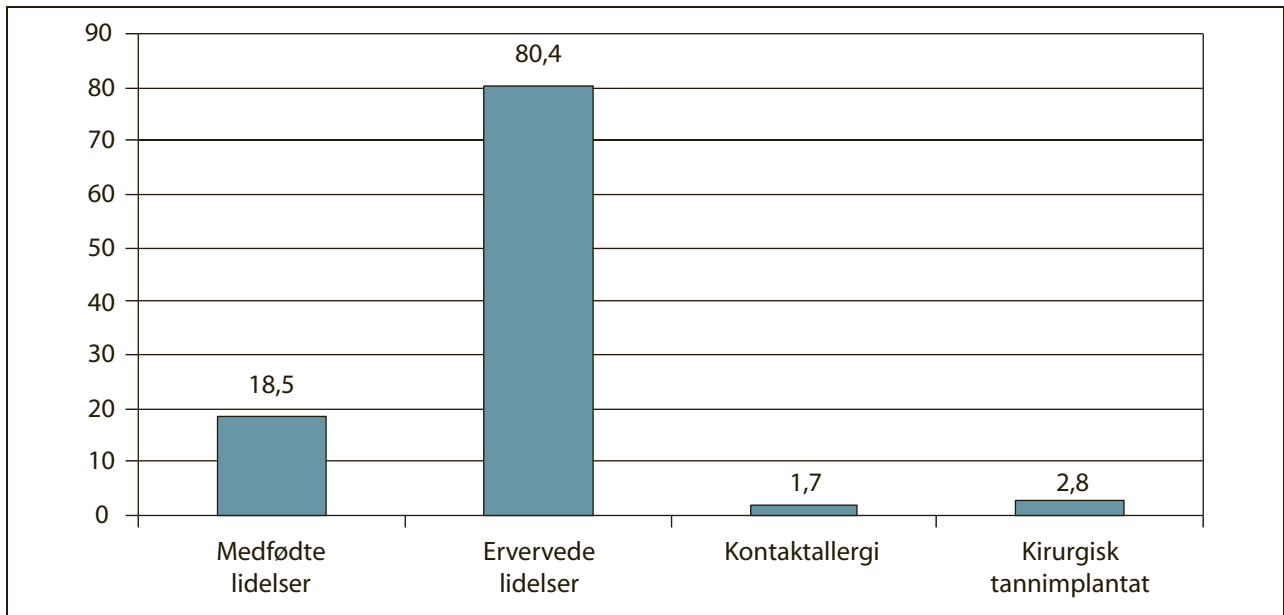
#### Kjeveortopedisk behandling

Stønad til kjeveortopedisk behandling (tannregulering) ble inkludert i trygdens stønadsordning i 1939. Nåværende vilkår for stønad til kjeveortopedisk behandling har vært gjeldende fra 1990, og er i hovedsak objektive.

De fleste barn og unge får tannregulering i alderen 11-15 år. Andelen barn i Norge som får tannregulering har de siste 15 år vært på ca 1/3 innen hvert årskull. I Norge ytes kjeveortopedisk behandling i hovedsak av privatpraktiserende kjeveortopedier.

I Sverige og Danmark er kjeveortopedisk behandling vederlagsfri. Ca 30 prosent av barna i hvert årskull får gratis kjeveortopedisk behandling i regi av offentlig tannhelsetjeneste. Dette viser at uavhengig av organisasjonsform og av finansieringssystem, er det relativt liten forskjell mellom de skandinaviske land når det gjelder prosentandelen av årskullene som får tannregulering.

Trygdens utbetaling til tannregulering har økt fra ca 255 mill. kroner i 2002 til 355 mill. kroner i 2006. Det kan være flere forklaringer på denne økningen. Det ene er økningen i honorartakstene som ligger til grunn for utbetalingene. En annen forklaring er innføring av søskenmoderasjon fra



Figur 5.16 Refusjon etter ftrl. § 5-22 i 2006, totalt per kategori. Alle beløp i mill. kroner

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

2002. Søskenmoderasjonen innebærer at barn nr. 2 og 3 (eventuelt flere) i en familie hvor flere enn ett barn har behov for tannregulering, får høyere stønad til dekning av utgiftene til tannregulering. Søskenmoderasjonen utgjorde i 2006 ca 30 mill. kroner. I tillegg kan det tenkes at både innføringen av søskenmoderasjon og den generelle bedringen av kjøpekraften i Norge de siste årene, også for barnefamilier, kan ha utløst en større etterspørsel etter tannregulering for barn som fyller vilkårene for stønad. En annen forklaring kan være at både foreldrenes og barnas holdninger til utseende ved tenner og tannstilling kan ha endret seg, slik at flere personer som fyller vilkårene for stønad, benytter seg av behandlingsmulighetene.

#### Gjennomsnittlig utbetaling per behandlet sak

Figur 5.15 viser at trygdens utbetaling i gjennomsnitt per behandlet sak varierer betydelig avhengig av behandlingsform. Variasjonen har også sammenheng med omfanget av trygdens stønad i prosent av statens honorartakst. Når det gjelder kirurgisk behandling og behandling av periodontitt, utgjør trygdens stønad i gjennomsnitt ca 60 prosent av statens honorartakst, mens offentlig fastsatt egenandel utgjør ca 40 prosent. For personer som får periodontittbehandling utgjør trygdens stønad i gjennomsnitt 2 080 kroner og egenandelen i gjennomsnitt ca 1 400 kroner. Personer med sjeldne medisinske tilstander får dekket

utgifter tilsvarende 100 prosent av statens honorartakster.

For barn og unge som har fått kjeveortopedisk behandling vil offentlig fastsatt egenandel kunne bli opp til 15 000 kroner, avhengig av alvorlighetsgrad og omfang av behandlingen. For personer som har fått odontologisk rehabilitering som følge av tap av tenner på grunn av periodontitt, vil egenandelen utgjøre fra ca 15 000 kroner, og opptil 100 000 kroner (implantatbehandling med brokonstruksjon festet på implantatene).

For alle pasientkategorier kommer i tillegg aktuelt mellomlegg som utgjør differansen mellom tannlegens pris og statens honorartakster for de som tar høyere pris enn statens honorartakst.

Bidrag til tannbehandling etter ftrl. § 5-22 kan gis når medført eller ervervet defekt eller annen sykdom, eller behandling av slik defekt/sykdom, har medført skade eller sykdom på tenner eller støttevev med vesentlig forringelse av tannhelsen, og/eller når behandlingen antas å ville føre til en vesentlig funksjonsbedring etter svekkelse som skyldes medfødt eller ervervet somatisk defekt/sykdom. Eksempler på medfødte lidelser er ufullstendig emaljedannelse i tennene (amelogenesis imperfecta) eller medfødt manglende tannanlegg (agenesier). Eksempler på ervervede lidelser er skade oppstått som følge av ulykke (tennene skadet eller slått ut), anorexia nervosa eller bulimi, munntørrhet som følge av Sjögrens syndrom eller bruk av legemidler, kreftbehandling med cellegift

eller strålebehandling av spyttkjertler. Andre eksempler er alvorlig psykisk lidelse og ved nedsett evne til selv å mestre munnstell pga. revmatisme, lammelse eller hjerneskode. Figur 5.16 viser at ervervede lidelser utgjør den største utbetalingen fra trygden.

Figur 5.17 viser at mellom de ulike pasient- eller behandlingskategorier varierer de gjennomsnittlige bidragsbeløpene i begrenset grad. Innen hver gruppe kan imidlertid variasjonen være stor, avhengig av behandlingsbehov. Trygdens bidrag utgjør 90 prosent av behandlingsutgifter som overstiger 1600 kroner. Det innebærer at personer som har fått bidrag på ca 13 500 kroner, vil ha en egenandel etter statens honorartakst på 3 100 kroner. For medfødte lidelser er egenandelen begrenset til 4 000 kroner.

#### Trygdens refusjon som del av tannlegenes bruttoomsetning

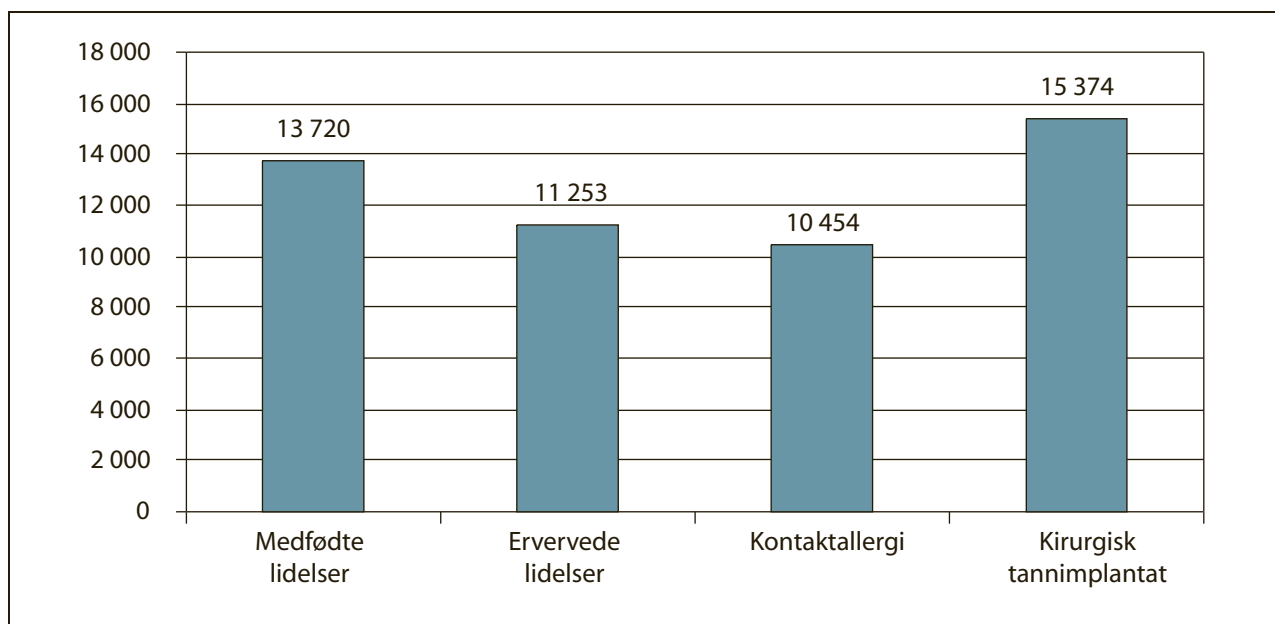
Befolkningsundersøkelser viser at ca 5-6 prosent av den voksne befolkningen årlig mottar refusjon fra trygden for tannbehandling. For de som har fått refusjon, var gjennomsnittlig refusjonsbeløp ca 5 000 kr i 2006 (3 400 kr i 2004).

Helse- og omsorgsdepartementet har foretatt beregninger når det gjelder omfanget av trygderefusjon i forhold til tannlegenes bruttoomsetning.

Basert på disse beregningene kan det anslås at ca 2/3 (ca 550 mill. kroner) av utbetalt refusjon fra trygden (stønad og bidrag), går til tannbehandling utført av spesialister. Dette inkluderer spesialistbehandling på de odontologiske fakultetene. Spesialistene utgjør ca 10 prosent av de yrkesaktive tannlegene. Ca 270 mill. kroner var refusjon til utgifter til behandling utført av allmenntannleger.

Tannlegespesialistene ble bedt om å opplyse hvor mye trygderefusjon utgjør på årsbasis av tannlegens praksisomsetning. I hovedsak var det bare tannleger som har direkteoppgjør med NAV som var i stand til å gi disse opplysningene (89 prosent av kjeveortopedene har direkteoppgjør, mens 15 prosent av periodontistene har direkteoppgjør). Tallene må derfor tolkes med varsomhet, og er derfor ikke nødvendigvis representative for de ulike spesialistgrupper. Trygdens refusjon som andel av spesialistenes bruttoomsetning varierer fra ca 55 prosent for kjeveortopedene, ca 25-30 prosent for oralkirurgene og periodontistene, og 8-10 prosent for spesialistene i endodonti og protetik og bittfysiologi.

Legges det til grunn at utbetaling av refusjon fra trygden for behandling utført i allmennpraksis utgjør ca 270 mill kroner, utgjør dette anslagsvis ca 5 prosent av brutto honoraromsetning for allmennpraktiserende tannleger (inkludert voksenbehandling av tannleger ansatt i fylkeskommunene).



Figur 5.17 Bidrag etter ftrl. § 5-22, gjennomsnittlig utbetaling per behandlet sak om bidrag i 2006. Alle beløp i kroner

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet



### 5.9.5 Privat finansiering

Det foreligger ingen nasjonal statistikk over den private finansieringen av tannbehandling. I følge NOU 2005: 11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet, var egenbetalingen i 1990 på 3,6 mrd. kroner (målt i 2003 kroner), mens den ble beregnet av utvalget til 6 mrd. kroner i 2003. Tallene fra 2003 støttes også av beregninger gjort av Arbeids- og velferdsdirektoratet.

### Innbyggernes utgifter til tannbehandling

#### Gjennomsnittlig årlig utgift

Gjennomsnittlig utgifter til tannbehandling for de som har vært hos tannlege siste 12 måneder for årene 1995, 2004 og 2006 er vist i tabell 5.12. Beløpene er vist i både nominelle kroner og omregnet til 2006-priser. Omregningen til 2006-priser er foretatt ved hjelp av konsumprisindeksen for tannhelsetjenester utviklet av Statistisk sentralbyrå (SSB). SSB innhenter i begynnelsen av hvert halvår opplysninger om honorarene for de mest brukte tannhelsetjenestene hos et utvalg på om lag 100 tannleger som er ment å være representativt for privatpraktiserende tannleger i Norge.

Fra 1995 til 2004 økte de gjennomsnittlige utgiftene til tannbehandling for de som hadde oppsøkt tannlege siste 12 måneder med ca 75 prosent, dvs. fra 1275 til 2253 kroner. Prisene i privat praksis er antatt å ha steget med ca 70 prosent i samme tidsrom. Det innebærer at økningen i innbyggernes utgifter i all hovedsak skyldes økning i tannlegenes priser/honorarer.

Gjennomsnittlig årlig utgift til tannbehandling i 2006 kan anslås til ca 2 680 kroner. Dette er en økning på ca 425 kroner fra 2004, målt i nominelle kroner. Verdien på prisindeksen har økt med 86 prosent fra 1985 til 2006. Justert for prisøkning, har de årlige utgiftene til tannbehandling steget

med 308 kroner, eller 13 prosent. Økningen i utgifter kan skyldes økt volum i behandling.

Tabell 5.12 viser at de yngste aldersgruppene har lavest utgifter. Utgiftene til personer i aldersgruppene 21-39 år er drøye halvparten av utgifter til personer i aldersgruppen over 60 år. Dette gjelder både for 1994 og for 2004/2006.

## 5.10 Priser på tannbehandling

### 5.10.1 Innledning

I perioden fra 1976 til 1995 forhandlet staten og Den norske tannlegeforening om nasjonale veiledende honorartakster. Forhandlingsinstituttet var basert på frivillighet fra foreningens side. Foreningens medlemmer skulle legge veiledende honorartakster til grunn for all tannbehandling. Tannlegeforeningen skulle informere sine medlemmer (95 prosent av alle tannleger er medlemmer i NTF) og påse at takstene ble fulgt av medlemmene. De fremforhandlede honorartakstene ble også lagt til grunn for fastsettelse av takster for behandling av voksne i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Tannlegenes lojalitet overfor fastsatte takster ble etter hvert svekket, særlig i Oslo og andre storbyer. Da forhandlingsresultatet forelå i 1995, ble resultatet forkastet av Tannlegeforeningens privatpraktiserende medlemmer. Avtalen med staten ble sagt opp. Medlemmene mente at takstene ikke dekket de kostnader som tannlegevirksomhet innebærer, og at de var til hinder for nødvendig fagutvikling og investering i egen praksis. Siden 1995 har det vært fri prisfastsetting.

Fra og med 1995 har staten v/Helse- og omsorgsdepartementet årlig fastsatt honorartakster for behandling av 19- og 20-åringer og voksne i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, og for beregning av refusjon til utgifter til tannbehand-

Tabell 5.12 Gjennomsnittlig årlig utgift til tannbehandling per person som har vært hos tannlege 1995, 2004 og 2006 etter alder og kjønn. Nominelle kroner og omregnet til 2006-priser.

	Nominelle kroner			2006 – priser <sup>1</sup>		
	1995	2004	2006	1995	2004	2006
<i>Alle respondenter</i>	1 275	2 253	2 679	2 371	2 575	2 679
<i>Alder</i>						
21-39 år	889	1 724	1 879	1 653	1 970	1 879
40-59 år	1 407	2 442	2 793	2 616	2 791	2 793
>=60 år	1 662	2 591	3 301	3 090	2 962	3 301

<sup>1</sup> Omregnet med konsumpris for tannhelsetjenester.

Kilde: Skau, Holst og Grytten

ling etter bestemmelsene i folketrygdloven. Fra 1. juli 2001 har fylkeskommunene hatt adgang til å fastsette egne priser for tannbehandling av voksne.

Som følge av opphevelsen av forhandlingsinstituttet fastsatte Konkurransetilsynet i 1996 en forskrift om prisopplysning ved tannlegetjenester m.m. (forvaltes i dag av Barne- og likestillingsdepartementet), se kapittel 5.12.1. Forskriften pålegger tannleger eller andre som yter tannhelsetjenester, blant annet å gi opplysninger om sine priser i form av prisoppslag og prisliste.

I samarbeid med Tannlegeforeningen, UiO og SSB har Helse- og omsorgsdepartementet fått gjennomført flere undersøkelser om tannlegenenes priser mv. Beskrivelsen under bygger blant annet på rapporter fra disse undersøkelsene.

### 5.10.2 Nærmere om priser

#### *Prisøkningen siden 1995*

I perioden 1994 til 2006, dvs. en periode på 12 år, økte statens honorartakster med i gjennomsnitt ca 60 prosent. Timeprisen for behandlinger hvor honoraret baseres på medgått tid, økte med 61 prosent (fra 604 til 973 kroner). Økningen i enkelttakster har variert. Honorartakst for undersøkelse og 2 røntgenbilder økte med 85 prosent (fra 195 til 360 kroner), honorar for tannfarget fylling (2 flater) økte med 47 prosent (fra 428 til 630 kroner), mens honorartakst for krone i metall/porselen økte med 54 prosent (fra 1292 til 1995 kroner).

SSBs prisindeks viser at prisene til et utvalg av 100 tannleger økte med 69 prosent fra 1995 til 2004, dvs. over en periode på 9 år. Gjennomsnittshonorarene hos de tannleger som inngår i grunnlaget for SSBs prisindeks, er noe lavere enn gjennomsnittshonorarene som fremgår av Tannlegeforeningens undersøkelse fra 2004. Det kan indikere at den reelle prisøkningen for hele markedet er noe høyere enn 69 prosent for de angjeldende årene.

Sammenliknet med tannhelsetjenester i Sverige, har prisøkningen i Norge vært lavere. Den statlige regulering av tannlegetakster i Sverige opphørte i 1999. I følge Sveriges Kommuner och Landsting (SLK) var økningen av folktandvårdens priser på tannbehandling av voksne 71 prosent fra januar 1998 til januar 2006, dvs. over en periode på 8 år. Folktandvårdens priser for undersøkelse og diagnostikk økte minst (41 prosent), mens folktandvårdens priser for kirurgisk behandling økte mest (120 prosent). Det er store prisforskjeller

mellom folktandvården i ulike landsting. Ifølge konsumprisindeksen (KPI) for tannhelsetjenester, som også inkluderer behandlinger i den private sektor, har prisøkningen for tannhelsetjenester i Sverige vært 80 prosent i perioden 1998 til 2005.

#### *Prisnivå og prisvariasjon*

Det er store variasjoner når det gjelder prisene hos de privatpraktiserende tannlegene. Følgende eksempler er basert på opplysninger fra 800 tannleger i 2006 (statens honorartakst i parentes):

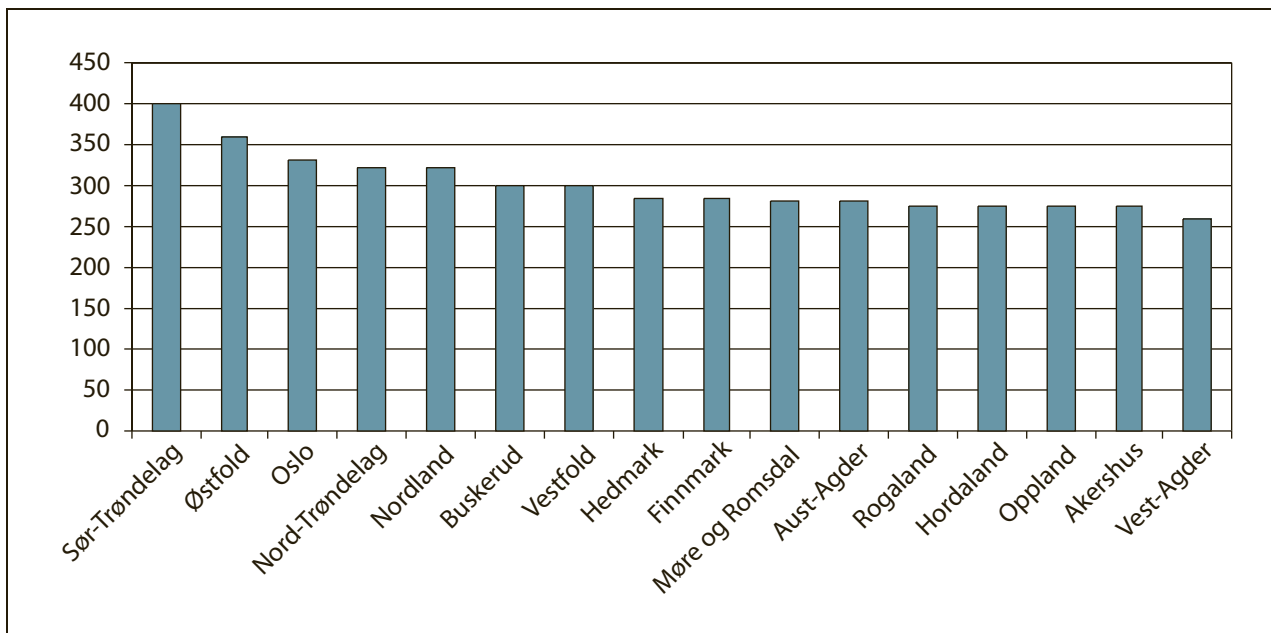
- Undersøkelse og to røntgenbilder varierer fra 350 kroner til 750 kroner: Gjennomsnitt 40 prosent over statens honorartakst (390 kroner)
- Tannfarget fylling (2 flater) varierer fra 500 til 1200 kroner: Gjennomsnitt 25 prosent over statens honorartakst (630 kroner)
- Periodontittbehandling (uten operasjon): Gjennomsnitt 5 prosent under honorartakst

Når det gjelder tannlegespesialister er opplysningene basert på et lavt antall. Antall spesialister opplysningene er basert på framgår i parentes:

- Ca 25 prosent av kjeveortopedene (ca 120) følger statens honorartakst. De øvrige kjeveortopedene har priser som i gjennomsnitt ligger ca 15 prosent over honorartakst
- Blant oralkirurgene (ca 15) er prisene på operasjoner i gjennomsnitt ca 60-105 prosent høyere enn honorartakst, for implantater ca 20 – 30 prosent høyere
- Blant periodontister (ca 40) er timehonoraret i gjennomsnitt ca 80 – 120 prosent over honorartakst. Behandling uten kirurgi er i gjennomsnitt ca 20 – 30 prosent over honorartakst, mens kirurgiprisene er ca 65 – 130 prosent over honorartakst

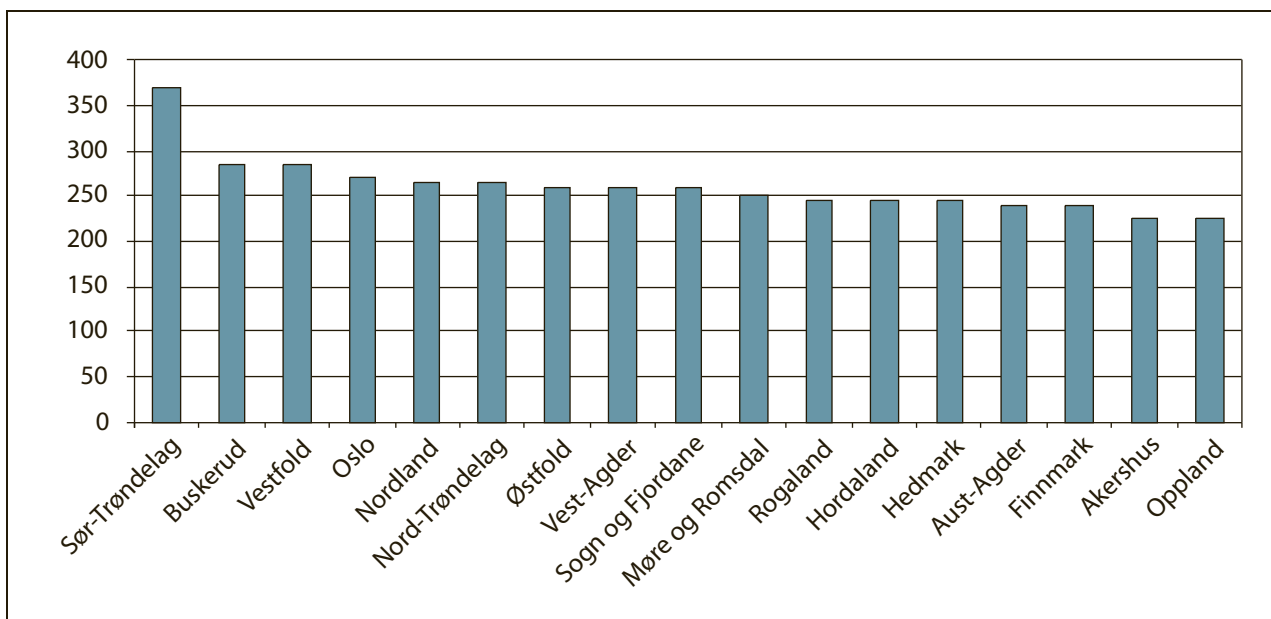
Blant allmennpraktikere i Oslo er prisene ca 5 – 15 prosent høyere enn i områder med lavere tannlegedekning, noe som kan forklares med høyere praksiskostnader i Oslo. Det er store variasjoner i driftskostnadene mellom tannlegepraksiser. Tannleger i større praksiser hevder at virksomheten er avhengig av å ta betydelig høyere pris enn statens honorartakst, for å kunne drive lønnsomt.

Når det gjelder prisene ved tannbehandling av voksne i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det også variasjon mellom fylkene. Figur 5.18 viser fylkeskommunenes priser for undersø-



Figur 5.18 Fylkeskommunens priser for undersøkelse i 2006 (det mangler opplysninger fra tre fylkeskommuner).

Kilde: Opplysninger innhentet av Helse- og omsorgsdepartementet



Figur 5.19 Fylkeskommunens priser i 2006 for komposittfylling (det mangler opplysninger fra to fylkeskommuner).

Kilde: Opplysninger innhentet av Helse- og omsorgsdepartementet

kelse. Vest-Agder har lavest pris med 260 kroner mens Sør-Trøndelag har høyest med 400 kroner.

Figur 5.19 viser fylkeskommunes pris for behandling med tannfarget fylling. Også for

denne behandlingen har Sør-Trøndelag høyest pris med 370 kroner i 2006, mens i Oppland og Akershus kostet denne behandlingen 225 kroner. Statens honorartakst er 225 kroner.

## 5.11 Egenbetaling og egenandeler

### 5.11.1 Forklaring av begreper

Tannlegens/tannpleierens pris: den pris tannlege/tannpleier tar for tjenester i privat praksis og den pris fylkeskommunene fastsetter for tannhelsetjenester ved behandling av voksne.

Honorartakster: takster som staten fastsetter og som ligger til grunn for beregning av refusjon fra trygden og for offentlige egenandeler for 19-20 åringer som får behandling i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Refusjonstakst: det beløp som trygden refunderer som del av honorartakst.

Offentlig fastsatt egenandel: det pasienter betaler i de tilfeller hvor trygden yter refusjon. Egenandelen utgjør differansen mellom honorartakst og refusjonstakst. Offentlig fastsatt egenandel kan være en fast takst eller prosentstakst av honorartakst. Enkelte egenandeler inngår i tak 2 ordningen.

Mellomlegg: differansen mellom tannlegens pris og statens honorartakst. Oppstår i de tilfeller trygden yter hel eller delvis refusjon til utgifter til tannbehandling, og tannlegen har høyere pris enn statens honorartakst.

Egenbetaling: det beløp pasienten betaler. I de tilfeller trygden yter refusjon er egenbetaling summen av egenandel og mellomlegg.

### 5.11.2 Generelt om egenbetaling i helsetjenesten

Egenbetaling i helse- og omsorgstjenesten er beskrevet i kapittel 10 i St.prp. nr. 1 (2006-2007). Beskrivelsen omfatter historisk utvikling, omfang av egenandeler og fordeling av egenbetaling innen de sentrale delene av helsetjenesten. Det fremgår av proposisjonen at:

«...hovedbegrunnelsen for egenbetaling innen helse- og omsorgssektoren har vært å redusere veksten i de offentlige utgiftene og frigjøre ressurser til en videre utbygging på særlig prioriterte områder. En annen begrunnelse er at egenbetaling vil bidra til å dempe etterspørselen fra personer med mindre problemer, slik at personer med større behov lettere kan få sine behov dekket.»

Egenbetalingsordningene er inndelt i syv kategorier, basert på de skjermingsordninger som gjelder:

- Gratis tjenester, for eksempel behandling av inneliggende pasienter på sykehus
- Gratis behandling på grunnlag av diagnose, for eksempel fysioterapi for pasienter med visse diagnoser
- Skjerming av grupper (alder eller annet), for eksempel tannhelsetjenester for prioriterte grupper i tannhelsetjenesteloven
- Skjerming etter inntekt, for eksempel kommunale, hjemmebaserte tjenester og for langtidsopphold i alders- og sykehjem
- Full skjerming over et visst forbruksnivå, dvs. egenandelstak 1 og egenandelstak 2
- En viss dekning av utgifter over et visst nivå, dvs. bidragsordningen etter ftrl. § 5-22
- Flat sats, for eksempel for korttidsopphold på sykehjem/aldershjem

Ca 1/4 av befolkningen har rett til offentlig finansierte tjenester organisert av fylkeskommunen. Disse mottar gratis tjenester eller betaler 25 prosent av offentlig takst (19-20 åringer). For befolkningen for øvrig er det i utgangspunktet 100 prosent egenbetaling. Trygden yter refusjon til utgifter til visse behandlinger mv., se kapittel 5.9.4.

### 5.11.3 Gjeldende egenandeler for tannhelsetjenester

#### Vederlag etter tannhelsetjenesteloven

For tannhelsehjelp som ytes i regi av fylkeskommunene, jf. kapittel 5.8.1, er det etter tannhelsetjenesteloven fire kategorier egenbetaling:

- a) tre av lovens prioriterte grupper, dvs. aldersgruppen 0-18 år (unntak for kjeveortopedisk behandling), psykisk utviklingshemmede samt eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, har rett til vederlagsfri behandling. Det vil si at tjenestene er gratis
- b) aldersgruppen 19-20 år har rett til tannhelsehjelp med egenandel på inntil 25 prosent av statens honorartakster (skjerming etter alder)
- c) fylkeskommunen kan selv vedta at andre grupper, enn de som er definert i tannhl. § 1-3, skal prioriteres. For disse fastsetter fylkeskommunen selv omfang av egenandel
- d) fylkeskommunen kan også gi tilbud til den voksne befolkning etter priser fastsatt av fylkeskommunen

*Egenandel for grupper som får tjenestetilbud organisert av fylkeskommunene basert på budsjettvedtak av Stortinget*

Gjennom årlige budsjettvedtak bevilger Stortinget tilskudd til tannbehandling til langtidsinnsatte i fengsel. Tjenestetilbudet organiseres av fylkeskommunene i et samarbeid mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og fengselsanstaltene. Behandlingen er gratis.

Fra 2006 bevilges midler til tannbehandling til personer i kommunal rusomsorg gjennom rammeoverføringen til fylkeskommunene. Midlene forvaltes av fylkeskommunene. Behandlingen er gratis.

*Vederlag etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven ved opphold i institusjon mv.*

Forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv. omfatter institusjoner for rusavhengige og boliger med heldøgns omsorgstjenester som nevnt i lov om sosiale tjenester, og sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie i medhold av lov om helsetjenesten i kommune. Etter forskriftens § 7 omfatter vederlaget for opphold i institusjonen mv. også nødvendig tannbehandling. Det betyr at beboeren ikke skal betale ekstra vederlag for nødvendig tannhelsehjelp.

*Egenbetaling for tannbehandling helt eller delvis finansiert av trygden*

Trygden yter refusjon til utgifter til behandling hos tannlege for definerte sykdommer, behandlingsformer og pasientgrupper, og hvor utgiftene ikke blir dekket etter annen lov, dvs. tjenestelovene. Det innebærer at personer som har rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven eller spesialisthelsetjenesteloven, jf. vederlagsforskriften omtalt over, ikke har rett til stønad fra trygden til slike utgifter.

Trygdens refusjon er basert på statens honorartakster. Som følge av fri prissetting kan egenbetalingen variere for samme behandling fra tannlege til tannlege. Dette fordi de fleste vil måtte betale et mellomlegg som utgjør differansen mellom tannlegens pris og statens honorartakst. Tannlegenes priser er omtalt i kapittel 5.10.

Omfanget av egenbetaling i de tilfeller trygden yter refusjon varierer, og kan inndeles i to hovedkategorier: behandlinger som omfattes av skjermingsordning tak 2 og øvrige behandlinger.

a) Behandling som omfattes av skjermingsordning tak 2 (ftrl. § 5-6)

Ordningen med et eget utgiftstak, egenandelstak 2, for visse tjenester som ikke inngår under egenandelstak 1, ble innført fra 1. januar 2003. Takordningen omfatter egenandeler for fysioterapi, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet (klimareiser) og refusjonsberettiget tannbehandling med visse unntak. De tannbehandlinger som omfattes av tak 2 ordningen er kirurgisk behandling (ulike kirurgiske inngrep/operasjoner i munn og kjever), periodontittbehandling (behandling av sykdommen periodontitt) samt undersøkelse og anestesi mv. i forbindelse med slik behandling. For disse behandlinger utgjør den offentlige fastsatte egenandel i gjennomsnitt ca 40 prosent av honorartakstene.

Utgiftstaket var hhv. 4 500 kroner i 2003 og 2004 og 3 500 kroner i 2005. I 2006 ble utgiftstaket redusert til 2 500 kroner. Ca 2000 pasienter fikk i 2006 refundert egenandel for aktuelle tannbehandlinger under egenandelstak 2. Refusjonen av egenandeler for tannbehandling utgjorde til sammen 2,1 mill. kroner. Det samlede refusjonsbeløpet av egenandeler for samtlige behandlinger under tak 2 var i 2006 på 127,5 mill. kroner. Hoveddelen av refusjonene gjelder egenandeler for fysioterapi.

b) Behandling som ikke omfattes av skjermingsordning tak 2

Tannbehandling som ikke omfattes av tak 2 ordningen er behandlinger som enten gis med stønad etter ftrl. § 5-6, eller som gis med bidrag etter ftrl. § 5-22.

*Behandlinger med stønad etter ftrl. § 5-6*

Tannlegens mellomlegg kommer i tillegg til de offentlige egenandeler.

- Pasienter med ganespalte, epilepsi eller cerebral parese (traumatisk tannskade), kreft i munnhule, sjeldne medisinske tilstander og pasienter med behov for infeksjonsforebyggende behandling i forbindelse med hjerteoperasjon, dialysebehandling, større organtransplantasjoner, benmargstransplantasjon, stamcellebehandling mv. – får dekket utgiftene tilsvarende 100 prosent etter statens honorartakst
- Pasienter som får rehabilitering av tannsett som følge av at tenner er mistet pga. periodontitt, får refusjon knyttet til behandlingsform

(protese, fast protetik, implantater mv.). Refusjonen består av faste kronebeløp. Egenandelen vil utgjøre ca 50 – 75 prosent av statens honorartakst

- Enkelte øvrige pasientgrupper/behandlinger – egenandel utgjør i gjennomsnitt ca 40 prosent av honorartakst
- Kjeveortopedisk behandling (tannregulering) refunderes etter tre kategorier, gradert etter alvorlighet av kjeve-/bittfeil (inndelingen i grupper og vilkårene for stønad er basert på objektive kriterier)
  - gruppe a. – utgiftene dekkes tilsvarende 100 prosent etter honorartakst
  - gruppe b. – utgiftene dekkes tilsvarende 75 prosent etter honorartakst, dvs. egenandel på 25 prosent av honorartakst
  - gruppe c. – utgiftene dekkes tilsvarende 40 prosent av honorartakst, dvs. egenandel på 60 prosent av honorartakst

For pasienter som faller inn under gruppene b. og c. gis søskenmoderasjon. Egenandel ved søskenmoderasjon er hhv. 10 prosent (gruppe b) og 40 prosent (gruppe c) av honorartakst.

#### *Behandling med bidrag etter ftrl. § 5-22:*

Det kan ytes bidrag til dekning av utgifter til tannlegebehandling når:

- medfødt eller ervervet defekt eller annen sykdom – eller behandling av slik defekt/sykdom har medført skade eller sykdom på tenner eller støttevev med vesentlig forringelse av tannhelsen

og/eller

- behandlingen antas å ville føre til en vesentlig funksjonsforbedring etter svekkelse som skyldes medfødt eller ervervet somatisk defekt/sykdom.

Det er med andre ord et vilkår at det mest sannsynlig er årsakssammenheng mellom den nedsatte tannhelsen og defekten/sykdommen.

Bidragsordningen kan omfatte tannbehandling overfor følgende pasientgrupper/lidelser:

- pasienter med medfødte lidelser/utviklingsfeil av tannsettet
- pasienter med ervervede lidelser, slik som tann-/kjeveskade ved ulykke, pasienter med anorexia nervosa eller bulimi, Sjögrens syndrom, alvorlig psykisk lidelse, revmatiske, lamelse eller hjerneskade mv.

- allergiske reaksjoner på tannbehandlingsmaterialer

Egenandel utgjør 100 prosent for utgifter inntil 1 600 kroner (etter statlig honorartakst), deretter tilsvarende 10 prosent etter statens honorartakst av det overskytende beløp. For pasienter med medfødte lidelser/utviklingsfeil er den offentlige egenandelen begrenset oppad til 4 000 kroner.

#### *Behandling utført på sykehus*

Ca 15 sykehus i landet har kjevekirurgiske/oralkirurgiske enheter. På de fleste sykehus er kirurgene på disse enhetene i hovedsak tannleger som er spesialister i oral kirurgi og oral medisin. Egenandel for behandlingene følger av regelverk og takster for behandling på sykehus.

##### a) Innlagte pasienter

Behandlingene omfatter blant annet større kirurgiske inngrep på pasienter med medfødte lidelser/utviklingsfeil, og på pasienter som krever innleggelse pga. skader eller sykdom i ansiktet, kjeve, i munn og tilgrensende områder mv.. Behandlingen omfatter også infeksjonsforebyggende behandling, samt tannimplantatoperasjoner som krever innleggelse (for eksempel med overføring av ben fra hoftekam m.v.).

For innlagte pasienter er det gratis tjenester.

##### b) Pasienter som behandles poliklinisk

Operative inngrep og oralmedisinsk behandling

Egenandel for behandlinger som utføres av spesialist i oral kirurgi og oral medisin følger av poliklinikkstatistikkene, og inngår i skjermingsordningen tak 1. Egenandel ved undersøkelse/konsultasjon på sykehus utgjør 265 kroner, (egenandel ved undersøkelse/konsultasjon hos privatpraktiserende oralkirurg utenfor sykehus er 185 kroner). For den kirurgiske behandlingen betales ingen egenandel på sykehus, mens den offentlige egenandel ved tilsvarende behandlinger utført utenfor sykehus kan variere fra 445 kroner til 1 225 kroner.

#### *Andre ordninger*

Andre grupper som får tannbehandling helt eller delvis finansiert av det offentlige er følgende:

- a) Personer som får økonomisk stønad til tannbehandling fra NAV etter sosialtjenesteloven
- b) Vernepliktige i forsvaret (ingen egenbetaling)
- c) Voksne asylsøkere og flyktninger på statlige

mottak (bevilgninger fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet dekker midler til livsopphold som også skal dekke tannbehandling).

## 5.12 Forbrukerperspektivet

Sett fra et forbruker- og pasientståsted, er det tannleger og tannpleiere som er mest aktuelle tjenesteytere i tannhelsetjenesten. Pasient- og forbrukerperspektivet for tannteknisk arbeid utført av tannteknikere, blir i hovedsak ivaretatt gjennom kravene som stilles i lov om medisinsk utstyr og forskrift gitt med hjemmel i denne loven.

Forbrukerrettigheter kan være både kollektive rettigheter og individuelle rettigheter. Reglene om prisopplysning og prismerking er satt til beskyttelse av de kollektive interessene, mens for eksempel bestemmelsene i pasientrettighetsloven først og fremst ivaretar de individuelle rettighetene.

### 5.12.1 Prisopplysning ved tannlegetjenester m.m.

*Nærmere om innholdet i forskrift om prisopplysning ved tannlegetjenester m.m.*

Etter opphevelsen av forhandlingsinstituttet mellom staten og tannlegene i 1995 om takster for tannbehandling, ble forskrift om prisopplysning ved tannlegetjenester m.m. fastsatt 26. januar 1996. Formålet med forskriften er at forbrukerne ut fra prismessige forutsetninger, skal få et best mulig grunnlag for å velge tannlege og/eller behandlingsform, samtidig som den skal fremme konkurransen i denne næringen.

Det følger av forskriften at tannleger og andre som utfører ytelser som tilbys i offentlig eller privat tannlegepraksis, er pålagt å gi prisopplysninger til kundene. Det er krav om å ha prisoppslag med gitte priseksempler på venteværelset og utlagte prislister som kundene kan ta med seg. Priseksemplene er imidlertid lite relevante for spesialistenes virksomhet. Forskriften krever også at tannhelsepersonellet før påbegynnelse av behandlinger som koster mer enn 2 000 kroner, uoppfordret skal gi kunden et kostnadsoverslag. Dette vil som regel alltid være relevant for tannlegespesialister.

Prisforskriften er gitt med hjemmel i markedsføringsloven. Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) har ansvaret for loven, men det er Forbrukerombudet (FO) som fører tilsyn med hjemmel i loven og forskriften. BLD arbeider for tiden med en ny markedsføringslov. I etterkant av dette

arbeidet tas det sikte på å gjennomgå forskriftene som er gitt i medhold av gjeldende lov.

Videre følger det av Helse- og omsorgsdepartementets forskrift for takster for offentlig stønad til tannbehandling etter folketrygdloven, at tannleger skal sørge for at den enkelte pasient får nødvendig prisinformasjon i henhold til prisforskriftens bestemmelser.

### *Nærmere om etterlevelsen av forskriftene*

Forbrukerombudet har påpekt flere svakheter knyttet til forskriften. Dette gjelder både ordlyden/innholdet i forskriften og etterlevelsen av forskriften. Blant annet mener FO at prisinformasjon om tannlegetjenester er lite tilgjengelig for forbrukeren. Det er for eksempel vanskelig for pasienten å få full oversikt over hva en konkret behandling koster bare gjennom prislister/prisoppslag på tannlegens kontor. Bedre og mer synlig prisinformasjon kan bidra til at forbrukerne legger større vekt på pris ved valg av tannlege.

Tannlegeforeningen og FO har derfor gått ut med en felles oppfordring til tannleger som har egne hjemmesider på internett, til også å gjøre prislister tilgjengelig der. Tannleger som ikke har nettsted, oppfordres til å sende prislister og priseksempler til pasienter som ber om dette. Tannlegeforeningen legger på sine nettsider ut pasientinformasjon om viktige forhold ved tannbehandling, der det gis opplysninger om hva typiske behandlingseksempler koster og om kravene til prisinformasjon. Dessuten informeres det om selve tannlegebesøket, gangen i behandlingen og hvordan man kan gå fram dersom man ønsker å bytte tannlege eller å klage på den tannbehandlingen man har fått.

De undersøkelser Helse- og omsorgsdepartementet har fått gjennomført blant tannlegespesialister, viser at en stor andel av disse gir pasientene kostnadsoverslag før behandlingen igangsettes. Årsaker til at spesialistene i større omfang enn allmenntannlegene informerer pasientene om pris, kan antagelig forklares med flere forhold, blant annet at kostnadene ofte er betydelige og at pasienten er henvist fra allmenntannlege, dvs. at spesialisten ikke er pasientens faste tannlege.

### 5.12.2 Klage- og erstatningsordninger – særlig innenfor tannhelsetjenesten

#### *Tannhelsetjenesteloven*

Etter tannhelsetjenesteloven (tannhl.) er nærmere angitte grupper gitt rett til tannhelsehjelp i

den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Den som mener at denne retten ikke er oppfylt, kan klage til det organ fylkeskommunen bestemmer (jf. § 2-3). Dersom vedkommende ikke får medhold eller klagen blir avvist, kan avgjørelsen klages til Helsetilsynet i fylket. Dette innebærer en utvidelse i forhold til forvaltningsloven. Tilsvarende totrinns klagebehandling er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven (khl.).

Det følger av forarbeidene at klagetemaet er begrenset til å gjelde manglende rett til tannhelsehjelp, usaklig forskjellsbehandling eller at tannhelsetjenestene ikke holder rimelig minstemål. Man kan ikke regne med å få medhold i en klage over for eksempel at en enkelt diagnose viser seg feilaktig eller en fylling ikke er perfekt.

#### *Folketrygdloven m.v.*

Vedtak etter folketrygdloven (ftrl.), dvs. vedtak om bidrag eller stønad/avslag på slikt, kan påklages etter egne bestemmelser. Ut over dette, gjelder også de mer generelle lovene som pasientrettighetsloven (pasl.), tilsynsloven og helsepersonelloven (hlspl.).

#### *Norsk pasientskadeerstatning*

Lov 15. juni 2001 nr. 53 om pasientskader mv. (pasientskadeloven) trådte i kraft for den offentlige helsetjenesten fra 1. januar 2003. Formålet med loven er å gjøre det enklere for pasienter å oppnå erstatning enn etter alminnelig erstatningsrett, både gjennom de materielle reglene og saksbehandlingsreglene. Loven gjelder hele helsetjenesten, herunder pasientskade som voldes av tannleger. Loven er ved Stortingets vedtak den 29. mars 2007 endret slik at den nå også gjelder privat helsetjeneste. Endringsloven er ikke trådt i kraft.

### **5.12.3 En gjennomgang av klage- og tilsynssaker**

Statens helsetilsyn har gjennomgått aktuelle klagesaker og tilsynssaker på tannleger for de fire siste årene. I denne perioden ble det behandlet 146 tilsynssaker av Helsetilsynet i fylkene (kan ikke klage på forhold som pris eller tilbakebetaling mv.). I 97 prosent av sakene var helsepersonelloven vurderingsgrunnlaget, og av disse var det i 66 prosent av tilfellene forsvarlighetskravet i § 4 som ble vurdert. Det var klart flest klager på behandlingen, men også en del klager på diagnos-

tikk, informasjon og innholdet i pasientjournalene. 32 prosent av sakene ble oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av administrative reaksjoner. Statens helsetilsyn ferdigbehandlet 36 saker. Nesten halvparten av disse førte til at tannlegen fikk advarsel.

I 59 prosent av sakene er oppgitt klagegrunn dårlig eller feil behandling. 64 prosent av de som klager er mellom 20-69 år, dvs. at et flertall sakene gjelder den private tannhelsetjenesten. 54 prosent av de som klager er kvinner, 32 prosent menn, mens i 24 prosent av sakene er kjønnet oppgitt å være ukjent/irrelevant.

Statens helsetilsyns oppsummering av dette tallmaterialet er at relativt få tannhelsesaker har blitt sendt til tilsynsmyndigheten, og at et klart flertall av disse sakene gjelder behandlingen pasientene har fått. Tilsynssaker som gjelder annet helsepersonell har et bredere og mer variert klagegrunnlag.

### **5.12.4 Tannlegeforeningens klageordning – lokale klagenemnder**

For å besvare henvendelser og behandle klager fra pasienter som selv betaler for tannbehandling i saker som ikke har blitt løst direkte mellom pasienten og tannlegen, har Tannlegeforeningen opprettet egne klagenemnder. Klageordningen er landsdekkende, med 21 lokale klagenemnder. I tillegg er det opprettet en særskilt klagenemnd for implantatbehandling og en særskilt for kjeveortopedi.

Formålet med klageordningen er å få en rask, uhildet og rimelig avgjørelse i tvistesaker. Klagenemndenes oppgave er å besvare henvendelser og behandle klager fra pasienter vedrørende en tannbehandlings faglige utførelse. Mandatet er begrenset til saker som fullt ut lar seg løse ved at klagen underkjennes, honoraret nedsettes eller tilbakebetales, eller eventuelt at tannlegen med pasientens samtykke pålegges å korrigere eller gjøre om arbeidet.

Ordningen er et tilbud til pasienter, og behandlingen i klagenemnden er gratis. Dersom tannlegen er uenig i klagenemndens avgjørelse kan den ankes til en sentral ankenemnd, og som medlem av Tannlegeforeningen plikter man å følge avgjørelsen ankenemnden kommer til. I motsatt fall risikerer tannlegen å miste medlemskapet i foreningen. En forutsetning for å benytte klagenemndene er at tannlegen som er part i tvisten er medlem av Tannlegeforeningen (ca 95 prosent av norske tannleger er medlemmer av NTF).



Dvs. at i de tilfellene hvor behandlingen er utført av tannlege som ikke er medlem av foreningen, har pasientene et dårligere rettsvern.

Antallet henvendelser har økt i løpet av de siste årene. I 2004 var det til sammen 356 henvendelser til klagenemndene, og av disse ble 168 ble behandlet. For 2005 var det samlede antall henvendelser 446, hvorav 168 ble behandlet. Mange henvendelser er muntlige spørsmål som avklares uten formell realitetsbehandling. Fordi det er få saker som når domstolsapparatet eller tilsynsmyndighetene, er denne ordningen den dominerende tvisteløsningsordningen. For 2004 og 2005 har den prosentvise fordelingen av avgjørelser i hhv. tannlegens og pasientens favør vært 57 prosent for tannlegene og 43 prosent for pasientene.

Helse- og omsorgsdepartementet har fått opplyst at Tannlegeforeningen planlegger å gjennomgå ordningen med klagenemnder i løpet av 2007. Foreningen vil innhente opplysninger fra klagenemndene for å få en oversikt over erfaringene med ordningen. Dette skyldes for det første et ønske om å evaluere ordningen og gjøre den best mulig. Evalueringen skyldes også opplysninger om at pasientene i økende grad benytter advokater og dette stiller økte krav til saksbehandlingen.

### 5.12.5 Tannpleiere

Tannpleiere omfattes av de generelle klage- og tilsynsbestemmelsene. Tannpleierforeningen som yrkesorganisasjon har ingen tilsvarende klageordning, slik Tannlegeforeningen har for sine medlemmer.

### 5.12.6 Om adgangen til å velge mellom offentlige og private tjenesteytere

Innenfor tannhelsetjenesten har den voksne del av befolkningen som betaler selv, inkludert gruppene som har rett til stønad fra trygden, full frihet til å velge hvem de vil ha som behandler. Dersom de med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven ønsker å velge behandler utenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og uten avtale med fylkeskommunen, må de selv betale for behandlingen. De har da heller ikke rett til refusjon fra folketrygden. Tilsvarende gjelder i helsetjenesten for øvrig.

Fylkeskommunene har i dag adgang til å inngå avtaler med privatpraktiserende tannleger om behandling av prioriterte grupper, jf. kapittel 4 i tannhelsetjenesteloven. Denne adgangen blir i bare begrenset grad benyttet (ca 10-15 årsverk i 2005).

### 5.12.7 Pasientombudsordningen

I henhold til pasientrettighetsloven omfatter pasientombudenes arbeidsområde i dag de offentlige spesialisthelsetjenester. Pasientombudene arbeider for å ivareta pasientenes behov, interesser og rettsikkerhet overfor helsetjenesten.

Regjeringen arbeider med en utvidelse av dagens pasientombudsordning, slik at den også skal gjelde brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Forslaget er begrunnet med at sakene er sammensatte og krever at både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennomgås. Det er m.a.o. like vektige hensyn som taler for en ombudsordning i forhold til kommunale tjenester, som det er for spesialisthelsetjenester. Regjeringen vil i forbindelse med framtidig lovarbeid vurdere om ordningen på sikt også bør omfatte tannhelsetjenester.

### 5.12.8 Hva kjennetegner forbrukerne av tannhelsetjenester

Tannhelsemarkedet kjennetegnes blant annet av at forbrukerne i stor grad er lojale mot tannlegen sin (8 av 10 har fast tannlege, og de har hatt samme tannlege i 5 år eller mer). Ved valg av tannlege, oppgis den viktigste grunnen å være faglig dyktighet. Dette skårer langt høyere enn for eksempel pris, beliggenhet og kort ventetid. Pris har altså ikke stor betydning for de fleste når det gjelder valg av tannlege, men spiller større rolle for de som ikke har fast tannlege. 2 av 3 blant dem med fast tannlege synes de alt i alt får nok informasjon om pris av tannlegen sin. Halvparten av dem uten fast tannlege mener de fikk nok informasjon om pris av den tannlegen de gikk til sist, som igjen betyr at halvparten av de uten fast tannlege ikke fikk nok informasjon om pris. De færreste har klaget på tannbehandling eller vet hvordan de kan klage på tannbehandling.

Forklaring på at forbrukerne er lojale mot tannlegen sin utover at de ikke ønsker å bytte tannlege, kan være at det er vanskelig å finne fram til tannleger som har bedre kvalitet og/eller lavere priser enn den tannlegen man selv vanligvis går til. Det er dessuten få som føler at de har den nødvendige kompetansen til å vurdere kvaliteten på en tannlegers arbeid. En annen forklaring er at tilfredsheten med den faste tannlegen er svært høy (9 av 10 «i stor grad» fornøyd). Samlet sett innebærer likevel dette at tannlegen må anses å ha betydelig markedsrett.

### 5.13 Aktuelle forhold i andre nordiske land

#### Organisering

I *Sverige* er ansvaret for offentlige tannhelsetjenester forankret på landstingsnivå. Fritt valg av tannlege er ikke lovforankret. De fleste landsting har på oppfordring fra Landstingsförbundet innført fritt tannlegevalg for grupper med rettigheter til offentlige tannhelsetjenester.

Tidligere var ansvaret for offentlige tannhelsetjenester delt mellom kommunalt og regionalt nivå i *Danmark*. Etter kommunereformen fra 1. januar 2007, er ansvaret for offentlige tannhelsetjenester forankret i kommunene. Fritt valg av tannlege for barn og unge er forankret i lovs form (offentlig eller privat).

Også i *Finland* er det kommunene som har ansvaret for offentlige tannhelsetjenester. Regjeringen har fremmet forslag om kommunesammenslåinger med minimum 25 000 innbyggere i hver kommune, tilsvarende den nye kommunestrukturen i Danmark.

På *Island* er med enkelte unntak all tannhelsetjenester organisert som privat næringsvirksomhet.

#### Nærmere om innholdet i det offentlige tilbudet

Felles for de nordiske land er at det gis gratis tannbehandling til barn og unge og til enkelte andre definerte grupper av befolkningen. De definerte gruppene er syke, pleietrengende, funksjonshemmede med flere. I *Sverige* har alle i alderen 0 – 19 år rett til gratis behandling. I *Danmark* gjelder det alle i alderen 0-18 år og i *Finland* alle i alderen 0 – 17 år. På *Island* refunderes to tredjedeler av utgiftene til tannbehandling for barn opp til 18 år.

I Danmark og Sverige er kjeveortopedisk behandling gratis, og ytes i regi av den offentlige tannhelsetjenesten. I Norge og på Island gis offentlig refusjon fra trygden for deler av utgiftene til kjeveortopedi.

I *Sverige* ble generell trygderefusjon innført i 1974. Pga. økonomi ble refusjonsnivået betydelig redusert i løpet av 90-tallet. Refusjonsordninger er fra 2002 begrenset til i hovedsak to ordninger. Voksne får økonomisk støtte til basistannbehandling (kostnad i 2005 ca 1 mrd. svenske kroner – refusjonen utgjør ca 15 prosent av tannlegenes priser). I tillegg er det en skjermingsordning for implantatbehandling og protetisk behandling til de over 65 år. Pasientenes utgifter begrenses til maks 7 700,- svenske kroner uansett behandlingsform. Kostnad i 2005 var ca 1.9 mrd. svenske kroner. Refusjonen baseres på landstingenes takster for voksenbehandling.

I *Danmark* og *Finland* ytes generell trygderefusjon til voksenbefolkningen til såkalt basisbehandling. I 2005 utgjorde slik refusjon hhv. ca 1.3 mrd. danske kroner i Danmark, og i Finland tilsvarende ca 750 mill. norske kroner. Basisbehandling omfatter undersøkelse, enklere tannbehandling, og tannrens. Det ytes ikke refusjon til implantatbehandling og/eller protetisk behandling.

På *Island* refunderes utgifter til tannproteser til de over 67 år, mens øvrig voksenbefolkning må bekoste all tannbehandling.

Det finnes ingen sammenliknende statistikk som viser de samlede offentlige kostnader til tannhelsetjenester i de nordiske land.

#### Tannhelsepersonell

Tall fra 2004 viser at antall innbyggere per tannlege i de nordiske landene utgjorde mellom ca 1 100 og 1 200. Forholdstall mellom tannlege og tannpleier varierte betydelig. Sverige hadde høyest dekning av tannpleiere. Det innebar ca 2,5 tannleger per tannpleier. I Finland var forholdstallet ca 3 tannleger per tannpleier, i Danmark ca 5 tannleger per tannpleier. I Norge var forholdstallet ca 6 tannleger per tannpleier. På *Island* var det 16 tannleger per tannpleier. Det er ingen tannpleierutdanning på *Island*.

Den samlede tannlege- og tannpleierdeknningen, er dermed noe høyere i Sverige og Finland, sammenliknet med de øvrige nordiske land.



*Del III*  
*Framtidas tannhelsetjenester i Norge*



## 6 Hovedutfordringer og viktige hensyn som ligger til grunn for politikktutformingen

Målet om likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon utgjør grunnlaget for regjeringens vurderinger av hovedutfordringene innenfor tannhelsefeltet. Politikktutformingen er basert på regjeringens verdigrunnlag slik det framkommer av Soria Moria-erklæringen. Regjeringen vil redusere forskjellene i samfunnet og styrke det offentliges ansvar og rolle innen sentrale velferdsoppgaver som helse, omsorg og utdanning. Innenfor tannhelsefeltet spesielt er det overordnede målet likeverdig tilgjengelighet og sosial utjevning i tannhelse.

### *Tannhelsetilstanden i befolkningen*

Det er store variasjoner når det gjelder sykdomsforekomst og tannhelsetilstand. Blant barn og unge er utfordringene særlig knyttet til dem som har høyest risiko for å få kariessykdom. Det omfatter barn og unge i både minoritetsbefolkningen men også i den øvrige befolkningen. Unge som i en alder av 18 – 20 år har mange reparerte tenner, vil i løpet av hele sitt voksne liv få større behov for reparasjoner sammenliknet med dem som på samme aldersnivå har få reparasjoner eller bare friske tenner. Dette skyldes at alle reparasjoner har begrenset levetid. Behovet for helsefremmende og forebyggende arbeid er derfor en ekstra utfordring i den sammenheng.

I den voksne befolkningen er forskjellene knyttet både til forskjeller i sykdomsaktivitet, og til forskjeller i behov for odontologisk rehabilitering. Høy sykdomsaktivitet rammer blant annet dem som kommer i livssituasjoner hvor de selv ikke mestrer å ivareta egen tannhelse. Det gjelder også dem som på grunn av livssituasjon, sykdomstilstand, funksjonstilstand, økonomi, angst eller andre årsaker ikke evner å oppsøke tannhelsetjenester for nødvendig hjelp. En styrking av det generelle folkehelsearbeidet, som også gavner tannhelsen, er derfor viktig overfor befolkningen generelt.

For mange i den eldre befolkningen er hel eller delvis tannløshet et resultat av mangelfull til-

gang på tannlegetjenester i første del av forrige århundre. For disse er det tilbudet av tjenester og finansieringen av tjenester som er av størst betydning.

### *Tjenester til de som trenger det mest*

En utvidelse av offentlig finansierte tannhelsetjenester til de som trenger det mest vil kreve ulike tilnærminger. Den største utfordringen gjelder dem som av ulike grunner ikke oppsøker tannhelsetjenester. Her må blant annet oppsøkende tilbud og/eller lavterskeltilbud måtte vurderes. Erfaringene fra andre land tilsier at heller ikke universelle finansieringsordninger når fram til disse. Når det gjelder de som på eget initiativ oppsøker tannhelsetjenester, er utfordringen å utforme skjermingsordninger mot høye utgifter for dem som selv ikke evner å dekke kostnader til nødvendig tannhelsehjelp.

### *Likeverdig tilgjengelighet til tannhelsetjenester*

For å kunne nå målet om likeverdig tilgjengelighet til tannhelsetjenester er det særskilte utfordringer med geografisk fordeling av tannhelseressurser. Når det gjelder allmenntannhelsetjenester er utfordringene i hovedsak avgrenset til de områder eller distrikter hvor offentlige tannlegestillinger står ubesatt over lengre tid. Når det gjelder spesialisttjenester er utfordringene sammensatte. Dels gjelder det dimensjonering og finansiering av spesialistutdanningen. Dels gjelder det organiseringen av utdanningen i kombinasjon med virkemidler som sikrer bedre geografisk fordeling av spesialister.

### *Effektiv ressursutnyttelse*

Tannhelseutviklingen i befolkningen og behovet for nødvendig tannhelsehjelp har endret seg vesentlig de siste 30 – 40 år. En effektiv ressursutnyttelse av tannhelsepersonell tilsier større endringer i oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger, og at tannpleiere i økende grad ivaretar førstelinje-rollen med regelmessige tannhelsekon-

troller. Dette forutsetter økning i utdanningskapasiteten av tannpleiere og betydelige strukturendringer når det gjelder klinikk- og praksisstruktur, særlig innenfor privat sektor. Det tilsier også at samarbeidet fylkeskommunene imellom og samarbeidet med den private sektor må løftes opp på et annet nivå for å utnytte kapasiteten på en best mulig måte til beste for befolkningen. Den private sektorens deltagelse i å løse offentlige oppgaver må økes betydelig. Virkemidler i denne sammenheng vil være viktig for at de ønskede endringer skal finne sted.

#### *Forbrukerrettigheter og prisinformasjon*

Forbrukernes og pasientenes posisjon innenfor tannhelsefeltet må styrkes. Dette gjelder valgfriheten til å kunne velge behandler for dem som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Behovet for å styrke forbrukernes posisjon er ekstra stort i forbindelse med prisinformasjon. Dette gjelder både de som betaler alle kostnader selv og de som får refusjon for utgifter til tannbehandling fra trygden, og da spesielt behandling hos tannlegespesialister.

#### *Kunnskapsutvikling*

Innenfor tannhelsesektoren er det et stort behov for kunnskapsoppbygging. På det kliniske nivå har dette betydning for grunnutdanningen, i den kliniske hverdag og i spesialistutdanningen. For fylkeskommunen som ansvarlig forvaltningsnivå er kunnskapsoppbygging av stor betydning for å kunne ivareta sørge for-ansvar, følge med-ansvar, folkehelsearbeidet og prioritering av oppgaver overfor de prioriterte grupper. For statlige myndigheter er kunnskapsoppbygging av avgjørende betydning for å kunne videreutvikle det offentlige engasjement på tannhelsefeltet.

#### *Et styrket forvaltningsnivå*

De utfordringer som er skissert over forutsetter et styrket forvaltningsnivå som kan ivareta sentrale oppgaver i videreutviklingen og forbedringen av tannhelsetjenester til befolkningen i landet. Fylkeskommunenes ansvar for tannhelsetjenester må utvides.

## 7 En styrket regional tannhelsetjeneste

### 7.1 Framtidig forvaltningsnivå

#### 7.1.1 Forslaget i NOU 2005: 11

Utvalget mener det er et nasjonalt ansvar å sørge for en rimelig behandlingsdekning over hele landet. Dette kan, etter utvalgets oppfatning, vanskelig oppnås med mindre tannhelsetjenesten fortsatt organiseres i robuste enheter under statlig, alternativt fylkeskommunal forvaltning.

Hvorvidt de offentlige tannhelseoppgaver i framtida best løses ved at de styres av et lokalt statlig organ, et lokalt statlig foretak eller som nå av et lokalpolitisk organ (fylkeskommunen), har utvalget delte meninger om. Utvalget har konkret drøftet tre ulike modeller for framtidig organisering av den offentlige tannhelsetjenesten. Fire medlemmer ønsker en *direktoratsmodell* (den offentlige tannhelsetjenesten organiseres i en etatsstruktur med et antall regionale tannhelseetater underlagt et sentralt koordinerende tannhelsesdirektorat). Fire andre går inn for *fylkeskommunal tannhelsetjeneste*, mens ett medlem går inn for *statlig overtakelse av tjenesten med foretak som driftsform*.

#### 7.1.2 Høringsinstansenes uttalelser til NOU 2005: 11

Av de 44 som har kommentert spørsmålet, støttes en fylkeskommunal organisering av 24 instanser, deriblant 14 *fylkeskommuner*. 7 instanser støtter en direktoratsmodell (blant annet *Sosial- og helsedirektoratet* og daværende *Rikstrygdeverket*), mens *Statens helsetilsyn* ønsker en statlig overtakelse med foretak som driftsform. *Helsetilsynet i Telemark* og *Sør-Trøndelag* samt *Asker kommune* heller i retning av at tannhelsetjenesten bør legges til kommunalt nivå.

Samtlige av de 14 fylkeskommunene som har uttalt seg, går inn for fortsatt fylkeskommunal tannhelsetjeneste, men som kan tilpasses et eventuelt nytt regionalt forvaltningsnivå. Beskrivende for fylkeskommunenes syn er blant annet uttalelsen fra *Møre og Romsdal fylkeskommune*, som uttaler at:

«Dersom tannhelsetenester skal vere eit nasjonalt ansvar, er det nødvendig med større organisasjonseiningar enn kommunane. Eit statlig foretak etter same modell som spesialisthelsetenesta vil. (.) heller ikkje vere ein god modell for ei så desentralisert teneste som tannhelsetenesta. (.) Etter fylkesdirektørens sitt syn vil likevel ein fylkeskommunal/regional modell framleis vere den beste løysinga for den offentlege tannhelsetenesta. Det er lettare å gjennomføre nødvendige endringar i ein etablert og velprøvd organisasjon. Ein fylkeskommunal modell vil dessutan best ivareta ønsket om lokal folkevald politisk styring. (.) Tenestene og organisasjonen sin struktur kan lettare tilpassast lokale forhold i ein slik modell».

Finmark fylkeskommune deler dette synet og uttaler at:

«oppgaver bør løses på det laveste forvaltningsnivå. Lokalt handlingsrom og prioriteringsfrihet må ses i sammenheng med tannhelsetjenestenes prioritering av helsefremmende og forebyggende arbeid og behov for nær samhandling med kommunal pleie- og omsorgstjeneste».

Av de 11 kommunene som har avgitt høringsuttalelser, har 5 (inkludert Asker kommune) kommentert spørsmålet om framtidig forvaltningsnivå.

#### 7.1.3 Modeller for framtidig forvaltningsnivå

Ulike modeller for framtidig forvaltningsnivå for tannhelsetjenesten har vært oppe til vurdering de senere årene, som kommunal modell, regional modell (to alternativer – om lag tilsvarende dagens antall fylkeskommuner og en regionmodell med få regioner), statlig modell og en delt ordning med kommunal primærtannhelsetjeneste og regionalt/statlig forankret spesialisttannhelsetjeneste.

*Statlig overtakelse* av tannhelsetjenesten ble vurdert i forbindelse med statlig overtakelse av sykehussektoren. På bakgrunn av Stortingets behandling av St. meld. nr. 12 (2006-2007), Regio-



nale fortrinn – regional fremtid, jf. Innst. S. nr. 166 (2006-2007), anser regjeringen imidlertid denne modellen som uaktuell og går derfor ikke nærmere inn på den.

*Delt ordning med kommunal primærtannhelsetjeneste og regionalt/statlig forankret spesialisttannhelsetjeneste* er også blitt vurdert. I likhet med en eventuell statlig forankring, vil denne organiseringen gå på tvers av de politiske føringene som er gitt i Regionalmeldingen og ved Stortingets behandling av denne. Den har dessuten liten støtte i fagmiljø og i tannhelsetjenesten. Regjeringen anser derfor også denne modellen som uaktuell.

Med disse avgrensingene anser regjeringen at vurderingstemaet er å vurdere kommunal tannhelsetjeneste opp mot regional tannhelsetjeneste. Det vil bare ha begrenset betydning for vurderingene hvorvidt det blir en forsterket fylkesmodell eller en modell med få regioner. Regjeringen velger derfor å omtale dette som den regionale modellen.

#### **7.1.4 Stortingsmelding nr. 12 (2006-2007) Regionale fortrinn – regional framtid og Stortingets behandling av denne**

Regjeringen la i desember 2006 fram St.meld. nr. 12 (2006-2007) Regionale fortrinn – regional framtid (Regionalmeldingen). I Regionalmeldingen foreslår regjeringen at dagens fylkeskommunale oppgaver overføres til de nye folkevalgte regionene, med mulig unntak av tannhelsetjenesten, som skulle drøftes i sin helhet i stortingsmeldingen om tannhelsetjenester.

Hovedprinsippene i forvaltningsreformen er sentrale i regjeringens vurdering av framtidig forankring av tannhelsetjenesten. Sett på bakgrunn av at kommunene allerede har ansvaret for en betydelig oppgavemengde, anses det som mindre aktuelt å legge nye store oppgaver til kommunene. Videre legger regjeringen til grunn at landet også i framtida vil ha en finmasket kommunestruktur, dvs. at sammenslåing av kommuner må være basert på frivillighet. Regjeringen mener dessuten at det er behov for å styrke det regionale folkevalgte nivået slik at utviklingspotensialet kan utnyttes til det beste for en helhetlig og villet utvikling i den enkelte region.

I vurderingen av hvilke oppgaver som bør legges til et regionalt nivå, spiller flere forhold inn. Oppgaver som angår eller har virkning for et større område enn den enkelte kommune, og som derfor trenger kommuneoverskridende løsninger, taler for en regional forankring. Det samme gjel-

der oppgaver som av hensyn til stordriftsfordeler løses best med et større befolkningsgrunnlag enn det de fleste kommuner har. Oppgaver som krever mer ressurser i form av økonomi og spesialisert kompetanse enn hva en enkelt kommune har til rådighet taler også for en regional modell.

#### **7.1.5 Regjeringens vurderinger**

##### *Sentrale oppgaver i en framtidig offentlig tannhelsetjeneste*

Forvaltningsnivået bør styrkes gjennom mer offensiv og bevisst satsing på folkehelsearbeid, og tillegges et større sørge for-ansvar og følge med-ansvar innenfor tannhelse. Det bør også gis et løft med hensyn til forskning og fagutvikling. En framtidig utvidelse av det oppsøkende tilbudet til de som trenger det mest, vil også ha betydning for vurderingen.

Tilgjengeligheten til tannhelsetjenester for hele befolkningen må bedres, særlig i distrikter med ubesatte offentlige stillinger. For å oppnå dette, må blant annet samarbeidet mellom offentlig og privat sektor utvikles, og den private sektor må i større grad ansvarliggjøres og bidra til å løse offentlige oppgaver. Oppgavefordelingen mellom tannlege og tannpleier må også endres for å øke tilgjengeligheten og for å imøtekomme behovet for en mer effektiv ressursutnyttelse. Styrket forbrukerperspektiv ved bedre kvalitet på tjenesten gjennom økt fagutvikling/forskning og innføring av kvalitetsindikatorer, og gjennom prisopplysning og større valgfrihet, må også etter regjeringens oppfatning vektlegges.

Spørsmålet blir hvilket forvaltningsnivå som best kan imøtekomme de utfordringene vi har innenfor disse områdene. Disse utfordringene bør gjenspeiles i det framtidige forvaltningsnivåets evne til å løse hovedoppgavene:

- Sørge for-ansvaret
- Følge med-ansvaret
- Folkehelsearbeid
- Gi oppsøkende tilbud – individuelt forebyggende tiltak og behandling
- Ansvar for spesialiserte tannhelsetjenester
- Styrking av forskning, fagutvikling og kvalitetsutvikling

##### *Sørge for-ansvaret*

En viktig forutsetning for å kunne ivareta sørge for-ansvaret, er å sikre tilgjengeligheten til tannhelsetjenester gjennom tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell. I perioder fram til full utdanningska-

pasitet i Tromsø, og økt utdanningskapasitet av tannpleiere, vil det fortsatt kunne være nødvendig å rekruttere tannleger fra EØS-land. Det har vært en stor fordel at rekrutteringen har blitt ivaretatt av en forvaltningsorganisasjon på fylkesnivå, og som kan ivareta nødvendig opplæring og introduksjon av et stort omfang av utenlandske tannleger. Videre innebærer sørge for-ansvaret at det må foretas en hensiktsmessig disponering av personellressursene på tvers av kommunegrensene.

I dag er den fylkeskommunale tannhelsetjenesten organisert med tannhelsedistrikter som oftest omfatter flere kommuner. En tilsvarende organisering innenfor en kommunal forankring vil for mange områder i landet innebære et utstrakt interkommunalt samarbeid. Med utgangspunkt i dagens kommunestruktur, er dette derfor oppgaver som klart best kan ivaretas i en regional modell. På regionalt nivå finnes nødvendige ressurser, kompetanse og erfaring. Det er dessuten vanskelig å se hvordan man skal oppnå og sikre nasjonale mål, dersom man legger tjenesten til et stort antall kommuner, som innbyrdes har svært ulike forutsetninger om hvordan feltet skal ivaretas.

Tilgjengeligheten til tannhelsetjenester (både offentlig og privat) er mangelfull i enkelte distrikter av landet. Gjennom å øke utdanningskapasiteten for tannpleiere, kan oppgavefordelingen mellom tannlege og tannpleier endres. Flere arbeidsgivere vil kunne ansette tannpleier fremfor tannlege, og tannpleiere vil i større grad kunne etablere seg i privat sektor. Økt tilgang på tannpleiere vil dermed bidra til bedre tilgjengelighet til tannhelsetjenester. Det vil også bidra til lavere etterspørsel etter tannleger i områder som i dag har høyest tannlegetetthet. Slik omfordeling av tannhelsepersonellressurser krever innsats fra et forvaltningsnivå som dekker et større geografisk område enn det mange kommuner representerer.

#### *Følge med-ansvaret*

Følge med-ansvaret innebærer å følge med på tannhelsetilstand, sykdomsutvikling, behandlingsbehov og tannhelsetjenestetilbudet i hele befolkningen. Fylkeskommunene rapporterer årlig om tannhelsetilstand til barn og unge, omfanget av offentlig tannhelsetilbud, kostnader og personellsituasjon knyttet opp mot tilbudet til prioriterte grupper og til den fylkeskommunale tannhelsetjenestens egen virksomhet (Fylkes-KOSTRA). En styrking av befolkningsansvaret innebærer også en overvåking av aktuell situasjon og utvikling når det gjelder tannhelseforhold i hele befolkningen.

Ansvar for dette arbeidet må tydeliggjøres og legges til et forvaltningsnivå som har kapasitet til å ivareta oppgavene, og som kan nyttiggjøre seg denne kunnskapen. Forvaltningsnivået må også ha virkemidler til å iverksette nødvendige endringsprosesser. Et følge med-ansvar omfatter også samarbeid med privatpraktiserende tannleger mv.. Slik regjeringen vurderer det, vil en forankring på kommunalt nivå for følge med-ansvaret, forutsette et utstrakt interkommunalt samarbeid. En regional forankring av ansvaret vil etter regjeringens vurdering derfor være mest egnet til å ivareta følge med-ansvaret.

#### *Folkehelsearbeid*

Kommunene har ansvaret for det helsefremmende og forebyggende arbeidet gjennom kommunehelsetjenesteloven. En overordnet intensjon er at kommunene skal fremme helsen i befolkningen.

På lik linje med kommunene, har fylkeskommunene et ansvar for å fremme tannhelsen og ivareta det forebyggende tannhelsearbeidet for hele befolkningen. For å kunne gjennomføre helsemessige tiltak som fremmer både den generelle helsen og tannhelsen, kreves det en helhetlig tilnærming i arbeidet. Dette forutsetter et samarbeid med andre samfunnssektorer/helsesektorer i kommunen. I tillegg er fylkeskommunen gitt et koordinerende ansvar for folkehelsearbeidet gjennom partnerskap med kommunene.

Den største innvendingen mot kommunal forankring, slik regjeringen ser det, er at dette arbeidet krever en mer overgripende tilnærming, enn det mange av dagens kommuner kan klare. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har de siste årene arbeidet mer målrettet for strukturelle endringer, blant annet gjennom forpliktende samarbeid og partnerskapsinngåelser med kommuner, for å oppnå bedre integrering i andre tjenester og samfunnssektorer. Også i det fremtidige folkestyrte regionnivået er det planlagt å ha et helhetlig ansvar for folkehelse som del av samfunnsutviklingen. Det betyr at regionnivået vil være utviklingsaktør, og gjennom god samfunnsplanlegging ha et ansvar for å samordne statens, kommunenes og regionens virksomhet på folkehelsefeltet. Strategien vil være forpliktende partnerskap med kommunene. Dvs. at både kommunene og framtidig regionnivå får sentrale posisjoner i det videre arbeidet. Regjeringen mener på denne bakgrunn at det helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeidet best kan bli ivaretatt ved at det blir en del av det

øvrige folkehelsearbeidet og forankres på regionalt nivå.

#### *Gi oppsøkende tilbud – individuelt forebyggende tiltak og behandling*

Både for å nå de som trenger det mest, og for å nå målet om størst mulig grad av egenomsorg ved hjelp av forebyggende arbeid, er et godt samarbeid med kommunale tjenester avgjørende. Samarbeidet vil øke i takt med at stadig flere får kommunale tjenester i eget hjem eller i kommunale boliger. Regjeringen ser heller ikke bort fra at det kan være en fordel om personellet har samme arbeidsgiver å forholde seg til.

Hovedinnvendingen til kommunal forankring er imidlertid at oppgavene forutsetter at det finnes tannhelsepersonell til å utføre arbeidet. Flere kommuner i Norge er uten tannklinikker, og mange kommuner er for små til å kunne etablere både privat/offentlig tannlegevirksomhet. Både økonomiske og faglige grunner tilsier at entannlegeklinikker og små enheter ikke kan opprettholdes. Bedre kommunikasjonsmuligheter og endret befolkningsmønster muliggjør sammenslåing og sentralisering av klinikker, uten at tjenestetilgjengeligheten reduseres i urimelig grad. Nyutdannede tannleger ønsker primært å jobbe i større klinikker i folkerike kommuner. Det er ingen grunn til å anta at dette bildet vil endres.

Mange kommuner, og særlig små kommuner, vil kunne ha problemer med å sørge for nødvendig oppsøkende tannhelsetilbud og behandling, nettopp på grunn av sin størrelse og tilgangen på tannhelsepersonell. På grunn av klinikkstrukturen vil mange av småkommunene være avhengig av bredt interkommunalt samarbeid.

#### *Ansvar for spesialiserte tannhelsetjenester*

Det er anslått at behovet for tannlegespesialister varierer fra 1 per ca 30 000 innbyggere (kjeveortoper), til 1 per 70 000 – 100 000 innbyggere, avhengig av spesialisitet. Ansvar for spesialiserte tannhelsetjenester, herunder de regionale odontologiske kompetansesentra, må derfor uansett enten legges til interkommunalt nivå eller til regionalt nivå. Dersom den øvrige tannhelsetjenesten legges til kommunene, vil dette derfor føre til at vi i realiteten får en delt modell, noe regjeringen vil likhet med mange andre anser som uheldig.

#### *Forskning, fagutvikling og kvalitetsutvikling*

Forskning og fagutvikling forutsetter organisatorisk infrastruktur med personell som er kvalifisert til slikt arbeid. Det forutsetter også samarbeid med forskningsinstitusjoner. Arbeidet må forankres i et tilstrekkelig stort fagmiljø. Tannhelsetjenesten har et stort behov for forskning og fagutvikling knyttet til blant annet epidemiologi, praksisnær tjeneste, kvalitet i tjenesten og tjenesteforskning. Et tannhelsefaglig miljø i en kommunal forvaltningsmodell, vil bli for lite til å kunne utvikle et slikt arbeid. Slik aktivitet forutsetter forankring på minimum regionalt nivå. Det forutsettes at privat sektor trekkes inn i dette arbeidet. Det gjelder også spesialister som i stor grad yter tannbehandling/odontologisk rehabilitering med refusjon fra trygden. Mange spesialister har forskningserfaring.

#### *Oppsummering*

Hovedargumentet for å legge tannhelsetjenesten til kommunene, er slik regjeringen ser det, at det praktiske samarbeidet med den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes. Dette hensynet blir viktigere fremover etter hvert som nye grupper vil bli vurdert med sikte på offentlig finansierte tannhelsetjenester.

En kommunal forankring må antas å kunne gi større geografiske ulikheter i tilbud. Dette som følge av problemer med ubesatte stillinger og større variasjon i ressursbruk. Samlet ressursbruk i tjenesten må også forventes å bli større med kommunal modell pga. tap av stordriftsfordeler og manglende kompetanse i planlegging og ledelse av offentlige tannhelsetjenester i kommunene. Dette er argumenter som også i henhold til Regionalmeldingen, taler for at oppgavene bør legges til regionalt nivå. Ansvar for praksisnær forskning, fagutvikling og spesialiserte tannhelsetjenester, må uansett legges til andre aktører. Etter regjeringens oppfatning, blir derfor spørsmålet om det er avgjørende at tannhelsetjenesten er organisert på kommunalt nivå for å kunne oppnå den nødvendige samhandlingen med øvrige tjenester og med pleie- og omsorgstjenesten i kommunen.

Som vist i kapittel 5.4 er det etablert gode arenaer for samhandling mellom fylkeskommunale tannhelsetjenester og kommunale tjenester. En regional modell vil kunne ivareta en rasjonell klinikkstruktur med god tilgjengelighet til befolkningen for tannhelsetjenester av god kvalitet. I områ-

der med begrenset tilbud av private tannhelsetjenester vil regionen kunne ha større kapasitet til å inngå avtaler med tannleger med sikte på å ivareta tjenestetilbudet også til den voksne befolkningen utenom de prioriterte gruppene. I høringen til NOU 2005: 11 var det omtrent ingen kommuner som viste engasjement i forhold til oppgaven.

I Innst. S. nr. 166 (2006-2007) uttaler komiteen at det må sterke grunner til dersom tannhelsetjenesten skal gis en annen plassering enn det regionale nivå. Etter regjeringens vurdering foreligger ingen slike sterke grunner. Regjeringen tilrår derfor en regional tannhelsetjeneste. Hvorvidt det blir en forsterket fylkesmodell eller en modell med få regioner, anses ikke å være avgjørende i den sammenheng.

## **7.2 Nærmere om innholdet i forvaltningens sørge for-ansvar**

### **7.2.1 Videreføring av sørge for-ansvaret overfor innbyggere med rettigheter, dvs. overfor prioriterte grupper**

Et ansvar for å sørge for nødvendig helsehjelp overfor innbyggere med rettigheter er en forutsetning for at rettighetene kan bli ivaretatt. Det er også viktig at ansvaret er plassert på ett og samme nivå for å unngå ansvarsfraskrivelse. Som eksempel kan nevnes at innbyggere med rett til tannhelsehjelp kan oppholde seg enten i kommunal institusjon eller i institusjon under helseforetak. Regjeringen forutsetter derfor at sørge for-ansvaret videreføres, jf. tilsvarende bestemmelse i de øvrige tjenestelover.

### **7.2.2 Innholdet i ansvarsbestemmelsen**

Spørsmålet om eventuell styrking av innholdet i ansvarsbestemmelsen handler etter regjeringens vurdering om to forhold: er problemene knyttet til spesifikasjonen av det innholdsmessige i bestemmelsene eller er de knyttet til etterlevelsen av bestemmelsene.

Når det gjelder det generelle folkehelsearbeidet mhp tannhelse, inkludert det forebyggende arbeid overfor prioriterte grupper, framgår innholdet etter regjeringens vurdering i tilstrekkelig grad av regelverket. Utfordringene er blant annet knyttet til forvaltningsnivåets nødvendige prioritering, til kunnskap om metode og til fylkeskommunenes initiativ til samarbeid med øvrige aktører.

Helsetilsynets rapporter dokumenterer at det er fylkesvise variasjoner når det gjelder andelen

av det prioriterte klientell som er under tilsyn, dvs. som har benyttet seg av sin rett til oppsøkende tannhelsetjenester. Dette gjelder særlig brukere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, og 19- og 20-åringer. Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene er gitt i oppdrag å vurdere utviklingen.

Regjeringen vil få gjennomført en analyse av årsakene til de fylkesvise variasjoner mhp. ivaretagelsen av innholdet i sørge for-ansvaret overfor prioriterte grupper. Deretter kan eventuell styrking av regelverk vurderes.

Som beskrevet i kapittel 5.1 domineres det norske tannhelsemarked av den private sektor som utgjør ca 70 prosent, med fri etableringsrett og fri prissetting. På landsbasis får ca 90 prosent av den voksne befolkning som går regelmessig til tannlege/tannpleier, ivaretatt sitt behov for tannhelsehjelp i denne sektoren. De resterende 10 prosent blir ivaretatt av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

I mange kommuner får den voksne befolkningen i hovedsak dekket sitt behov for hjelp uten aktiv innsats fra forvaltningsnivå med sørge for-ansvar. Hensynet til befolkningen i små kommuner/distriktene, må etter regjeringens oppfatning anses å være av stor betydning for å videreføre et sørge for-ansvar for voksenbefolkningen når det gjelder tilgjengelighet til tannhelsehjelp, inkludert spesialisttjenester. Regjeringen foreslår derfor at sørge for-ansvaret mhp. voksenbefolkningen uten rettigheter videreføres med sitt nåværende innhold.

På lik linje som for kommunehelsetjenesten, ønsker regjeringen å vurdere om også den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skal tillegges et tydeligere ansvar for samhandling for å oppnå en hensiktsmessig løsning av sørge for-ansvaret.

Spørsmålet er om forvaltningsnivåets virkemidler er tilstrekkelige. Den viktigste forutsetningen for å kunne ivareta et sørge for-ansvar er tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell. Tannlegemarkedet i Norge har vært i ubalanse i over lengre tid, jf. kapittel 5.5.2. Rekruttering av tannleger fra utlandet har vært nødvendig, men har ikke vært tilstrekkelig for å kompensere for ubalansen. Kommende økning i utdanning av både tannpleiere og tannleger vil etter regjeringens vurdering sette forvaltningsnivået i bedre posisjon til å kunne ivareta sørge for-ansvar. Helsemyndigheters innflytelse på spesialistutdanning av tannleger gjennom statlig finansiering av desentralisert spesialistutdanning vil også gi forvaltningsnivået en sterkere posisjon mhp. tilgang på og geografisk fordeling av spesialister.

På lik linje som for kommunehelsetjenesten ønsker regjeringen å vurdere om også den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skal tillegges et tydeligere ansvar for samhandling, for å oppnå en hensiktsmessig løsning av sørge for-ansvaret.

Flere har hevdet at fraværet av driftsavtalesystem for private tannleger gjør det vanskelig for fylkeskommunene å ivareta et sørge for-ansvar. Spørsmålet om regulering av den private sektor, uten generell trygderefusjon, drøftes i kapittel 11.4.

Etter regjeringens oppfatning har fylkeskommunen i dag muligheter ut over de tilskuddsmidler som forvaltes av Helse- og omsorgsdepartementet, til å kunne ivareta sørge for-ansvaret. Det finnes andre tilskuddsordninger fylkeskommunene ikke har utnyttet i tilstrekkelig grad, og som kan tilrettelegges for rekruttering av blant annet tannleger.

Kommunal- og regionaldepartementet gir fylkeskommunene hvert år tilskudd til regional utvikling. I 2007 er den samlede rammen på totalt 1.151,98 mill. kroner. Rammene til fylkeskommunene blir i hovedsak fastsatt på grunnlag av folketall innenfor sonene av det distriktspolitiske virkeområdet. Fylkeskommunene forvalter virkemidlene i forpliktende partnerskap med næringslivet, virkemiddelaktørene, private organisasjoner, utdanningsinstitusjoner, kommuner m.fl. Om lag 50 prosent av midlene forvaltes av Innovasjon Norge til finansiering av enkeltbedrifter, 30 prosent av midlene går til tilretteleggende tiltak, mens de øvrige midlene går til omstilling, kommunale og regionale næringsfond og ulike Interreg-programmer.

Tannleger og tannpleiere som vil etablere privat praksis kan søke om statlige midler til næringsutvikling både gjennom kommunale og fylkeskommunale midler til næringsutvikling i distriktene, gjennom småsamfunnsstøtningen og etablererstipend fra Innovasjon Norge. Privat virksomhet i tannhelsetjenesten er å betrakte som privat næringsvirksomhet.

Hvorvidt det gis næringsstøtte til private tannleger/tannpleiere, blir dermed et spørsmål om regional prioritering av tilskudd til næringsutvikling. Det vises til nærmere omtale i kapittel 11.3.

#### Om tannlegevakt

Fylkeskommunen er ikke pålagt gjennom lov om tannhelsetjenesten å sørge for tannlegevakt, slik kommunen er etter lov om kommunehelsetjenesten.

I tannlegeforeningens etiske regler er det tatt med en formulering om tannlegevakt (§ 5):

«Enhver praktiserende tannlege plikter å delta i organiserte vaktordninger etablert etter avtale med NTF. Lokalforeningen kan gjøre unntak fra denne bestemmelsen når særlige grunner foreligger.»

Det betyr at de vaktordninger som finnes, i prinsippet er basert på frivillighet. I flere større byer og i en del fylkeskommuner er det organisert tannlegevakt, og som er administrert av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det foreligger ingen samlet oversikt over den behandling som blir utført i tannlegevaktordninger. En rapport om tannlegevaktordningen i Oppland, viser imidlertid at det er flest voksne betalende pasienter som oppsøker vekten. Halvparten av pasientene kommer fordi de har betennelser og smerter i en tann eller rundt tannrøttene.

Utvalget har uttrykt et behov for å etablere virkemidler for en sterkere samordning av offentlig og privat sektor. Det er blant annet foreslått å lovforankre en plikt til å organisere tannlegevakt. Utvalget foreslår at forvaltningsnivået i den forbindelse også skal kunne pålegge privatpraktiserende tannleger å delta i slik vaktordning.

Svært få av høringsinstansene har kommentert tannlegevakt. *Statens helsetilsyn* har uttalt i forbindelse med vurderinger omkring sørge for-ansvaret at:

«Det er videre nødvendig at spørsmålet om dekning av øyeblikkelig hjelp avklares i forhold til dette ansvaret.»

*Buskerud fylkeskommune* uttaler at pålegg om vakt deltakelse bør kunne løses uten særskilt offentlig regulering. De viser til gode erfaringer, og har løst dette gjennom et samarbeid mellom Buskerud tannlegeforening og fylkestannlegen. *Tannlegeforeningen* viser til sine etiske regler, som forplikter medlemmene til å delta i vaktordninger, og uttaler at:

«Erfaringsmessig skaper den praktiske gjennomføringen en del problemer. Tannlegeforeningen er av den oppfatning at dette bør lovreguleres slik at man samtidig får vurdert alle sider ved dette.»

Regjeringen vil komme tilbake til spørsmålet om eventuell lovforankring av en plikt til å organisere tannlegevakt, etter at det er foretatt en kartlegging og vurdering av dagens ordning. For øvrig foreslås ingen endringer i sørge for-bestemmelsen.

## 8 Styrket folkehelsearbeid

Målene for folkehelsepolitikken er nedfelt i St.meld. nr. 16 (2002–2003), jf. Stortingets behandling av Innst. S. nr. 230 (2002–2003). De overordnede målene er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og å redusere helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og mellom kvinner og menn.

Regjeringen arbeider for at folkehelsearbeidet i større grad må ta utgangspunkt i samfunnets ansvar for befolkningens helse. Folkehelsearbeidet innebærer å arbeide for jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Dette er faktorer som medfører helserisiko og faktorer som innvirker positivt på helsen. Det omfatter den fysiske helsen, blant annet gjennom påvirkning av levevaner og levekår. Det omfatter også den psykiske helsen, gjennom å legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet.

Den enkelte har ansvar for egen helse og vil på mange områder ha valgmuligheter og stå ansvarlig for egne valg. Men samfunnet kan og bør også påvirke valgene gjennom tilrettelegging, og informasjon samt å tilføre kunnskap og påvirke holdninger. Et sentralt hovedgrep er å styrke folkehelsearbeidet gjennom alliansebygging og bedre forankring både politisk og administrativt og i overordnede plansystem i hhv. fylkeskommuner og kommuner. God forankring er en forutsetning for å gjøre folkehelsearbeidet mer systematisk, kontinuerlig og helhetlig.

Som beskrevet i kapittel 7.1.5 foreslår regjeringen at sørge for-ansvaret og følge med-ansvaret blir styrket når det gjelder forvaltningsorganet for tannhelsetjenester. Dette må sees i sammenheng med etablering av nasjonale funksjoner innen forskning og kunnskapsutvikling når det gjelder epidemiologi, årsakssammenheng, metodeutvikling mv på tannhelsefeltet generelt.

Lokalt i regionene, i et samarbeid mellom regionalt nivå og kommunene, er det nødvendig å styrke tannhelseforhold i folkehelsearbeidet gjennom å legge vekt på følgende strategiske områder:

- partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner
- tverrsektorielle strategier og handlingsplaner på folkehelseområdet
- helsekonsekvensvurderinger
- forankring i plansystem og i samfunns- og arealplanleggingen
- kompetanseoppbygging i helsetjenesten

### 8.1 Partnerskap for folkehelse i fylkeskommuner og kommuner

Som regional utviklingsaktør og som regional planmyndighet, er fylkeskommunene gjennom partnerskapene tillagt rollen som pådrivere for det regionale og lokale folkehelsearbeidet. De nye regionenes ansvar innenfor folkehelsearbeide vil bli forsterket i forhold til det ansvar fylkeskommunene har i dag. Rollen som regional pådriver og samordner skal styrkes. I en regional forankring er det viktig at tannhelsetjenestens potensial som deltaker i det generelle folkehelsearbeidet blir utnyttet optimalt og videreutvikles. Det er i stor grad de samme faktorene som har betydning for den generelle helsen som også innvirker på tannhelsen. Derfor skal forvaltningsnivåets ansvar for folkehelsearbeid også favne tannhelse.

Staten gir tilskudd til fylkeskommuner og kommuner som organiserer folkehelsearbeidet i partnerskap. Formålet er å bidra til et mer systematisk og helhetlig lokalt folkehelsearbeid. Samhandlingen mellom myndigheter og blant annet arbeidsliv, skole og frivillige organisasjoner skal styrkes. Ordningen ble etablert i 2004. Fra 2006 er 16 av landets fylker og et stort antall kommuner i disse fylkene inkludert i satsingen.

Fylkeskommunene må sikre at tannhelsetjenesten har etablert nødvendig samarbeid der hvor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten forutsettes å ha et ekstra tett samarbeid med andre. Eksempler på viktige samarbeidspartnere er kommuner, regional statlig forvaltning (fylkesmennene), helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnehage/skoler/SFO, pleie- og omsorgstjenesten, helse- og sosialtjenesten i kommunene, kom-

munalt personell som yter hjelp til fysisk og psykisk utviklingshemmede, den kommunale rusmiddelomsorgen, fengselshelsetjenesten, frivillig sektor/brukerorganisasjoner, vannverk, interesserorganisasjoner og Norsk Tannvern.

Regjeringen vil styrke tannhelse som del av folkehelsearbeidet, og sørge for at dette blir integrert i det generelle partnerskap for folkehelse i fylkeskommuner og kommuner.

## 8.2 Tverrsektorielle strategier og handlingsplaner på folkehelseområdet

Folkehelseiltak må også forankres i tverrsektorielle strategier og handlingsplaner, nettopp fordi folkehelsearbeid forutsetter samarbeid og samhandling. Det er derfor viktig at tannhelseaspektet inkluderes i aktuelle satsinger på folkehelseområdet. Videre må fylkeskommunene selv ta aktivt del i slike satsinger. Eksempelvis inneholder Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen tiltak som har betydning for befolkningens tannhelse. Siktemålet med innsatsen er også å utjevne sosial ulikhet i helse, slik det fremkommer i St. meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne helseforskjeller.

Regjeringen vil sørge for at tverrsektorelle strategier og handlingsplaner på folkehelseområdet på statlig nivå også omfatter forhold av betydning for befolkningens tannhelse.

## 8.3 Helsekonsekvensvurderinger og forankring i plansystemet

I Nasjonal helseplan (St.prp. nr. 1 (2006-2007)) vises det til samfunns- og arealplanlegging som et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet. Regjeringen vil i det pågående arbeidet med ny plan- og bygningslov følge opp forslaget i St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, om at folkehelse må være et hovedhensyn ved all areal- og samfunnsplanlegging, og at det tydelig skal gå fram av lovens formålsparagraf. Dette vil også kunne komme befolkningens tannhelse til gode.

Beslutninger om for eksempel skolemåltid og utsalgssteder, åpningstider og tilgjengelighet på helsetjenester, innholdet i utdanning av helsepersonell osv, kan ha konsekvenser for forhold som påvirker tannhelsen. I samfunnsplanleggingen bør derfor også konsekvenser for tannhelse bli vurdert der det anses aktuelt i beslutningspros-

ser. Miljøverndepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid tatt initiativet til et prosjekt med hensikt å prøve ut plan- og bygningsloven og andre planleggingsverktøy til bruk i folkehelsearbeidet. Hensikten med prosjektet er praktisk utprøving og utvikling av metoder for integrering av helsehensyn i planleggingen. Inkludering av tannhelse i prosjektet kan være aktuelt. Forskrift om konsekvensutredning ble endret fra 1. april 2005. Endringen innebærer at helseforhold skal vurderes i planforslag. Det er viktig at fylkeskommunene tar initiativ til å løfte frem eventuelle tannhelsekonsekvenser i det lokale planarbeidet.

I NOU 2005: 11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet, konkluderer utvalget med at det er behov for økt forskning for å få kunnskap om hvilke tiltak som virker i helsefremmende og forebyggende arbeid. Det er mangel på evidensbasert kunnskap, og på forskning på området.

Regjeringen vil styrke forskning og fagutvikling blant annet når det gjelder metodeutvikling og effekt av helsefremmende og forebyggende arbeid på tannhelsefeltet.

## 8.4 Tiltak rettet mot innvandrerbefolkning og samisk befolkning

### *Særskilt om tiltak rettet mot barn*

Som omtalt i kapittel 5.2.2 har barn med innvandrerbakgrunn og barn i den samiske befolkningen, dårligere tannhelse enn landsgjennomsnittet. Det er av stor betydning at informasjon om tannhelse, tannpuss, fluor og kosthold blir gitt foreldrene så tidlig som mulig. Helsestasjon og helse-søster er en viktig informasjonskilde i barns første leveår. Veileder for helsestasjon og skolehelsetjeneste omtaler informasjon til foreldre.

Regjeringen forutsetter at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten samarbeider med helsestasjons- og skolehelsetjenesten om hvilken informasjon som gis og evt. hvordan den gis og ivaretar det faglige innholdet i den informasjon som gis. Det foreligger lite materiell som er utarbeidet spesielt med tanke på foreldre med innvandrerbakgrunn og for samisk befolkning, som egner seg til gjennomgang og utdeling på helsestasjon.

Arbeidet med å bedre tannhelsetjenester til barn med innvandrerbakgrunn er en utfordring for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i hele

landet, og kanskje særlig i områder med høy andel innvandrere. Det samme gjelder tannhelsen til barn og unge i den samiske befolkning. Spesielt Finnmark fylkeskommune har en stor utfordring når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid, i samarbeid med kommunale helsetjenester og med foreldrene til barn og unge.

Regjeringen vil få utarbeidet materiale til bruk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten angående tannhelse hos barn og unge i minoritetsbefolkningen.

#### *Tiltak rettet mot voksenbefolkningen*

Det foreligger lite systematisert kunnskap om tannhelsen til den samiske befolkningen, og til den voksne innvandrerbefolkningen. Studier som sammenligner sosiale forhold og tannhelse hos disse med den øvrige befolkningen foreligger også i svært begrenset omfang.

Regjeringen vil få kartlagt tannhelseforhold og mulige årsakssammenhenger, før det tas stilling til ytterligere tiltak for å bedre tannhelsen hos innvandrerbefolkningen og i den samiske befolkningen.



## 9 Bedre rettigheter for de som trenger det mest

### 9.1 Forslaget i NOU 2005: 11

I utvalgets forslag til grupper som bør ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, har utvalget foreslått nye kriterier som også inkluderer dagens grupper både i tannhelsetjenesteloven og folketrygdloven. Det er derfor vanskelig å angi nøyaktig hvilke og hvor mange av nye personer som foreslås inkludert og hvilke merkostnader som er forbundet med dette. Utvalgets stipulerte beløp for økte kostnader framgår av oversikten nedenfor.

*Utvalgets forslag til grupper ivaretatt av den offentlige tannhelsetjenesten (inkluderer oppsøkende tilbud):*

- Personer mellom 0-18 år (forebygging/oppdage tannsykdommer på tidlig stadium/tilbud uavhengig av foreldrenes prioritering) – videreføring av rettigheter
- Personer med alvorlige psykiske lidelser (stort behov for hjelp til å følge opp egen tannhelse pga. av sykdom – også rettigheter i dag, men knyttet opp til institusjonsopphold eller som bidrag fra trygden). Utvalget anslår merkostnader til 250 mill. kroner under forutsetning av vederlagsfri behandling
- Personer med alvorlig rusmiddelavhengighet under rehabilitering/behandling – disse har stort behov for hjelp til å følge opp egen tannhelse – også rettigheter i dag, men begrenset til institusjonsopphold. Utvalget anslår økte kostnader til 35 mill. kroner
- Personer med funksjonstap, dvs. de som selv ikke er i stand til å oppsøke tannhelsetjenester pga. sykdom eller alder, men som ikke nødvendigvis er under den kommunale pleie- og omsorgsordningen. Noen har også rettigheter i dag, men rettigheten er knyttet opp til institusjonsopphold/hjemmesykepleie. Utvalget anslår økte kostnader til 40 – 80 mill. kroner
- Personer som er innsatt i fengsel over 6 måneder. Utvalget mener at dagens tilbud ikke er godt nok
- Psykisk utviklingshemmede – disse har rettigheter i dag og bør fortsatt ha det

Utvalget foreslår at gruppen 19-20 åringer skal miste sitt rett til offentlig organiserte og oppsøkende tannhelsetjenester (inntil 25 prosent egenbetaling i dag).

*Utvalgets forslag til nye grupper som gis rettigheter i folketrygdloven:*

- Personer som mottar stønad til livsopphold over en periode på minst 6 måneder. Dette skal fange opp de som ikke har økonomi til nødvendige tannhelsetjenester – i dag gis det økonomisk støtte etter sosialtjenesteloven. Utvalget anslår økte kostnader til inntil 75 mill. kroner
- Personer med spesielle odontologiske lidelser (mange har munnhelseproblemer knyttet til grunnlidelsen eller behandlingen av denne) – merkostnad ca 20 mill. kroner
- Personer med kroniske somatiske sykdommer eller funksjonshemming (mange har munnhelseproblemer knyttet til grunnlidelsen eller behandlingen av denne) – merkostnad ca 20 mill. kroner

I tillegg foreslår utvalget oppbygging av tannhelseteam på sykehus. Det vises til forholdene i Sverige hvor sykehusene får 600 mill. kroner i statlig tilskudd per år til tannbehandling og oppsøkende virksomhet til pasienter innlagt på sykehus. I første omgang foreslås dette utredet med sikte på forsøk med tannhelseteam på sykehus.

### 9.2 Høringsinstansenes uttalelser til NOU 2005: 11

Av 88 høringsuttalelser, er det 57 som har uttalt seg til spørsmålet om hvilke grupper som bør gis rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester.

*Generelle tilbakemeldinger*

Langt de fleste av høringsinstansene uttaler at de i prinsippet er enige i at de foreslåtte persongruppene får finansiert tannhelsetjenester av det offentlige. Mange påpeker spesielt at personer

med rus- og/eller psykiatriproblemer må få økte rettigheter. Forslaget om å styrke rettighetene til innsatte i fengsel fremheves av flere som viktig. Så godt som alle understreker at det må utarbeides enkle, og klare kriterier.

Enkelte reiser spørsmålet om ikke også andre grupper med lave inntekter bør omfattes, som studenter og minstepensjonister eller personer over 67/70/75 år. Videre uttaler noen at asylsøkere, voldsutsatte og personer som lider av odontofobi bør løftes fram som grupper som bør få offentlig finansiering.

Flere av høringsinstansene problematiserer hvordan eventuelle endringer skal gjennomføres (rettighet i lov, ved refusjon, behovsprøving, knyttet til individuell plan etc.).

### Konkrete tilbakemeldinger til de ulike forslagene

#### *Personer med alvorlig psykisk lidelse*

Langt de fleste av høringsinstansene er enige med utvalget i at denne gruppen bør ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, og at dagens institusjonskriterium ikke lenger er treffende. Som *Sør-Varanger kommune* uttaler, er det mange psykiatriske langtidspasienter som verken er i institusjon eller har oppfølging av hjemmesykepleien. Videre er det støtte for at det bør være de med mer alvorlige psykiske lidelser som bør omfattes. Enkelte interesseorganisasjoner, som *Landsforbundet mot stoffmisbruk*, uttaler at det også bør være oppsøkende tilbud til denne gruppen.

#### *Personer i rusmiddelomsorgen*

De fleste høringsinstansene støtter forslaget om at personer i rusmiddelomsorgen skal ha rettigheter uavhengig av institusjonsopphold. Flere, som *Statens helsetilsyn* og *Arbeids- og inkluderingsdepartementet*, påpeker dessuten at mange har problemer med å finne tannlege og at en derfor også må se på tilgjengeligheten av tannhelsepersonell. Videre uttaler flere, blant annet *Landsforbundet mot stoffmisbruk* og *Rusbehandling Midt-Norge*, at rettigheten bør vurderes opp mot individuell plan, da mange har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Mange mener at utvalget foretar en for snever avgrensning når rettigheten knyttes opp til personer i rusmiddelomsorgen (definert i sosialtjenesteloven). Blant annet uttaler *Arbeids- og inkluderingsdepartementet*, *Frelsesarmeen* og *Kirkens*

*Bymisjon* at man da mister mange som trenger hjelp. Ved å legge Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) til grunn, faller for eksempel de som venter på LAR utenfor. Dessuten er det viktig at de som har klart å slutte på egen hånd, også må kunne omfattes.

#### *Personer med funksjonstap*

Forslaget om at denne rettigheten ikke lenger skal være knyttet opp til institusjonsopphold, blir møtt med en viss skepsis. Innvendingene går først og fremst ut på at det er vanskelig praktisk gjennomførbart og at fastlegen tillegges en rolle hun/han muligens ikke bør ha. Blant annet stiller *Sosial- og helsedirektoratet* og *Universitetet i Bergen* spørsmålet om fastlegen skal «være døråpner til gratis tannpleie for personer med funksjonstap».

*Legeforeningen* peker på at det kan oppstå vanskeligheter når man setter likhetstegn mellom diagnose og funksjonsnivå, blant annet fordi mange sykdommer utvikler seg over tid og mange pasienter lever med kronisk sykdom i flere år uten nevneverdig funksjonstap. Det er også flere som uttaler at fastlegen er den riktige personen til å foreta denne vurderingen (blant annet *Statens seniorråd*). *Arbeids- og velferdsdirektoratet* støtter forslaget i sin helhet.

#### *Personer med stønad til livsopphold over en periode på minst seks måneder*

Det er mange instanser som på generelt grunnlag uttaler at de støtter utvalgets forslag. I likhet med «funksjonstapskriteriet», er det likevel flere som ser svakheter ved dette forslaget. *Arbeids- og velferdsdirektoratet* uttaler at det er nytt i trygdesammenheng å ta utgangspunkt i pasientens økonomiske situasjon og at kriteriet kan bli vanskelig å anvende. *Arbeids- og inkluderingsdepartementet* stiller seg også tvilende til om dette kriteriet fanger opp de gruppene man ønsker, og påpeker dessuten at det er uklart om sosialhjelpen må være hovedinntektskilden eller om de som også mottar supplerende sosialhjelp utover 6 måneder skal omfattes. Videre er både *kommuner (Holmestrand, Bergen)* og *fylkeskommuner (Akershus, Vestfold, Buskerud, Aust-Agder)* av den oppfatning at man heller bør videreføre dagens ordning.

#### *Fengselsinnsatte (over 6 måneder)*

Mange av høringsinstansene støtter forslaget. Det er imidlertid flere som påpeker at avgrensingen

med krav om at personen skal være innsatt i minst 6 måneder kan være vanskelig å anvende.

#### *Forslaget om at dagens 19-20 åringer skal miste retten til offentlig organiserte tannhelsetjenester*

Forslaget om at 19-20-åringer skal miste retten til offentlig organiserte tannhelsetjenester, møter motstand, særlig fra fylkeskommunene. De mener at tilbudet heller må utvides, slik at alle mellom 0 – 19 (enkelte foreslår 20) år får full offentlig finansiering gjennom et oppsøkende tilbud fremfor 25 prosent egenandel etter dagens ordning. De høringsinstansene som argumenter for forslaget, viser i all hovedsak til utvalgets begrunnelse. De fleste av fylkeskommunene argumenter imidlertid mot forslaget og begrunner det med at tilbudet koster lite i forhold til de resultatene det gir.

#### *Forslag til andre grupper som høringsinstanser mener bør gis rettigheter*

I tillegg har enkelte høringsinstanser foreslått andre grupper som bør gis rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Dette er:

- studenter (pga. dårlig økonomi)
- eldre (minstepensjonister eller alle over 67/70/75 pga. stort behov for omfattende tannbehandling og flere med dårlig økonomi)
- andre (som for eksempel personer med odontofobi og voldsutsatte fordi dagens tilbud er for dårlig)

### **9.3 Regjeringens hovedprinsipper som bør ligge til grunn for framtidens offentlige engasjement i form av rettigheter**

Ett av hovedmålene for regjeringens politikk er å bidra til redusert helserisiko i befolkningen og bedre helse for den enkelte. Regjeringen har barn og ungdom som en av de viktigste målgruppene i denne sammenheng. Forebyggende tiltak overfor barn og ungdom har derfor høy prioritet.

Videre har regjeringen som utgangspunkt at det offentlige engasjement fortsatt bør rettes mot de personer som anses å ha et særlig behov for offentlig finansierte tannhelsetjenester, enten gjennom offentlig organiserte tjenester, eller gjennom trygderefusjon. Utvalgets forslag er i tråd

med dette utgangspunktet.

Dagens ordning, hvor flere av rettighetene er knyttet til institusjonsbegrepet, er både et praktisk og et anvendbart kriterium. Fordi det slår urimelig ut for den enkelte/grupper og fordi det er foreldet (jf. nedbygging av institusjonsplasser på flere tjenesteområder), bør det likevel erstattes med andre innretninger. Utfordringen blir dermed å finne fram til en praktikabel ordning som i hovedsak opprettholder rettighetene til dagens prioriterte grupper, samtidig som det må vurderes om det er nye grupper som skal gis rett til offentlig organisert tannbehandling.

#### **9.3.1 Oppsøkende virksomhet rettet mot grupper med særlige behov samt barn/unge**

I dag fremgår det av lovteksten i tannhelsetjenesteloven hvilke grupper som skal gis oppsøkende tilbud. I tillegg kan fylkeskommunen selv vedta å prioritere grupper. Å gi et oppsøkende tilbud er viktig for å avdekke sykdom/tidlig forebygging og behandling. Tannsykdommer vil ofte ikke gi symptomer før konsekvensene av sykdommen blir store.

Oppsøkende tilbud er også viktig overfor personer som er avhengig av bistand fra annet personell for å ivareta viktige livsfunksjoner. Dette innebærer at oppsøkende tilbud har administrative og økonomiske konsekvenser. For eksempel vil det kreve samarbeid med ulike sektorer i kommunen, som skole/helsestasjon/pleie- og omsorgstjenester/rusomsorgen/det psykiske helsevernet.

#### **9.3.2 Forebyggingsperspektivet**

Karies (hull i tennene) er den mest utbredte sykdommen i munnen. Den forekommer i alle aldersgrupper, men lar seg i stor grad forebygge hos de fleste (både barn/unge og voksne). De med rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester er blant annet personer som har ekstra risiko for å få karies. En innretning på offentlig finansiering er å finansiere tiltak som bidrar til å forebygge, på individnivå. Dette kan for eksempel være regelmessig tannhelsekontroller. Dette er et hovedprinsipp når det gjelder oppsøkende tilbud til barn/unge. Overfor voksne kan finansiering av en friskhetskontroll med individuell veiledning være aktuelt, særlig overfor grupper som er i størst risikosituasjon for å utvikle tannsykdommer.

### 9.3.3 Sosial utjevning

Sosial utjevning er hovedhensynet bak regjeringens forslag til nye personer eller grupper som bør ha rettigheter (lav økonomi, lav utdanning, vanskelig livssituasjon). Ved å vektlegge dette hensynet når man fram til de gruppene som trenger det mest, både med hensyn til evne til å ta vare på seg selv og på egen helse, behandlingsbehov og økonomi. Det forebyggende oppnås også ved et oppsøkende tilbud.

### 9.3.4 Forbruker- og pasientrettighetsperspektivet

Andre områder av helsetjenesten går i retning av å styrke pasientens stilling som forbruker (velge fastlege, fritt sykehusvalg m.v.) Enkelte som trenger tannbehandling, vil allikevel kunne ha begrensede forutsetninger til å kunne benytte seg av informasjonen/valgfriheten. Det er også steder i landet hvor valgfriheten er sterkt begrenset pga. knapphet på tannhelsepersonell eller få å velge mellom. På den annen side vil mulighetene for de som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven til selv å kunne velge behandler, bidra til større grad av deltagelse fra den private sektor til å løse offentlige oppgaver, og dermed større fleksibilitet.

Forbrukerspørsmålet for den voksne befolkningen, som ikke har rett etter tannhelsetjenesteloven og som står fritt med hensyn til valg av private tannleger, reiser andre problemstillinger (for eksempel prisopplysninger, klageadgang).

### 9.3.5 Skjermingsperspektivet (høye utgifter, alder)

Tannbehandling kan være forbundet med store utgifter. Undersøkelser i 2004/2006 viste at mellom 2 og 3 prosent av de voksne hadde hatt utgifter over 10 000 kroner siste 12 måneder. De med høyest utgifter er som regel pasienter som får odontologisk rehabilitering. Ved å sette et tak for utgiftene vil flere, uavhengig av inntekt, kunne få hjelp. I tillegg er en slik ordning enkel å administrere. En av ulempene med et slikt system, er at også de som strengt tatt kunne betale utgiftene selv, vil nyte godt av ordningen. Hvis utgifter alene skal være kriterium, vil det dessuten være vanskelig å forhåndsberegne de offentlige kostnader, samtidig som det vil øke etterspørselen betydelig, kanskje særlig i områder med god tannlegedekning. En slik skjermingsordning treffer derfor nødvendigvis ikke de som trenger det mest. Dette

er også erfaringene med den såkalte 65 + ordningen i Sverige, hvor kostnadene for staten ble tre ganger så høy som forutsatt (ca 2 mrd. SEK mot forutsatt ca 650 mill. SEK). En ordning hvor man gir rettigheter ut fra alder, vil ha de samme fordelene/ulempene.

Andre som har høye utgifter, om enn tidsbegrenset, er foresatte til barn/unge som har behov for tannregulering. Over en 2-årsperiode (som behandlingen ofte varer) er det mange som får utgifter per barn/unge på 10 000 – 15 000 kroner.

### 9.3.6 Tannhelsetilstand/behandlingsbehov

Som beskrevet i kapittel 5.2.1 er tannhelsen i den norske befolkning generelt god og man har sett en betydelig bedring i tannhelsen i hele befolkningen i løpet av de siste 30 – 40 årene. Andelen uten egne tenner går ned, og omfanget av tannsykdom hos barn og unge og i den yngre voksne befolkning er begrenset. Likevel er det grupper i befolkningen som har høyere risiko for sykdom i tenner og kjever, og hvor nåværende og fremtidig behandlingsbehov er stort. Eksempler er eldre pga. sykdom/medikamentbruk/reduisert mestringsevne, rusavhengige, etniske minoritetsgrupper, personer med alvorlig psykisk lidelse mv. Personer med odontofobi kan ha utviklet stort behandlingsbehov over tid. Det samme de som over tid ikke har hatt økonomi til selv å ivareta egen tannhelse.

## 9.4 Vurdering av fremtidig tannhelsetilbud

Regjeringen legger til grunn at barn og unge, psykisk utviklingshemmende, personer med yrkesskade og krigspensjonister fortsatt skal ha rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Disse gruppene vil derfor ikke bli omtalt eksplisitt nedenfor.

Høringsinstansene er så godt som enige om at de gruppene utvalget foreslår, bør få rett til tannhelsetjenester i en eller annen form. Bekymringen til høringsinstansene går i hovedsak ut på om vilkårene for å falle inn under forslagene er for strenge/rigide.

#### *Personer med alvorlig psykisk lidelse*

FUTT-prosjektet har vist at mange personer med psykiske lidelser, og som er under kommunens psykiske helsevern, har et stort behov for tannbe-

handling og behov for støtte til å følge opp egen tannhelse. Prosjektet har også vist at det er mulig å nå denne gruppen ved spesiell tilrettelegging, blant annet ved utstrakt samarbeid med kommunale tjenester. Det at stadig flere gis behandling utenfor institusjon, vil føre til at flere vil ha behov for tilbud om tannhelsehjelp på annen måte.

En eventuell utvidelse til også å omfatte personer med psykiske lidelser reiser flere spørsmål angående avgrensning av rettigheter og vilkår for å få rett til nødvendig tannhelsehjelp.

Regjeringen vil komme tilbake til nærmere vurderinger av forslaget i forbindelse med senere budsjett- og lovarbeid.

#### *Personer med rusproblemer*

Personer i den kommunale rusomsorgen var også omfattet av FUTT-prosjektet. Erfaringene har langt på vei vært de samme som for personer med psykiske lidelser. Det er dessuten en del personer som faller inn under begge kategoriene (rus og psykiatri). Behovet for å bedre tilbudet til denne gruppen ble langt på vei ivaretatt i budsjettet for 2006. Dette er videreført i 2007.

Utvalget foreslo at tilbudet ble utvidet til også å omfatte de som er i en rehabiliteringsfase (personer i rusmiddelomsorgen, definert i henhold til sosialtjenestelovens bestemmelser). Flere høringsinstanser påpekte behovet hos blant annet de som venter på LAR og/eller de som selv har klart å slutte.

Regjeringen vil vurdere en eventuell ytterligere styrking i budsjettssammenheng og vil vurdere spørsmålet om lovmessig forankring.

#### *Personer med funksjonstap*

Personer som på grunn av sykdom eller alder er så redusert at de ikke lenger er i stand til å oppsøke tannhelsetjenester eller ta vare på tannhelse for egen hjelp (selvmestring), har ekstra behov for tannhelsehjelp. Det avgjørende er, etter utvalgets syn, vurderingen av det eventuelle funksjonstapet som kan påvirke mulighetene til å ta vare på egen tannhelse.

Regjeringen vil vurdere behovet for offentlig finansiert tannhelsehjelp til de som ikke omfattes av dagens lovgivning, i forbindelse med framtidig lovarbeid. På dette området vil det kunne være vanskelige avveininger i forbindelse med utarbeiding av forslag til vilkår.

#### *Personer med svært lav inntekt*

Mange høringsinstanser støtter forslaget om at personer med svært lav inntekt skal gis rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Det fremgår av kapittel 5.2 at personer med lav utdanning/inntekt, har dårligere tannhelse enn personer med høy utdanning/inntekt. Ut fra hensynet til sosial utjevning kan dette tale for en offentlig finansiering av tannbehandling til disse. Forslaget vil kunne omfatte flere som for eksempel minstepensjonister, personer med psykiske lidelser mv..

Når det gjelder avgrensningen reiser dette en rekke problemstillinger. Dette er påpekt både av utvalgets mindretall og av enkelte høringsinstanser. På den ene siden kan det være ønskelig med et regelverk som sikrer at de med svært lav inntekt og stort behov for tannbehandling får hjelp, også uten at dette nødvendigvis er begrenset til de som mottar stønad til livsopphold. På den annen side vil det kunne fungere ineffektivt med stønadsordninger som innebærer betydelig administrative kostnader.

Regjeringen vil i forbindelse med senere lov- og budsjettarbeid vurdere forslaget om at personer med svært lav inntekt skal gis rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester.

#### *Fengselsinnsatte*

Når det gjelder tannhelsetjenester til innsatte tilrår utvalget at retten til tannbehandling hjemles i lov. Enkelte fylkeskommuner har vedtatt å prioritere denne gruppen i henhold til dagens regelverk. Det er regjeringens oppfatning at bedre tannhelseforhold og tannhelsestatus er viktige ledd i sosial- og arbeidsrettet rehabilitering for mange innsatte. Forslaget er i hovedsak budsjettmessig ivaretatt fra 2006.

#### *19-20 åringer*

Regjeringen ser et behov for å vurdere framtidig tannhelsetilbud til 19- og 20-åringer. 19- og 20-åringer gis i dag tilbud om tannbehandling til begrenset egenbetaling. Mange 19-20 åringer benytter seg ikke av retten til subsidiert tannbehandling. En årsak til dette, kan være at de flytter for å studere/arbeide et annet sted.

Aldersgrensen bør vurderes i forhold til hvilke aldersgrenser som ellers gjelder for andre typer velferdstjenester. Ett av alternativene er å legge myndighetsalderen til grunn. Det innebærer at 19-20-åringene vil få dårligere rettigheter enn i

dag. Helsestasjonstjenester for barn og unge er gratis til og med 19 år. Andre grunner taler derfor for å utvide rettighetene. Utvidelsen av rettigheter for denne gruppen vil dessuten løse gråsone-spørsmål mhp. trygderefusjon. Regjeringen tilrår på denne bakgrunn at tilbudet til ungdom vurderes i forbindelse med framtidige endringer av tannhelsetjenestelov.

En tannhelsekontroll skal omfatte individuell rådgivning og informasjon om ivaretagelse av egen tannhelse. Når det gjelder forslaget om å innføre en utvidet og individuelt tilpasset rådgivning i siste konsultasjon, vil regjeringen oppfordre fylkeskommunene til at dette innføres som rutine der hvor det ikke allerede er innført.

### *Eldre*

Andelen eldre uten egne tenner (med gebiss) blir lavere for hvert år. Samtidig øker antallet eldre i befolkningen. Når eldre med egne tenner blir syke, får funksjonssvikt eller får behov for ett eller flere legemidler, vil de få tannhelseproblemer med økt behov for tannbehandling. Problemene kan for mange forverre tannhelsetilstanden over kort tid. På den annen side kan problemene i stor grad forebygges, under forutsetning av at personene er under regelmessig oppfølging, med forebygging og eventuell tidlig behandling, før konsekvensene av sykdom blir store. Disse forholdene har også blitt løftet fram av aktuelle interesseorganisasjoner i lengre tid.

En ordning med rett til offentlig stønad til regelmessig tannhelsekontroll ut fra alder bør vurderes. En eventuell slik ordning vil kreve lite administrasjon, den vil omfatte en gruppe hvor hensynet til forebygging er viktig, samtidig som det vil kunne fungere som en skjerming mot høye utgifter ved at det legges til rette for tidlig behandling. Regelmessig tannhelsekontroll kan også avdekke symptomer i munnen som kan være uttrykk for generell sykdom eller andre bakenforliggende forhold.

Regjeringen vil vurdere slik stønadsordning i senere budsjettssammenheng. I den forbindelse vil også spørsmålet om nedre aldersgrense eller annen form for avgrensning bli vurdert.

### *Studenter*

Enkelte høringsinstanser fremmet forslag om at studenter skulle gis rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Forslaget er begrunnet med at studentene som gruppe har dårlig råd og dermed nedprioriterer tannbehandling, som igjen fører til

sykdomsutvikling (karies) med dårlig tannhelsetilstand på sikt.

Undersøkelser viser at personer mellom 21-29 år i gjennomsnitt ikke går like ofte til tannlege som den øvrige voksne befolkningen. Dette kan antagelig skyldes flere forhold, som for eksempel at de ikke anser å ha et behov, eller fordi de synes det er for dyrt. Når en ser på gjennomsnittlig årlige utgifter til tannbehandling for aldersgruppen 21-29 år, har denne gruppen lave kostnader i forhold til øvrige voksne (tall fra 2006 viser at de fleste har utgifter på under 1 000 kroner i året). De fleste unge voksne har i utgangspunktet også en god tannhelsetilstand som flesteparten på egen hånd kan vedlikeholde uten ny sykdomstilvekst. Det er etablert tannhelsetilbud ved flere høyskoler og universiteter. Tilbudet omfatter både økonomisk stønad til tannbehandling og behandling til reduserte priser. Det er i tillegg privatpraktiserende tannleger/tannpleiere som tilbyr reduserte priser for studenter.

Det kan reises spørsmål om studenter er en spesielt utsatt gruppe som trenger særskilt oppfølging av det offentlige. Det kan være andre grupper enn studenter i aldersgruppen 21-29 år som kan ha større behov for offentlig støtte til tannhelsetjenester under hensyn til mål om utjevning av sosial ulikhet i tannhelse. Spørsmålet er om kostnader til tannbehandling anses som overkommelig for studenter sammenliknet med kostnader til tannbehandling som andre grupper har. I likhet med andre i aldersgruppen 21-29 med svært lav inntekt, vil også studenter kunne falle inn under et eventuelt forslag om rett til offentlig finansiert tannbehandling til personer med svært lav inntekt.

Regjeringen vil komme tilbake til nærmere vurdering av forslaget i forbindelse med senere lov- og budsjettarbeid.

### *Personer med odontofobi*

For personer med odontofobi er det to forhold som er sentrale: det ene er behandlingen av fobien, det andre er den etterfølgende tannbehandling og eventuelt odontologiske rehabiliteringen av tannsettet på grunn av et oppsamlet behandlingsbehov. Utvalget kom til at denne gruppen ikke skal gis rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, og la blant annet vekt på at det er vanskelig å fastslå hvilken grad av tannlegered- sel som kvalifiserer til diagnosen odontofobi. Sosial- og helsedirektoratet uttaler at personer med odontofobi antagelig har et stort og oppsam-

let behov for tannbehandling, og mener derfor at denne gruppen bør få et tilbud om offentlig finansiering.

Regjeringen er innforstått med at mange med alvorlig odontofobi er avhengig av behandling av fobien for å bli i stand til å motta tannbehandling. Eksisterende kunnskap om omfang, alvorlighet av fobien, behandlingsbehov, forhold knyttet til kostnader og eventuelle kriterier mv. er begrenset. Regjeringen vil sørge for en nærmere kartlegging av disse forholdene, med sikte på en senere vurdering av rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester.

#### *Tortur- og overgrepsofre*

Regjeringen er enig i at tortur- og overgrepsofre er utsatte grupper som kan ha behov for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Det er lite kunnskap om antallet personer dette gjelder og hvilke behandlingsbehov de har. Regjeringen vil sørge for en nærmere kartlegging av disse forholdene med sikte på senere vurdering av behov for offentlig finansiering av tannhelsetjenester.

#### *Asylsøkere*

Regjeringen vil videreføre dagens ordning når det gjelder finansiering av tannhelsetjenester til asylsøkere og flytninger.

#### *Samisk befolkning*

Samer som urbefolkning (med særskilte rettigheter) blir ikke spesielt omtalt i utredningen. Sameetinget påpeker i sitt høringssvar behovet for språk- og kulturkompetanse og flerkulturell forståelse hos tannhelsepersonellet. Det etterlyses tiltak som sikrer disse forholdene, og som sikrer samiske tjenestemottakeres rettigheter til å bli

møtt med samisk språk og kulturforståelse. De spesielle utfordringene (språk/kultur, forbyggende innsats) er omtalt i kapittel 5.2 og 8.4.

#### *De med store utgifter til tannbehandling*

Ca 0,4 prosent av voksenbefolkningen har utgifter på over 30 000 kroner siste 12 måneder. Dette er som regel utgifter til odontologisk rehabilitering. Enkelte behandlinger kan bli langt dyrere. Det kan derfor reises spørsmål om en bør knytte retten til offentlig finansierte tannhelsetjenester til et bestemt beløp, dvs. en skjermingsordning mot høye kostnader. For å unngå uforholdsmessige administrative kostnader, legger regjeringen til grunn at en slik ordning eventuelt måtte innføres uten behovsprøving. På denne måten vil man kunne gi offentlig finansiering til alle som kan sies å ha ekstra store utgifter. På den annen side, vil også de som faktisk har mulighet til å betale behandlingen selv, nyte godt av ordningen. Regjeringen vil sørge for en kartlegging overfor de som har ekstra høye utgifter til tannbehandling.

#### *Oppsummering*

Etter bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven med forskrifter, er rettighetene utledet av at pasienten/brukeren oppholder seg i institusjon eller er innlemmet i en kommunal organisert tjeneste. Ut fra målet om at de som trenger det mest skal gis rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, er det nødvendigvis ikke sammenfall mellom slikt behov og hvem som er innlemmet i en kommunalt organisert tjeneste.

Regjeringen vil arbeide videre med spørsmålene om kriterier og kartlegging av antall, behandlingsbehov og kostnader med sikte på forslag i senere lov- og budsjettssammenheng.

## 10 Skjerming av utgifter for de som trenger det mest

### 10.1 NOU 2005: 11 – analyse og forslag

Utvalget tilrår at grupper med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven fortsatt skal ha vederlagsfri behandling. Begrunnelsen er betydningen av dagens ordning med vederlagsfrie tjenester til de grupper som har rettigheter. Dette gjelder særskilt barn og ungdom. Det anføres at det ikke er inntektsavhengig egenbetaling innenfor øvrig helsetjeneste.

Utvalget tar også opp spørsmålet om gebyr ved unnlatt oppmøte. Her mener utvalget at det er en vesentlig forskjell i forholdet til andre tjenestoområder, og som er knyttet til fylkeskommunens plikt til å drive oppsøkende virksomhet. Det foreslås derfor ikke gebyr ved unnlatt oppmøte for de med rett til vederlagsfri tannhelsehjelp.

Utvalget går inn for at ordningen med egenbetalinger innenfor trygdesystemet videreføres, uten at dette er belyst nærmere. Utvalget foreslår dette overlatt til Helse- og omsorgsdepartementet. Videre foreslår utvalget nasjonale maksimaltakster for behandlinger som trygden yter helt eller delvis stønad til. Dette for å unngå mellomlegg, og for å unngå variasjon i mellomlegg avhengig av tannlegenes priser. Spørsmålet om nasjonale maksimaltakster og mellomlegg vurderes i kapittel 11.5.

### 10.2 Høringsinstansenes uttalelser til NOU 2005: 11

28 av høringsinstansene har kommentert vederlags-/egenandelsspørsmålet. Samtlige som har uttalt seg mener at de som tilhører de prioriterte grupper fortsatt skal fritas fra vederlag. Tre av høringsinstansene uttaler at det bør vurderes gebyr for de som ikke møter til avtalt time. Enkelte nevner spesielt behovet for å rydde opp i gråsonene mellom grupper som både har rettigheter etter tannhelsetjenestelov og rett til trygde- refusjon, blant annet 19- og 20-åringer.

Ut over dette er det mange som støtter en gjennomgang av trygdens regelverk og egenbetalingsordninger for tannbehandling med sikte på forenklinger.

*Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke mener at all tannbehandling som gir grunnlag for trygderufusjon bør omfattes av tak 2-ordningen. Universitet i Oslo mener at egenandeler ved blant annet kirurgiske inngrep som er likeartet med kirurgisk virksomhet utført av lege, bør harmoniseres med egenandelene ved behandling hos lege.*

### 10.3 Regjeringens vurderinger

Vurderingene nedenfor gjøres i lys av hovedbegrunnelsene for egenbetaling innen helsetjenesten, jf. St.prp. nr. 1 (2006-2007), se kapittel 5.

#### *Spørsmålet om vederlag for tannhelsetjenester for innbyggere som hører inn under de prioriterte grupper*

Begrunnelsene for og hensynene bak gjeldende egenbetalingsordninger framgår av kapittel 5.11. Hensynene bak vederlagsfri tannhelsehjelp til prioriterte grupper er like relevante i dag som for 20-25 år siden. Regjeringen kan heller ikke se at den moderate veksten i fylkeskommunenes utgifter til de prioriterte grupper er av slik karakter at den bør begrenses gjennom innføring av vederlag. Finansieringssystemet gir dessuten fylkeskommunene en handlefrihet til å disponere tildelte rammer. De fylkeskommunale tannhelsetjenester har de siste 10 – 15 år også vært kjent for å ha god budsjettkontroll. Det er dermed ingen utviklings-trekk som begrunner innføring av egenbetaling i den hensikt å dempe etterspørsel fra personer med mindre problemer.

En eventuell innføring av vederlag for tannhelsehjelp til prioriterte grupper vil trolig kunne resultere i at de med størst behov ikke vil benytte seg av tannhelsetilbudet. Innføring av vederlag vil dermed kunne forsterke sosial ulikhet i tannhelse. Mange barn og unge i skolealderen går også til tannpleier/tannlege uten at foresatte er med. Eventuell egenbetaling vil dermed måtte ivaretas på annen måte enn gjennom personlig fremmøte. De administrative omkostninger vil etter



regjeringens vurdering ikke stå i rimelig forhold til eventuelle uheldige konsekvenser og mulig frigjøring av ressurser.

I vurderingen av nye grupper som bør gis tilbud om tannhelsetjenester forvaltet av regionalt forvaltningsnivå, er blant annet følgende hensyn av betydning:

- hensynet til behov for oppsøkende og forebyggende tiltak
- personenes evne til selv å mestre daglige rutiner og til å ivareta egen helse- og sykdomssituasjon
- betydningen av tannhelsepersonellens samarbeid med kommunale tjenester
- betydningen av at etterspørselen og forbruket av tannhelsetjenester vurderes på faglig grunnlag uavhengig av behandlerens inntektsgrunnlag

Regjeringen vil komme tilbake til spørsmålet om vederlag/egenbetaling i forbindelse med fremtidig forslag til nye grupper som foreslås å få offentlig finansierte tannhelsetjenester. Dette vil også omfatte egenbetaling for 19-20 åringer og gråsonespørsmålet i forhold til trygdens stønadsordninger.

#### *Egenandel for behandlinger etter ftrl. § 5-6 og hvor trygdens stønad dekker 100 prosent av honorartakst*

De grupper stønadsordningen omfatter er beskrevet i kapittel 5.9.4. Spørsmålet er om disse gruppene fortsatt skal få dekket utgiftene med 100 prosent etter statens honorartakst, eller om det skal innføres en egenandel. Begrunnelsene vil i tilfelle være at deler av trygdens stønad til utgifter til behandling av disse pasienter bør frigjøres til utbygging på andre særlig prioriterte områder. Alternativt at innføring av egenandel er et hensiktsmessig virkemiddel for å redusere uønsket etterspørsel fra disse gruppene.

Årsakene til behovet for behandling er enten alvorlige medfødte lidelser, utviklingsforstyrrelser, kroniske alvorlige sykdommer eller funksjonsfeil. Dette gjelder blant annet tannregulering og rehabilitering av tannsettet. Mange av de aktuelle pasientene vil i løpet av behandlingsfasene med medisinsk/kirurgisk behandling av grunnlidelser måtte gjennomgå omfattende sykehusbehandling, hvor all behandling gis vederlagsfritt. De kan i tillegg ha mange livskriser på grunn av lidelsen/sykdommen. De pårørende har som regel også store utfordringer når det gjelder å bistå pasientene i dagliglivet. Tannhelseproble-

mene blir et tilleggsproblem. Behovet for tannbehandling vil for mange være avgjørende for å kunne leve et akseptabelt sosialt liv, for å kunne snakke normalt og for å kunne spise det som anses som sunn og næringsrik mat.

For de aktuelle pasienter vil det etter regjeringens vurdering virke urimelig å innføre en egenbetaling. Risikoen for etterspørsel etter unødvendig behandling anses som marginal. De aktuelle pasientenes liv er i tillegg fylt av mange belastninger.

Regjeringen tilrår at de aktuelle grupper får dekket utgiftene med 100 prosent etter statens honorartakst.

#### *Egenandel for de personer som i dag omfattes av bidragsordningen (§ 5-22) og som er foreslått overført til stønadsordningen (§ 5-6)*

Regjeringen foreslår overføring av refusjon fra bidrag til tannbehandling (§ 5-22) til stønad (§ 5-6). Gjennomføring av forslaget vil bety betydelige forenklinger. Overføringen reiser spørsmålet om egenandel for disse gruppene, se kapittel 5.11. Trygdens utbetaling av bidrag etter § 5-22 var i 2006 samlet på 103,4 mill. kroner.

Egenandelen etter offentlig honorartakst for de som fikk bidrag i 2006 er av NAV direktorat beregnet til ca 20-25 prosent av honorartakstene. Beløpet utgjør i gjennomsnitt ca 3 000 kroner per person. Regjeringen har som siktemål at bidragsordningen til tannbehandling overføres til stønadsordningen fra 2008. Alvorlighetsgraden av personenes sykdommer og lidelse tilsier at egenandel ikke bør økes. Risikoen for økt etterspørsel fra pasienter med mindre problemer anses minimal.

Regjeringen vil utforme en egenbetalingsordning innenfor gjeldende økonomisk ramme ved overføring til stønad under § 5-6 fra 2008.

#### *Egenandel for behandlinger hvor trygden yter stønad til delvis dekning av utgifter etter honorartakst*

Økningen i trygdens stønad for de angjeldende behandlinger er nylig vedtatt av Stortinget, se kapittel 5.9.4. Regjeringen anser det derfor ikke som aktuelt å foreslå eventuelle større endringer i egenandelen. Kartlegginger utført vinteren 2006-2007 viser at tannlegenes priser i de fleste tilfeller ligger betydelig over honorartakst når det gjelder kirurgibehandlinger. For enklere periodontittbehandling ligger prisene i gjennomsnitt på nivå

med, eller under, honorartakst. Det kan derfor være grunn til å vurdere justeringer av honorartakstene – og dermed justering av refusjonene/egenandelene – i forbindelse med Helse- og omsorgsdepartementets gjennomgang høsten 2007, med ikrafttredelse 01.01.08.

Stønadsordningen til utgifter til odontologisk rehabilitering på grunn av periodontitt er en relativt ny ordning. Stortinget har lagt til grunn at stønadene særlig skulle komme de til gode som har/har hatt mest alvorlig periodontitt. Slik sett burde stønaden til de med omfattende rehabiliteringsbehov økes. Hvis dette skulle gå på bekostning av stønad til de som har minst behov for rehabilitering, ville det kunne gi seg uheldige utslag. Hvis stønaden reduseres til de som velger protese (gebiss) som behandlingsløsning, vil dette først og fremst kunne ramme de med svakest økonomi, dvs. de som ikke har økonomi til å velge fastsittende løsning i form av broer med eller uten implantatfeste. Dette vil kunne medføre større sosial ulikhet. Hvis stønadsordningen bare skulle omfatte de som har mistet flest tenner, for eksempel mistet flere enn 3 eller 4 tenner, ville det kunne resultere i at flere unødvendig fikk trukket tenner for slik å kunne få stønad til rehabilitering.

Helse- og omsorgsdepartementet vil foreta en gjennomgang av stønadsordningen i løpet av 2008. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte, når resultatet av kartleggingen foreligger.

#### *Kjeveortopedisk behandling*

Trygdens stønad til kjeveortopedisk behandling utgjør i underkant av halvparten av trygdens samlede stønad etter § 5-6. Regjeringen vil sørge for en gjennomgang av vilkårene for trygdens stønad med sikte på revurdering av omfanget av de som bør anses å ha rett til stønad fra trygden, samt nivået på stønaden. Gjennomgangen vil også omfatte en evaluering av nytt takstsystem for kjeveortopedisk behandling som ble innført fra 1. juni 2004. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte når resultatet av gjennomgangen foreligger.

#### *Refusjon av egenandel under skjermingsordning tak 2*

Det har vært reist spørsmål om alle trygdestønadsordninger til tannbehandling burde omfattes av tak 2 ordningen. De behandlinger som i så tilfelle er aktuelle å vurdere er rehabilitering etter periodontitt, kjeveortopedisk behandling, tannbe-

handling for enkelte andre sykdomsgrupper samt de pasientgrupper som er foreslått overført fra bidragsordning (§ 5-22) til stønadsordning (§ 5-6).

Når det gjelder rehabilitering etter periodontitt har alle sannsynligvis egenandel på over 2 500 kroner. Det foreligger ingen statistikk som viser omfanget av egenandelen for de som mottar stønad til slik behandling. Dette har sammenheng med utformingen av stønadsordningen, som inneholder kun refusjonstakster. Etter regjeringens vurdering er det grunn til å anta at egenandel basert på statens honorartakster samlet kan utgjøre opp til 150 mill. kroner. Som omtalt foran vil Helse- og omsorgsdepartementet sørge for en gjennomgang av stønadsordningen i løpet av 2008.

Når det gjelder kjeveortopedisk behandling gjelder dette barn og ungdom, som ikke nødvendigvis er storforbrukere av øvrige helsetjenester. De fleste får gjennomført kjeveortopedisk behandling i alderen 11 – 15 år. En eventuell innlemming av egenandeler for kjeveortopedisk behandling ville innebære at samtlige barn/unge ville bli omfattet. Gitt dagens stønadsordning ville kostnadene bli om lag 150 – 200 mill. kroner.

De behandlinger/pasientgrupper som i første omgang kan anses som aktuelle å vurdere omfanget av tak 2-ordningen er de som kan få bidrag under dagens bidragsordning. Dette er pasienter med kroniske lidelser/sykdommer. Det er grunn til å anta at flere er storforbrukere av helsetjenester. Egenandelen for disse er anslått å være til sammen ca 25-30 mill. kroner på årsbasis. I forbindelse med en generell gjennomgang av tannbehandling i forhold til skjermingsordning tak 2 kan disse grupper eventuelt vurderes.

Det er startet en gjennomgang av refusjonsordningen for fysioterapi, særlig refusjoner for personer som hører inn under den såkalte diagnoselista. I den forbindelse vurderes også egenandeler ved fysioterapitjenester i tak 2 ordningen. I oppfølgingen av denne gjennomgangen er det aktuelt at refusjon av egenandeler til tannbehandling under tak 2-ordningen vurderes i lys av formål, omfang og de administrative kostnader som er forbundet med ordningen. Regjeringen vil derfor senere komme tilbake til spørsmålet om refusjoner for tannbehandling under tak 2-ordningen i budsjettssammenheng.

#### *Spørsmålet om utvidet skjermingsordning til de med høye utgifter*

Tannlegeforeningen uttaler i sitt høringssvar at foreningens grunnsyn er at de som primært bør

gis stønad fra trygden er de grupper som har store utgifter til tannbehandling. Foreningen har ikke spesifisert nærmere hvem dette i så tilfelle skal omfatte, som for eksempel nivået for innslaget av stønaden, aktuelle vilkår for å få stønad (f.eks. diagnose, objektive kriterier for behov for rehabilitering mv) eller nærmere spesifisering av hva som skal anses å være nødvendig behandling. Enkelte andre høringsinstanser har også foreslått at de med store utgifter bør få stønad.

7 – 9 prosent av befolkningen som besvarte en spørreundersøkelse basert på telefonoppringing, hadde utgifter over 6 000 kroner i løpet av de siste 12 måneder. Det framgår ikke hva som var innholdet i behandlingen, det samlede beløp for den enkelte, eller hvor mange med utgifter over 6 000 kroner som mottok stønad fra trygden mv. Vi har heller ingen kunnskap om hvor mange som avstod fra behandling til over 6 000 kroner pga økonomi, selv om behandlingen ble ansett som nødvendig. Ca 15 – 20 prosent av voksenbefolkningen som responderte på undersøkelsen hadde vært hos tannlege for mer enn 24 måneder siden. Det framgår ikke hvor mange av disse som ikke har oppsøkt tannlege pga økonomi og hvilket behandlingsbehov de eventuelt har. Det framgår heller ikke om de ikke anses å ha et behov for regelmessig tannhelsekontroll for eksempel fordi de har helprotese (gebiss) uten å ha problemer eller ubehageligheter.

Undersøkelser både i Sverige og i Norge viser at de med lavest inntekt går sjeldnere til tannlege enn de med høyest inntekt. Forskjellene er imidlertid ikke store gruppene imellom, med unntak av de med inntekt under 100 000 kroner. Undersøkelsen fra Sverige viser at de som ikke har vært hos tannlege på minst to år i stor utstrekning tilhører sosioøkonomisk svake grupper, mange har barn, er unge, enslige og har lav inntekt/er uten jobb. 23 prosent avstår fra tannbehandling av økonomiske grunner. Undersøkelsene viser også at selv om Sverige har hatt en generell refusjonsordning siden 1974 for alle voksne, er det mange som på ulik måte faller utenfor. Innføring av stønad til de med høye utgifter vil nødvendigvis ikke fange opp de som trenger det mest.

I Sverige ble det innført et såkalt högkostnads-skydd i 2003. Ordningen innebærer at pasienter eldre enn 65 år får dekket 100 prosent av alle kostnader som overstiger 7 700 SEK til implantatbehandling og til rehabilitering med broer mv.. Ordningen har gitt en kostnadsvekst på ca 200 prosent over opprinnelig budsjettet (ca 2 mrd SEK i 2005). I SOU 2007:19 er det foreslått betydelige endringer i ordningen.

En generell stønadsordning for de med høye utgifter reiser spørsmål om nødvendighetsbegrepet og om et slikt tiltak på en god måte bidrar til sosial utjevning i tannhelse. Dagens finansierings-system for tannhelsetjenester innebærer at hovedtyngden av voksenbefolkningen selv betaler for tannbehandling. Valget av behandling blir en avtale mellom pasient og tannlege. En rekke momenter vil kunne ligge til grunn for pasientens valg. Aktuelle momenter i tillegg til betalingsevne og - villighet er opplevd tyggefunksjon, estetikk, hva som anses sosialt akseptabelt, misnøye med eksisterende tannhelsetilstand, ønske om å skifte ut amalgamfyllinger eller plastfyllinger av estetiske grunner etc. Det kan derfor være vanskelig å fastsette objektive kriterier for hva som skal anses som nødvendig behandling. Det er i tillegg store individuelle forskjeller i tannlegenes diagnostikk og i deres faglige vurdering av hva som anses som nødvendig behandling for den enkelte. Innføring av betydelig stønad til de som har store utgifter, dvs. utgifter til flere titusener av kroner, uten objektive kriterier, vil i hovedsak overlate definisjonen av vilkårene for trygdestønad til tannlegen og pasienten i samarbeid.

Spørsmålet er videre om det skal være en skjermingsordning for de med høye utgifter eller for de med lave inntekter. Før alternative skjermingsordninger kan vurderes må det etter regjeringens vurdering foreligge mer kunnskap om tannhelsen i voksenbefolkningen i Norge.

Regjeringen tilrår i første omgang kunnskapsoppbygging om tannhelsetilstanden i voksenbefolkningen, om årsaker til at personer ikke oppsøker tannlege, om behandlingsbehovet hos de som ikke oppsøker tannlege og om bruk av ulike virkemidler for å utjevne sosial ulikhet i tannhelse.

#### *Trygdefusjon for oralmikrobiologiske tjenester*

Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo opprettet i 1992 Mikrobiologisk Diagnostisk Service (MDS). MDS mottar mikrobiologiske prøver, spyttprøver og prøver for sterilisatorkontroll fra undervisningsavdelinger på de odontologiske fakultetene i henholdsvis Bergen og Oslo, fra sykehus, og fra tannleger og tannpleiere i hele landet. MDS er eneste laboratorium for oralmikrobiologiske prøver i Norge. Antallet prøver som mottas er ca 700 – 1000 per år. Analyser av laboratorieprøver som angår bakterier, sopp og virus i munnen krever til en viss grad annen kompetanse enn kompetansen ved medisinske laboratorier. Det er derfor fremmet forslag om at utgifter til analyse av

mikrobiologiske prøver ved dette laboratoriet kan gis refusjon fra trygden på samme måte som ved analyser ved medisinske laboratorier.

Regjeringen vil vurdere nærmere spørsmålet om refusjonsordning for laboratorieanalyser utført ved MDS. I den sammenheng er det blant annet aktuelt å vurdere behovet i tannhelsetjenesten, omfanget av virksomheten, kvalitetskrav til virksomheten og aktuelle budsjettmessige og administrative konsekvenser. Regjeringen vil eventuelt komme tilbake til dette i budsjettssammenheng.

*Harmonisering av egenandeler for behandling som omfattes av poliklinikk takstene på sykehus med egenandeler for likeartede behandlinger utført av tannleger utenfor sykehus*

Egenandeler ved kirurgisk behandling utført poliklinisk på sykehus er beskrevet i kapittel 5.11.3. Behovet for harmonisering av poliklinikk takstene og trygdens takster for identiske/likeartede behandlingsformer innen oral-/kjevnekirurgi er ikke belyst av utvalget. Utvalget har i hovedsak overlatt til Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomgå regelverk og takster for trygdefusjon.

Spørsmålet om harmonisering av de aktuelle egenandeler er tatt opp av fagmiljøene ved sykehusene. Det er særlig to problemstillinger som er viktige i denne sammenheng. Det ene er forskjellene i egenandeler for identiske behandlingsformer som utføres på hhv sykehus (etter poliklinikkforskriften) og av tannleger utenfor sykehus. Det andre er at poliklinikk takstene ikke er blitt oppdatert og justert som følge av faglig utvikling og dagens behandlingspanorama.

Lavere egenandeler på sykehus kan føre til at pasienter i uønsket omfang blir henvist til behandling på sykehus med oral-/kjevnekirurgiske enheter fremfor å bli henvist til oralkirurger utenfor sykehus. Dette er med på å redusere sykehuses kapasitet til å utføre andre oral-/kjevnekirurgiske behandlinger som kun kan utføres på sykehus.

Helse- og omsorgsdepartementet har tidligere foretatt en harmonisering av egenbetaling og poliklinikkrefusjon for implantatbehandling. Egenbetalingen for slike behandlinger samsvarer i stor grad med tilsvarende behandling utført utenfor sykehus. Egenbetalingen for implantatbehandling på sykehus inngår ikke i skjermingsordning tak 1.

Regjeringen vil igangsette et arbeid med sikte på harmonisering av egenbetaling for kjevnekirurgi/oralkirurgi i og utenfor sykehus.

*Oppsummering*

- Gråsonespørsmål mhp egenbetaling for 19-20-åringer i tannhl. foreslås løst gjennom at aldersgrensen til vederlagsfri tannhelsehjelp øker til 20 år
- Regjeringen tilrår ingen endringer for de grupper som fra trygden får dekket utgiftene med 100 prosent etter honorartakst
- Egenbetaling for de grupper som omfattes ved overføring av stønadsordning fra § 5-22 (bidrag) til § 5-6 utformes i forbindelse med 2008-budsjettet
- Regjeringen vil foreta en vurdering av stønadsordning til utgifter til rehabilitering etter periodontitt etter at utredning er foretatt i løpet av 2008
- Regjeringen vil vurdere stønadsordningen til kjevneortopedisk behandling etter at en utredning er foretatt i 2008
- Regjeringen tilrår at refusjoner for tannbehandling under tak 2 ordning vurderes i forbindelse med 2009-budsjettet
- Regjeringen vil igangsette en kunnskapsoppbygging angående tannhelsetilstanden i voksenbefolkningen, om årsaker til at personer ikke oppsøker tannlege, og om behandlingsbehovet hos de som ikke oppsøker tannlege, samt bruk av virkemidler for å utjevne sosial ulikhet i tannhelse
- Regjeringen vil starte et arbeid med sikte på harmonisering av egenbetaling for kjevnekirurgi/oralkirurgi i og utenfor sykehus

## 11 Bedre tilgjengelighet til tannhelsetjenester

### 11.1 Utdanningskapasitet og personellsammensetning

#### 11.1.1 Forslaget i NOU 2005: 11

Utvalget peker på fem hovedutfordringer for å kunne nå målsettingene for tannhelsepolitikken. En av de fem hovedutfordringer er å få tannhelsetjenester produsert på en mer effektiv måte, blant annet gjennom bedre arbeidsdeling mellom yrkesgruppene. Utvalget påpeker at prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) også må være førende for tannhelsetjenesten. Utvalget mener det er et potensiale for endringer i oppgavefordelingen gjennom å tilsette flere tannpleiere i både offentlig og privat sektor. Utvalget mener at i privat sektor er potensialet betydelig, men det forutsetter endringer i praksisstrukturen, og at tannpleier og tannlege arbeider i team.

Utvalget sier videre at det i framtida må satses mer på forebyggende og helsefremmende arbeid og ønsker en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere. De uttaler at «myndighetene kan styre tilgang på personell og dermed også profesjonssammensetningen.», uten å spesifisere nærmere bruk av virkemidler.

#### 11.1.2 Uttalelser fra høringsinstansene til NOU 2005: 11

15 av høringsinstansene har gitt kommentarer eller tilrådninger angående utdanningskapasitet og oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere. 2 av høringsinstansene (*Nord-Trøndelag og Oppland fylkeskommuner*) anbefaler økning av utdanningen av tannleger. De 13 øvrige uttaler direkte eller indirekte at utdanningen av tannpleiere bør øke (blant annet 5 fylkeskommuner, *Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund, Tannpleierforeningen, Tannlegeforeningen, Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedirektoratet og Universitetet i Oslo*). Flere av disse etterlyser en drøfting av oppgavefordelingen mellom personellgruppene ut fra hensynet til LEON-prinsippet.

#### 11.1.3 Regjeringens vurderinger

##### *Effektiv oppgavefordeling mellom tannpleier og tannlege*

De primære kliniske oppgavene til tannleger er blant annet å registrere sykdom i tenner, kjeve og i munnen, samt registrere symptomer i munnen som er uttrykk for bakenforliggende årsaker eller forhold. Videre skal tannlegene diagnostisere sykdom, behandle sykdom og skade, rehabilitere tannsett, i tillegg gi individuell veiledning i hvordan den enkelte selv kan ta vare på egen tannhelse. Tannlegene skal også varsle lege eller andre i de tilfeller det er grunnlag for det. Endringer i sykdoms- og tannhelseforhold tilsier at tannlegen må ha en bred faglig tilnærming i sin yrkesutøvelse. De må også kunne mestre større arbeider innenfor odontologisk rehabilitering.

Den store bedringen i tannhelsetilstand hos barn og unge fra ca 1970 har ført til at en økende andel ikke har behov for reparasjon av tenner i forbindelse med de årlige tannhelsekontroller. Lavere sykdomstilvekst i kombinasjon med endringer i behandlingsprinsipper har også ført til at de regelmessige kontroller for de fleste gjennomføres med tidsintervaller på 18 – 24 måneder. Som beskrevet i kapittel 5.5.2 er tannhelsekontrollene i økende grad overtatt av tannpleiere. Det er fortsatt et potensiale i den offentlige tannhelsetjenesten for at tannpleiere kan overta flere oppgaver. Det største potensialet er i privat sektor og hvor tannlegene har drevet sine praksiser uten tannpleiere.

Tannhelsekontroller utført av tannpleiere vil også kunne innebære at innholdet i undersøkelsen/kontrollen i ekstra grad kan rettes mot den enkeltes egeninnsats for å unngå eller begrense sykdomsutvikling. Tannpleiere som førstelinjetjeneste vil således også kunne føre til at behovet for reparasjoner og omfattende periodontittbehandlinger, som tannlege må utføre, på sikt blir redusert.

I organisering og oppgavefordeling i helsetjenesten er det et hovedprinsipp at tjenestene skal utføres etter det såkalte LEON-prinsippet, dvs. på det lavest effektive omsorgsnivå, jf. kapittel

1.1 i St. prp. nr.1 (2006-2007). Systematiserte forsøk har vist at kvaliteten på tannpleiernes utførelse av tannhelsekontroller er minst like god som kvaliteten på tannlegenenes utførelse av samme oppgaver. Tannhelsekontroller og kariesdiagnostikk utført av tannpleiere innebærer også bedre samfunnsøkonomi. Utdanning av tannleger tar 5 år, til høyere utdanningskostnader sammenliknet med 3-årig utdanning av tannpleiere. Utvidelse av tannpleiernes arbeidsoppgaver vil også kunne bidra til at flere vil fortsette i yrket som tannpleier.

Regjeringen vil foreslå en økning av utdanningskapasiteten av tannpleiere. Etablering av utdanning i Midt-Norge vil bli prioritert. Når det gjelder opptakskapasiteten til tannlegestudiet mener regjeringen at dette kan vurderes etter at tannlegeutdanningen i Tromsø er i full drift.

#### *Sannsynlig etterspørsel etter tannhelsetjenester mot 2025*

Lavere forekomst/utvikling av tannsykdommer har ført til at den yngre voksenalderen opp til ca 40 år, i gjennomsnitt har færre tenner som er reparert som følge av skade av sykdommen karies, sammenliknet med for 20-30 år siden, se kapittel 5.2.3. Forekomst av sykdommen periodontitt er begrenset i denne aldersgruppen. Av den grunn kan også mange av de yngre voksne gå sjeldnere enn hver 12. måned til regelmessig tannhelsekontroll. Denne aldersgruppen forbruker i gjennomsnitt mindre tannhelsetjenester sammenliknet med tilsvarende alderskohortgruppe for 20 år siden.

Dagens 18-20-åringene har enda bedre utgangspunkt tannhelsemessig sett, sammenliknet med 18-20-åringene for 20 år siden, se kapittel 5.2.2. For hvert år fremover vil en økende andel voksne i aldersgruppene 20 – 59 år ikke ha behov for ny tannfylling/reparasjon eller omgjøring av tidligere reparasjon i forbindelse med regelmessig tannhelsekontroll. Tannhelsekontrollen vil for flere og flere bære preg av å være friskhetskontroll fremfor en sykdomskontroll. Det betyr også at regelmessige tannhelse-/friskhetskontroller på mer kostnadseffektivt måte kan utføres av tannpleier fremfor av tannlege.

De eldre aldersgruppene går hyppigere til tannhelsekontroll sammenliknet med unge voksne (samme som i Sverige). En kjøpesterk eldregerasjon kan øke etterspørselen/forbruket av tannlegebehandling som følge av at flere

beholder sine egne tenner, og de fleste av disse tennene har tidligere reparasjoner som skal vedlikeholdes. Mange vil også ønske å erstatte tenner som er gått tapt med broer, eventuelt med erstatninger som må festes på implantater i kjevene. Gitt hovedtrekkene i dagens finansiering av tannbehandling, er det grunn til å anta at økningen i etterspørselen etter/forbruket av tannhelsetjenester i de eldste aldersgruppene allikevel fram til 2025 ikke blir større enn nedgangen i etterspørselen/forbruket hos yngre voksne. Dette samsvarer i stor grad med vurderinger gjort i andre land.

Befolkningsundersøkelser gjennomført fra 1985 til 2006 viser at befolkningens utgifter til tannhelsetjenester i løpet av de siste 20 årene ikke har økt mer enn prisutviklingen på tannhelsetjenester skulle tilsi. Det betyr at økningen i etterspørsel/forbruk samlet sett i stor grad kun har fulgt demografiutviklingen. Med mindre sykdomsutviklingen endrer seg til det verre, er det grunn til å anta at etterspørsel eller forbruk av tannhelsetjenester i gjennomsnitt pr innbygger heller ikke vil øke vesentlig de kommende 20 år. En økning av tilbudet av tannpleiere, som har det forebyggende perspektiv som hovedinnretning i sin yrkesutøvelse, vil dessuten kunne bidra til å redusere sykdomstilveksten og dermed redusere etterspørsel etter tjenester som krever tannlegekvalifikasjoner.

Det som eventuelt kan påvirke etterspørselen mest er innføring av generell trygdefusjon for utgifter til tannbehandling, og kanskje særlig skjermingsordninger overfor personer med høye kostnader til tannbehandling, jf. erfaringene fra Sverige (omtalt som 65 + – ordningen). De nye grupper som i denne meldingen blir anbefalt å over tid bli inkludert å motta vederlagsfrie tannhelsetjenester utgjør til sammen ca 3 – 4 prosent av voksenalderen. Innlemming av disse gruppene som et offentlig finansieringsansvar vil kunne føre til en svak vekst i den samlede etterspørselen. En eventuell refusjonsordning for tannhelsekontroll for innbyggere 75 år og eldre, vil føre til noe økt etterspørsel etter forebyggende oppgaver/friskhetskontroller. 85 til 90 prosent av befolkningen over 60 år oppsøker tannlege regelmessig. Ifølge Tannlegeforeningens praksisundersøkelse fra 2004 opplyser ca 30 prosent av de privatpraktiserende tannlegene at de ønsker flere pasienter (40 prosent i de største byene og 30 prosent i småkommuner opptil 5 000 innbyggere), åtte prosent opplyser at de ønsker færre. Etter regjeringens vurdering er det således god grunn til å anta at

det er kapasitet i sektoren til å ivareta økt etterspørsel med dagens tannlegedekning.

*I hvilken grad vil markedet sysselsette flere tannpleiere hvis utdanningskapasiteten av tannpleiere øker?*

En økning av utdanningskapasiteten av tannpleiere, slik at forholdstallet mellom yrkesaktive tannleger og tannpleiere på landsbasis gradvis endres, forutsetter at tannpleiere blir sysselsatt, enten istedenfor tannleger, eller i tillegg til tannleger.

Både offentlige arbeidsgivere (fylkeskommunene) og private arbeidsgivere (privatpraktiserende tannleger) melder om for lav tilgang på tannpleiere som hinder for å ansette flere tannpleiere. I flere fylkeskommuner er det fortsatt potensiale for sammenslåinger av småklinikker til større enheter. Større klinikker vil muliggjøre bredere sammensetning av kompetanseteam, og dermed ansettelse av tannpleiere fremfor tannleger når tannlegestillinger blir ledige. Ca 70 prosent av privatpraktiserende tannleger arbeider i praksiser hvor det ikke er tilknyttet/ansatt tannpleier. Mange av disse er tannleger i en-tannlegepraksiser. Halvparten av disse opplyser at det ikke er kontorplass til tannpleier i praksisen. Etter hvert som disse tannlegene pensjonerer seg vil det kunne skje endringer i praksisstrukturen (de unge vil arbeide i større praksiser med bredere fagmiljø). Økning av tilgang på tannpleiere i kombinasjon med svak økning i tilgangen på tannleger vil innebære at både offentlige og private arbeidsgivere i større grad kan ansette tannpleiere. En større andel tannpleiere vil selv kunne etablere privat praksis.

Regjeringen legger til grunn at arbeidsgiversiden uten regulatoriske virkemidler vil innrette seg etter tilgangen på disse to yrkesgruppene.

*Vil det med uendret utdanningskapasitet av tannleger allikevel kunne bli en ubalanse i tannlegemarkedet?*

Utgangspunktet er et tannlegemarked med ca 80 – 100 ubesatte stillinger i offentlig sektor per januar 2007, og tilnærmet «balanse» i privat sektor. I fylker med lavest tannlegetetthet (trøndelagsfylkene og Finnmark) meldes det ikke om vesentlig mangel på tannlegerressurser gitt at alle de offentlige stillingene ble besatt. Ca 30 prosent av de private tannlegene i befolkningsrike/større kommuner og småkommuner opp til 5 000 innbyggere, melder at de ønsker seg flere pasienter, uten at det sies hvor mange.

En vekst i etterspørsel som kun følger veksten i demografi, innebærer for tannlegene isolert sett en underdekning på hhv. ca 130 tannleger i 2010 og 150 i 2015, for så å bli redusert til 110 i 2025. Dette kommer i tillegg til eksisterende underdekning (= ubesatte stillinger) i offentlig sektor per i dag.

Underdekningen kan på kort sikt delvis kompenseres med ekstra tilgang på tannleger gjennom videreføring av kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området (og som har varig oppholdstillatelse i Norge). I tillegg er det aktuelt at fylkeskommunene selv inntil videre rekrutterer fra EU-land. Mulighetene til å rekruttere fra nordiske land er små ettersom utdanningskapasiteten i disse landene er lav i forhold til avgang (enda lavere enn i Norge). På lengre sikt kan underdekningen kompenseres noe ved at flere norske ungdommer studerer odontologi i utlandet. Det største potensialet på sikt er å erstatte tannlegestillinger i offentlig sektor/ tannlegepraksiser i privat sektor med tannpleierstillinger.

De største problemene i tannlegemarkedet er knyttet til de deler av landet hvor offentlige tannlegestillinger har stått ubesatt i lang tid. Mange av disse områdene vil ha begrenset mulighet for å kunne omgjøre tannlegeårsverk til tannpleierårsverk. Slik omgjøring er enten allerede gjennomført, eller er ikke praktisk mulig på grunn av lokale forhold. Tannlegekapasitet må uansett være tilgjengelig.

Helse- og omsorgsdepartementets tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannlegearbeid omfatter blant annet rekruttering av tannleger fra EU-land, tilskudd til utviklingstiltak for strukturendringer i fylkeskommunene, statlig finansiert vikarordning og kvalifiseringsprogram for tannleger fra land utenfor EØS-området. Flere fylkeskommuner opplyser at rekrutteringen av tyske tannleger har vært avgjørende for å kunne opprettholde tannlegedekningen i utkantstrøk. Det ville vært kritisk i mange områder uten denne ressursen (Oppland, Rogaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag, Nordland og Finnmark). Det er til sammen over 100 tyske tannleger i disse fylkene.

For mange av fylkeskommunene er det viktig at de tiltak som har bidratt til å opprettholde tilbudet av tannleger kan fortsette. Etter regjeringens vurdering må fylkeskommunene også være mer offensive overfor privat sektor for å få denne sektoren til å være med på å løse de offentlige tannhelseoppgaver. Erfaringer med fylkeskommunale

tannhelsetjenester til rusmiddelavhengige tilsier at det er gode muligheter for samarbeid med privatpraktiserende tannleger. I tillegg vil innføring av rett til å kunne velge å få behandling utført av privatpraktiserende tannlege, for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, føre til ansvarliggjøring av den private sektor mhp. å delta i de offentlige oppgavene. Aktuell ledig kapasitet i privat sektor kan dermed i større grad bli utnyttet.

Et viktig forhold er studentenes preferanser når det gjelder framtidig yrkesaktivitet. Uansett sektorvalg, offentlig eller privat, opplyser 7 av 10 av siste års odontologistudenter at jobb i eller nær et tettsted var viktig. Det er også viktig med arbeidssted i samsvar med ektefelles/samboers ønsker og planer, og at jobben inneholder faglige utfordringer i tillegg til det å kunne jobbe sammen med andre. Mange som ønsker arbeid i offentlig sektor ser på dette som midlertidig før de vil søke privat sektor. En større andel av kandidatene i Bergen, sammenliknet med Oslo, har søkt arbeid i offentlig sektor etter endt utdanning. Studentundersøkelsen fra 2003-2006 viste at ca 35 prosent av studentene utdannet i Oslo og Bergen ønsket å arbeide i Oslo. Noen flere ønsker å arbeide i privat sektor fremfor offentlig sektor.

I Sverige vil antall yrkesaktive tannleger gå betydelig ned de kommende år (fra ca 7 000 i 2005 til antatt ca 4 800 i 2020). Preferansene til nyutdannede tannleger kan dermed innebære de søker seg til sentrale strøk i Sverige framfor i distrikter i Norge.

Regjeringen legger til grunn at når utdanningen av tannleger i Tromsø er i full drift fra 2012, vil den samlede tilgangen på tannleger i Norge i stor grad være tilstrekkelig. Behovet for ekstratiltak, slik som vikarordning, tilskudd til språkopplæring av tannleger fra EØS-land og for kvalifiseringsprogram for tannleger fra land utenfor EØS-området, vil løpende bli vurdert. I den forbindelse vil regjeringen legge vekt på den politikken som generelt skal utvikles nasjonalt og internasjonalt når det gjelder migrasjon av helsepersonell. Etter regjeringens vurdering vil vi uansett ha utfordringer når det gjelder rekruttering til distriktene.

### Oppsummering

- Regjeringen vil øke utdanningskapasiteten av tannpleiere fra 57 til 95 – 100 opptaksplasser

- per år. Etablering av utdanning i Midt-Norge vil bli prioritert
- Den mest kritiske perioden på tannlegemarkedet er perioden frem til 2011-2012. Regjeringen vil inntill videre videreføre tilskudd til fylkeskommunenes egen rekruttering av tannleger fra EU-land og til kvalifiseringsprogram for utenlandske tannleger
- Økning i utdanningskapasitet av tannpleiere i kombinasjon med uendret utdanningskapasitet av tannleger muliggjør en betydelig personellstrukturreform innad i tannhelsetjenesten, med endringer i oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger. Dette representerer en politikk med sterkt fokus rettet mot helsefremmende og forebyggende virksomhet, og mer effektiv bruk av personellressurser
- Regjeringen vil vurdere utdanningskapasiteten for tannleger på nytt, etter at Tromsøutdanningen er i full drift

## 11.2 Refusjonsrett for tannpleiere

### 11.2.1 Forslaget i NOU 2005: 11

For å stimulere til ønsket utvikling foreslår utvalget også at tannpleiere får selvstendig refusjonsrett fra folketrygden for de tannhelsetjenester de er kvalifisert til å utføre, samt rett til direkte oppgjør. Utvalget begrunner også sitt forslag med at det virker lite hensiktsmessig at tannleger må underskrive på behandling som annet personell har utført og har et selvstendig faglig ansvar for.

### 11.2.2 Høringsinstansenes uttalelser til NOU 2005: 11

Ni av høringsinstansene har spesielt kommentert forslaget til refusjonsrett for tannpleiere. Samtlige av disse støtter forslaget. Dette gjelder *Nord-Trøndelag* og *Vestfold fylkeskommuner*, *Landsorganisasjonen*, *Norsk Pensjonistforbund*, *Yrkesorganisasjonens Sentralforbund*, *Norsk Tannpleierforening*, *Sosial- og helsedirektoratet*, *Rikstrygdeverket (Arbeids- og velferdsdirektoratet)* og *Universitetet i Oslo*.

*Vestfold fylkeskommune* etterlyser i sitt høringsvar en vurdering av hvordan prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå kan utbres ytterligere. Fylkeskommunen savner forslag som tar i bruk økonomiske styringsmekanismer for dette og uttaler at:



«...som for eksempel innføring av refusjonsordninger for de som søker behandling på laveste effektive omsorgsnivå. For eksempel kan refusjon for regelmessig undersøkelse og røntgenopptak hos tannpleier stimulere til å benytte denne yrkesgruppen, med den effekten at tannlegerressurser kan frigjøres og bidra til spredning på landsbasis. ... Det må utdannes langt flere tannpleiere enn nåværende utdanningskapasitet legger opp til.»

*Sosial- og helsedirektoratet* etterlyser også en nærmere vurdering av oppgavefordelingen mellom tannpleiere og tannleger, og særlig i den private tannhelsetjenesten. Direktoratet støtter også selvstendig refusjonsrett for tannpleiere som viktig virkemiddel for mer hensiktsmessig oppgavefordeling, og en økning av utdanningskapasiteten av tannpleiere.

*Forbrukerrådet* belyser i sitt høringsvar spørsmålet om effektiv produksjon av tannhelsetjenester, blant annet gjennom bedre arbeidsdeling mellom yrkesgruppene. Det fremheves at det imidlertid bør være:

«...en selvfølge at forbrukeren skal være trygg på at den tjenesten han eller hun får utført skal være utført av en tilstrekkelig faglig kvalifisert person, og at rolle- og ansvarsfordelingen i tannhelsetjenesten er klar og tydelig for forbrukere, myndigheter og tilbyderne selv.»

### 11.2.3 Regjeringens vurdering

Regjeringens har foran drøftet effektiv tjenesteproduksjon og oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleiere. Overfor den voksne befolkningen yter trygden stønad til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom etter folketrygdlovens § 5-6 Tannlegehjelp. Det er et vilkår for stønad at undersøkelse og behandling er utført av tannlege. Stønad ytes uavhengig av om behandlingen er utført av tannlege ansatt i fylkeskommune, av privatpraktiserende tannlege eller tannlege ansatt på de odontologiske lærestedene.

Med hjemmel i § 5-6 er det fastsatt forskrift som spesifiserer hvilke former for undersøkelse og behandling trygden yter stønad til dekning av utgifter til. I forskriften er det åpnet for at stønad til dekning av utgifter til periodontittbehandling uten kirurgisk inngrep også kan gis i de tilfeller behandlingen er utført av tannpleier. I forbindelse med periodontittbehandling kan det også ytes stønad til utgifter til anestesi og til røntgenundersøkelser. I de tilfeller behandlingen utføres av tannpleier er det en forutsetning at behandlingen er

utført i samarbeid med tannlege. Videre er det et vilkår for stønad at skjema for refusjon er signert av samarbeidende tannlege. Stønad utbetales til samarbeidende tannlege dersom denne har avtale om direkteoppgjør med NAV. Trygdens stønad til dekning av utgifter til periodontittbehandling utført hos tannpleier ytes etter samme refusjonstakst som for tilsvarende behandling utført hos tannlege. Det samme for utgifter til røntgenbilder og anestesi.

Egenandeler for periodontittbehandling inngår i skjermingsordning tak 2. Det innebærer at egenbetaling for utgifter til periodontittbehandling utført av tannpleier også inngår i tak 2 ordningen, forutsatt at vilkårene nevnt ovenfor er oppfylt.

Stønad til utgifter til behandling hos tannlegespesialist kan også ytes i de tilfeller pasient er henvist fra tannpleier. I slike tilfeller er det ikke en forutsetning at tannlegen må signere på henvisningen.

Innføring av rett til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannpleier innebærer i prinsippet en formalisering av gjeldende praksis. Slik rett til stønad vil etter regjeringens vurdering være et viktig virkemiddel for å oppnå ønsket utvikling når det gjelder tannpleieres førstelinjerolle og dermed oppgavefordelingen mellom tannpleiere og tannleger. Det vil forsterke ønskede endringer mot mer kostnadseffektiv bruk av personellens kvalifikasjoner. Det vil også kunne forsterke den forebyggende profil i de regelmessige tannhelsekontroller.

Innføringen vil også bedre tilgjengeligheten for voksenbefolkningen i distriktene til å få stønad fra trygden til utgifter til periodontittbehandling. For befolkningen vil det øke valgmulighetene når det gjelder valg av behandler, særlig i de Nord-norske fylkene som har forholdsvis mange tannpleiere. På sikt vil tiltaket, i kombinasjon med økt tilgang på tannpleiere, bidra til frigjøring av tannlegerressurser.

Det er grunn til å anta at tannpleiere og tannleger i framtida i minst like stor grad som i dag vil arbeide sammen i gruppepraksiser i den private sektor. Stønad til behandling av sykdom hos tannpleier vil kunne gi tannpleiere en status og faglig uavhengighet i gruppepraksiser som innebærer fleksible samarbeidsformer og hensiktsmessig oppgavefordeling. Stønad til utgifter til periodontittbehandling utført av tannpleier utgjør anslagsvis under 1 prosent av trygdens samlede stønad. Forslaget har derfor svært begrenset omfang mhp. offentlig finansiering.

Regjeringen tilrår at trygdens regelverk endres, slik at det kan ytes stønad til utgifter til

behandling for sykdom hos tannpleier på selvstendig grunnlag. Honorartakstene for behandling hos tannpleier vil bli fastsatt i forbindelse med de årlige takstjusteringene. Som for alle andre relevante yrkesgrupper forutsettes det at tannpleiere inngår direkte oppgjørsavtale med NAV etaten. Regjeringen vil komme tilbake til aktuelle lovendringer som er nødvendig for å formalisere gjeldende praksis når det gjelder trygdestønad for periodontittbehandling utført av tannpleier.

Det er reist spørsmål om tannlegers muligheter til å henvise pasienter til legespesialister. Dette vil regjeringen komme tilbake til i forbindelse med oppfølgingen av Stortingets behandling av meldingen.

## 11.3 Regionalpolitiske virkemidler

### 11.3.1 Rekruttering av tannleger til distriktene

Regjeringen har igangsatt ulike tiltak for å øke næringsutvikling gjennom en mer offensiv og målrettet distrikts- og regionalpolitikk. Regjeringen har blant annet iverksatt ordninger som er rettet mot de mest utsatte kommuner og lokalsamfunn, blant annet gjennom en flerårig satsing for utvikling av småsamfunn. Det er fylkeskommunene som fremmer forslag til aktuelle pilotprosjekter innenfor denne satsingen. Fra Kommunal- og regionaldepartementet er det uttalt at satsingen skal konsentreres om områder med lange avstander til regionale sentra, vedvarende tilbakegang i folketall og et sårbart næringsliv. Fylkeskommunene kan avgrense hvilke geografiske områder innenfor sitt fylke som skal defineres som småsamfunn. Småsamfunnsatsingen skal ha særlig fokus på gode tjenester og velferdstilbud, attraktive lokalsamfunn, samt næringsutvikling.

På statsbudsjettet for 2006 ble det avsatt totalt 23 millioner kroner til småsamfunnsatsingen. Beløpet er økt til 50 mill kroner i 2007. En stor andel av dette beløpet vil bli avsatt til å støtte nye pilotprosjekter innenfor de tre temaområdene som er nevnt over.

Regjeringen vil støtte spennende, lokale initiativ. Det er ønskelig at utviklings- og pilotprosjekter har nasjonal overføringsverdi. Fylkeskommunene er en sentral samarbeidspartner, blant annet for å sikre god samordning med eksisterende innsats.

Regjeringen vil vurdere å styrke denne satsingen, slik at tilgjengelighet til tannhelsetjenester kan bedres i områder med lavest tannlegedekning. Dette vil bli tatt opp i senere budsjettssammenheng.

### 11.3.2 Etablererstipendordningen

Etablererstipendordningen gjelder for hele landet og for alle næringer, unntatt offentlig virksomhet. I hvert fylke blir det prioritert ut fra lokale forhold og behov. Generelt sett er etableringer som innebærer introduksjon av et eller flere vesentlig nye produkter/tjenester i markedet, en ny anvendelse av et produkt/tjeneste, en ny måte å organisere på og/eller er basert på ny teknologi, høyt prioritert. Blant prosjektene som har potensiale for å skape lønnsomme arbeidsplasser, tas det særlig hensyn til søkere fra næringsssvake områder, kvinner og unge (inntil 35 år). Minimum 40 prosent av antall stipend skal gå til kvinner.

Formålet med stipendet er å stimulere til økt etableringsvirksomhet for å skape lønnsomme arbeidsplasser. Stipend til utviklingsfasen kan brukes til delvis dekning av kostnader som naturlig påløper i denne fasen, for eksempel egen lønn (det tas hensyn til annen inntekt/dagpenger/trygd), konsulentbistand, konsept-/produktutvikling, markedsundersøkelse/-vurdering og reiseutgifter.

Stipend til etableringsfasen kan brukes til delvis dekning av kostnader som naturlig påløper i denne fasen, for eksempel egen lønn (det tas hensyn til annen inntekt/dagpenger/trygd), konsulentbistand, fadderordninger og andre oppfølgings tiltak, kortere kurs (direkte relater til virksomheten), mindre fysiske investeringer og ekstraordinære kostnader knyttet til oppstarting av virksomheten.

De økonomiske virkemidlene som skal bidra til økt næringsutvikling i distriktene er i svært liten grad benyttet til å etablere samarbeid mellom privat og offentlig tannhelsesektor, og til å etablere privat praksis i områder med lav tannlege/tannpleierdekning. Regjeringen vil sørge for at mulighetene som ligger i midlene til næringsutvikling, både for privat og offentlig sektor, synliggjøres bedre for tannhelsepersonell som ønsker å etablere ny praksis, eller utvikle eksisterende praksis. Fylkeskommunene kan også selv etablere ulike driftsavtaler eller kombinasjonsstillinger med tannleger.

#### Oppsummering

- Regjeringen oppfordrer fylkeskommunene til å støtte private aktører i en søknadsprosess for statlige midler til næringsutvikling i form av etablering av eller utvidelse av private tannhelsetjenester

- Regjeringen vil i framtidig budsjettssammenheng foreslå en styrking av de regionalpolitiske virkemidler som kan bidra til geografisk likeverdighet i tilgjengelighet i tannhelsetjenester

## 11.4 Forslaget om etableringskontroll og regulering av det private markedet

Regjeringen har også vurdert forslaget i NOUen om etableringskontroll og regulering av det private markedet. Forslagene har fått rimelig bred oppslutning. Nedenfor gis det derfor en bred omtale av forslagene og av regjeringens vurdering.

### 11.4.1 NOU 2005: 11 – vurdering og forslag

Utvalget påpeker at store deler av landet mangler tannleger, registrert som ubesatte stillinger og som hyppig utskifting i stillinger i offentlig sektor. Utvalget påpeker videre at de Nord-norske fylkene har hatt høyest andel ubesatte stillinger/utskifting i stillinger. Sør-Norge har, i følge utvalget, hatt en reell vekst i antall tannleger (samlet for offentlig og privat sektor), har et høyere antall tannleger i forhold til befolkningen og et høyt forbruk av tannhelsetjenester.

Utvalget mener at situasjonen framover vil bli kritisk. Dette begrunnes med at ca 15 prosent av tannlegene i offentlig sektor er fra Tyskland (2004) og må antas å ville reise tilbake til hjemlandet i løpet av noen år. I tillegg vil mange tannleger i distriktene pensjonere seg i den nærmeste framtid. Tilgangen på tannleger vil øke som følge av etablering av tannlegeutdanning i Tromsø, men dette vil først få effekt om noen år. Uansett må det i følge utvalget legges til grunn en netto reduksjon i antall tannleger fram til 2015.

Utvalget påpeker at fylkeskommunene har innført en rekke rekrutteringstiltak de siste årene uten at dette har avhjulpet situasjonen så mye. Ubesatte stillinger rammer hele befolkningen fordi den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i store deler av landet er det eneste tannhelsetilbudet til befolkningen.

Ifølge utvalget er fordelingen av tannleger en hovedutfordring for å innfri målsettingen om rimelig tilgjengelighet til tannhelsetjenester over hele landet, uavhengig av bosted. Dagens organisering, uten styring av privat sektor (pris eller etablering), vil i følge utvalget ikke løse utfordringene.

Et flertall i utvalget foreslår at tilgangen av tannleger i områder med høyest tannlegetetthet begrenses gjennom innføring av etableringskontroll. Ifølge flertallet kan antall tannlegehjemler innen geografiske områder beregnes ut fra folketallet. På sikt vil dette hindre overetablering i sentrale strøk. Forslaget er ikke nærmere konkretisert. Flertallet forutsetter at Helse- og omsorgsdepartementet foretar en nærmere utredning av hvordan en slik ordning kan organiseres og gjennomføres.

Videre foreslår flertallet at private tannlegespesialister, på samme måte som legespesialister, må inngå avtale med det offentlige for at pasientene skal kunne få trygderefusjon for behandlingen. Dette vil gi myndighetene virkemidler til bedre geografisk styring av spesialistetableringer.

Et mindretall i utvalget anfører at etableringskontroll (i de store byene) har mange negative konsekvenser og store administrative omkostninger. Det vil dessuten ta svært lang tid å få effekt av tiltaket, og bør avvendes inntil stimuleringstiltak er utprøvd.

Forslaget om driftsavtaler med tannlegespesialister støttes heller ikke av mindretallet. Det vises til motargumentene ved etableringskontroll. Videre hevdes det at etablering av kompetansesentra, desentralisert spesialistutdanning og geografiske hensyn ved spesialistutdanningen, alle som positive virkemidler, bør kunne sikre geografisk spredning.

### 11.4.2 Høringsinstansens uttalelser til NOU 2005: 11

Av 88 høringsinstanser som har gitt uttalelse til forslagene, har 44 uttalt seg om spørsmålet om regulering av privat sektor.

Flere høringsinstanser (blant annet *Hordaland, Buskerud* og *Akershus fylkeskommuner, Sosial- og helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Universitetet i Oslo* og *Tannlegeforeningen*), reiser til dels sterk kritikk av det de hevder er en mangelfull og misvisende fremstilling av faktagrunnlaget angående tannlegemarkedet, særlig den private sektor. Dels kritiseres det at publisert forskning og tilgjengelige rapporter om sektoren ikke er lagt til grunn for vurderingene. Dels er kritikken rettet mot mangelfull forståelse av den private sektor spesielt, og av den samlede sektor generelt. Flere finner det derfor problematisk å kommentere forslagene om etableringskontroll og om nasjonale maksimaltakster for den private sektor. De savner en nærmere begrunnelse for og ana-

lyse av konsekvensene, eventuelt en dokumentasjon på at de vil ha effekt.

Når det gjelder flertallets forslag om etableringskontroll, støttes forslaget av 18 høringsinstanser mens 20 instanser er i mot/slutter seg til mindretallets vurdering. I tillegg uttaler 6 instanser at spørsmålet bør utredes nærmere, eller at det primært bør satses på positive tiltak som rekrutterings- og stimulerings tiltak fremfor bruk av tvangsmidler. De fleste av de instansene som støtter forslaget om etableringskontroll, støtter også forslaget om innføring av nasjonale takster. Mange av pro/contra – argumentene er de samme for disse to forslagene, uten at mulige effekter er sannsynliggjort eller drøftet.

Forslaget om etableringskontroll får støtte av fylkeskommunene Finnmark, Troms, Nordland, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal, Rogaland, Oppland, Hedmark og Østfold, av Fylkesmannen i Buskerud, kommunene Holmestrand, Grane og Molde, interesseorganisasjonene Landforeningen for hjerte- og lungesyke, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Landsorganisasjonen, Fagforbundet og Landslaget for offentlige pensjonister. Mange av disse høringsinstansene angir ingen ytterligere kommentarer utover at de støtter utvalgsflertallets begrunnelser og forslag.

De som er imot innføring av etableringskontroll er: Moderniseringsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Konkurransetilsynet, Universitet i Bergen og Universitet i Oslo, Tannlegeforeningen, Praksiseierforeningen, Norsk tannpleierforening, fylkeskommune Nord-Trøndelag, Hordaland, Akershus, Vest-Agder, Aust-Agder, Buskerud og Vestfold, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Helse Sunnmøre HF, Hemne kommune, Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH) og Norsk pensjonistforbund.

### 11.4.3 Regjeringens vurdering

#### Situasjonsbeskrivelsen

Regjeringens analyse av tannlegesituasjonen framgår av kapittel 5.5.2. Det konkluderes med at de deler av landet hvor det først og fremst mangler tannleger, er der hvor det er ubesatte stillinger i de fylkeskommunale tannhelsetjenestene.

Når det gjelder forbruk av tannhelsetjenester, er det vanskelig ut fra eksisterende dokumentasjon å trekke konklusjoner om høyt forbruk av tannhelsetjenester på Vestlandet, Sørlandet og Østlandet i forhold til Trøndelag. Forbruket i Nord-Norge er lavere enn Sør-Norge, og det kan

skyldes flere forhold. Mange ubesatte offentlige stillinger og høy turnover er antagelig hovedforklaringen.

Når det gjelder framtidsperspektivet mot 2015 vil det bli en økning i tilbudet av tannleger, fremfor en netto nedgang, se kapittel 5.5.3. Økningen i tannpleiermarkedet vil kunne avhjelpe betydelig. Mange av tannlegene rekruttert fra Tyskland ser ut til å bli i flere år.

Tannlegeforeningens rapport om privat sektor fra 2004 og kartlegginger vinteren 2006/2007, viser at ca 40 prosent av privatpraktiserende tannleger i Bergen og Oslo ønsker flere pasienter (det sies ikke hvor mange flere). Samtidig ønsker 30 prosent av privatpraktiserende tannleger i kommuner med < 5 000 innbyggere flere pasienter.

Regjeringen mener det er svakt belegg for å hevde at tannleger i Oslo (eller i andre byer med høyest tannlegetetthet) lever av små pasientporteføljer ved å sette opp prisene. Hos allmennpraktikere i Oslo er prisene riktignok høyere enn i landet forøvrig, men praksiskostnadene er prosentvis enda høyere. Det innebærer at Oslo-tannlegene i gjennomsnitt tjener mindre per time enn i landet for øvrig. Tannleger i Oslo har i gjennomsnitt ca 860 000 kroner i næringsinntekt, mot ca 1 080 000 kroner i kommuner med 4 – 6 tannlegeårverk, dvs. ca 25 prosent høyere i kommuner med lavest tannlegetetthet. Gjennomsnittlig næringsinntekt er allikevel høyere enn lønnsnivået i fylkeskommunale tannlegestillinger.

SSB-statistikk, basert på selvangivelse/næringsoppgaver for 2004 for personlig næringsdrivende, viser en forskjell i næringsinntekt mellom tannleger i de største byene og i landet forøvrig på ca 15 prosent (lavest i byene). De kartlegginger Helse- og omsorgsdepartementet har fått utført viser at allmennpraktiserende tannleger i Oslo/andre store byer jobber mindre, har færre pasienter og tjener mindre enn i områder med lavere tannlegetetthet. Det skal selvfølgelig ikke utelukkes at innbyggere i de største byer har et høyere forbruk av tannhelsetjenester sammenliknet med landet forøvrig. Når det gjelder kosmetisk tannbehandling er imidlertid forskjellene små.

#### Argumenter for og mot etableringskontroll

Hensikten med etableringskontroll må være en bedre geografisk spredning av tannleger, for dermed å sikre likeverdig tilgjengelighet til tannlegestjenester i hele landet. Bedre geografisk spredning kan dermed oppnås ved at:

- ubesatte tannlegestillinger i offentlig sektor i distriktene blir besatt, og
- tannleger kan stimuleres til å etablere privat praksis i områder med lavest tannlegetetthet eller med antatt underdekning av tannlegeresurser, dvs. i Trøndelags-fylkene og Finnmark

Etter regjeringens vurdering, forutsetter en eventuell innføring av etableringskontroll et det må utarbeides kriterier for reguleringen av tannlegeårsverk. Aktuelle kriterier kan blant annet være innbyggertall, demografi, tannlegenes arbeidskapasitet, antall tannpleiere i området, innbyggernes tannhelseforhold, etterspørselsforhold mv. Dernest forutsettes det at det må gjøres beregninger basert på de fastsatte kriteriene. Av beregningene må det framgå i hvilke områder det må settes stopp for nyetablering. I områder med etableringsstopp vil ingen tannleger kunne etablere privat praksis med mindre en annen tannlege slutter, eventuelt at tannleger reduserer sin arbeidstid. Det vil også kunne bety at fylkeskommunen i dette området heller ikke kan opprette flere offentlige tannlegestillinger.

Formålet med stopp i nyetablering/nye stillinger skal være at nyutdannede tannleger søker ledige stillinger i offentlig sektor i distriktene. I fylker med lavest tannlegetetthet, dvs. Finnmark, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag, må det eventuelt også åpnes for at flere tannleger kan etablere seg, enten i ny offentlig stilling eller i ny privat praksis i de deler av disse fylkene som har lavest tannlegedekning. Det må være en forutsetning at det er etterspørsel etter mer tannlegeressurser i området, og at fylkeskommunen vil prioritere dette.

En reguleringsordning som beskrevet ovenfor forutsettes å føre til at områder med lavest dekning over tid vil få tilnærmet samme tannlegetetthet som de områder som defineres å ha tilstrekkelig dekning, vektet etter de kriterier som er omtalt over.

Hvis framtidig tilbud av tannlegeårsverk øker forholdsmessig mindre enn økningen i antall innbyggere, må det over tid foretas en reduksjon av private tannlegepraksiser eller av offentlige tannlegestillinger i områder med høyest tannlegetetthet for å utjevne tannlegetettheten. Dette vil i første omgang være aktuelt for Telemark, Hordaland, Oslo/Akershus og i avgrensede områder med høy tannlegetetthet i andre fylker. Det innebærer at når en tannlege slutter som yrkesaktiv i et av disse områdene, må den offentlige stillingen eller private praksisen inndras. En slik regule-

ringsform vil kunne utløse et krav om erstatning eller økonomisk kompensasjon.

Etter hvert som offentlige stillinger blir besatt i Sogn og Fjordane, Nordland og Troms, vil også områder innen disse fylkene måtte komme med i vurderingen av behov for inndragning av stillinger/ledige privatpraksiser, jf. at disse fylkene med tilnærmet full dekning i offentlig tannhelsetjeneste vil ha høyere dekning enn i andre fylker.

Den samlede veksten i tannlegeårsverk siden 1985 har i hovedsak fulgt veksten i befolkningstall. Helse- og omsorgsdepartementets rapport fra 2003 viser at de områder som har hatt størst vekst i tannlegemarkedet de siste 10 – 15 årene, også utgjør de områder som har hatt størst befolkningsvekst (unntatt Oslo, hvor tannlegetallet har gått ned). Veksten har funnet sted i privat sektor i alle andre fylker. Slik sett kan det hevdes at det samlet sett skjer en naturlig markedstilpasning i sektoren mhp. etablering i privat sektor uten statlig regulering.

Den geografiske fordelingen av tannleger i forhold til innbyggertall ser ut til å ha blitt bedre de siste årene. Hovedproblemet er ubesatte stillinger i offentlig sektor. Hvis vi ser tannlege- og tannpleierdekningen i sammenheng, er det trøndelagsfylkene som uansett kommer svakest ut.

En eventuell beslutning om innføring av etableringskontroll, vil kunne føre til at tannleger posisjonerer seg ved å etablere seg i områder med antatt størst vekst i befolkningen fram mot iverksettingen av etableringskontroll (jf tilsvarende i perioden før innføringen av fastlegereformen). Dette vil i første omgang kunne tappe distriktene for tannleger eller redusere søkningen til distriktene, og dermed forsterke de geografiske forskjeller i tannlegedekningen. Samtidig vil det sannsynligvis kunne skje en prisstigning på tannlegepraksiser i store byer, med derpå følgende prisøkning på tannbehandling hvis prisene ikke reguleres.

Som flere høringsinstanser påpeker innebærer etableringskontroll på sikt en utelukkelse av tannlegeetablering i visse områder, men ingen tiltak for rekruttering til distriktene/områder med lavere tannlegedekning utover at markedet eventuelt vil tvinge tannlegene til å måtte flytte. Hvis markedsreguleringen skal begrenses til visse geografiske områder, og ikke omfatte hele landet, er også sannsynligheten stor for at tannleger etablerer seg rett utenfor de definerte områdene.

Erfaringene fra Sverige tilsier at en eventuell etableringsstopp kan føre til at tannleger utdannet i Norge, heller vil søke seg til stillinger/private

praksiser på sentrale steder i andre land, for eksempel Sverige, fremfor å flytte til distrikter i Norge. På grunn av pensjonering og lav utdanningskapasitet av tannleger, vil det bli en betydelig nedgang i antall tannleger i Sverige i årene framover. Det vil bli mange attraktive jobber både i privat sektor og i Folketandvården, også i sentrale strøk eller i folkerike områder. Samboers eller ektefelles arbeidsmuligheter er også viktige i forbindelse med vurdering av fremtidig arbeidssted. På sikt kan en stram regulering også føre til nedgang i søkningen til tannlegestudiet, jf situasjonen på 1980-tallet da det ble formidlet et negativt budskap om markedsutsiktene i tannlegesektoren.

Det kan også hevdes at etableringskontroll er et så inngripende reguleringsvirkemiddel at det ikke bør brukes overfor en tjeneste som i hovedsak betales fullt ut av innbyggerne selv. Omfanget av den offentlige finansieringen (dvs. trygdeforsikring) av tannlegetjenester utgjør i gjennomsnitt ca 5 prosent av allmenntannlegenes praksisomsetning.

En innføring av etableringskontroll vil også måtte innebære oppbygging av et statlig administrativt apparat, som tildeler tannlegehjemler/ eventuelt inndrar hjemler/stillinger og som kan sanksjonere hvis regelverket ikke etterleves. Det må eventuelt også tas stilling til om det må etableres klageordninger mv. Hvis etableringskontroll skal innføres, må en slik regulering, etter regjeringens vurdering, omfatte hele landet og ikke bare avgrensede geografiske områder. Dette for å unngå uheldige spillsituasjoner.

Forslag om regulering av adgangen til å etablere tannlegepraksis i privat sektor ble vurdert av en bredt sammensatt arbeidsgruppe i 2002 (Tannlegeforeningen, Tannpleierforeningen, Universitet i Oslo, Sosial- og helsedirektoratet, Kommunal- og regionaldepartementet, daværende Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Kommunenes Sentralforbund og daværende Helsedepartementet). Arbeidsgruppen var enstemmig i sin konklusjon om ikke å tilrå etableringskontroll for å bidra til rekruttering av tannlegeressurser til distriktene.

Intensjonene med etableringskontroll er gode. Viktige argumenter taler imidlertid mot å innføre etableringskontroll av tannlegesektoren. Sannsynligheten for at formålet med etableringskontroll skal bli innfridd, synes å være begrenset. Regjeringen tilrår derfor ikke dette som tiltak for geografisk fordeling av tannleger.

## 11.5 Forslaget om nasjonale maksimaltakster

### 11.5.1 Forslaget i NOU 2005: 11

Spørsmålet om innføring av nasjonale maksimaltakster drøftes i NOU 2005: 11. Flertallet i utvalget mener at dagens ordning med fri prisfastsettning muliggjør at tannleger i sentrale strøk av landet, kan drive attraktiv praksis selv med små pasientporteføljer gjennom å øke prisene. Innføring av nasjonale takster vil etter utvalgets oppfatning medføre at det blir mindre attraktivt å leve av små pasientporteføljer i store byer. Fri prissetting medfører også at pasientene ikke klarer å orientere seg nok til å ivareta sine interesser i et marked der reell konkurranse er fraværende. Utvalgets flertall foreslår derfor at det innføres generelle nasjonale takster for tannhelsetjenester i offentlig og privat sektor, og begrunner dette ut fra tre hovedhensyn:

- tiltaket vil medføre bedre geografisk fordeling. Fri konkurranse har ikke medført lavere priser og spredning av tannleger i forhold til behov
- dagens ordning medfører store prisvariasjoner, og medfører at prisene er uoversiktlige
- generelle nasjonale takster vil fjerne tannlegens mulighet til å avkreve pasienten et mellomlegg

Flertallet tilrår at staten fastsetter takstene etter drøftinger med Den norske tannlegeforening og Norsk tannpleierforening. Nivået på takstene må ligge på et nivå som gjør det mulig å drive en praksis med tilfredsstillende kvalitet.

Et mindretall (to medlemmer) ønsker ikke generelle nasjonale takster. De viser til tidligere erfaringer med priskontroll, og mener i tillegg at takstene er til hinder for fri konkurranse. De tilrår likevel takstregulering for trygdefinansiert behandling. De forutsetter at takstene justeres jevnlig, og at de holder tritt med den alminnelige prisstigningen for tannhelsetjenester for øvrig.

Et samlet utvalg tilrår at det innføres nasjonale maksimaltakster for de behandlingene som helt eller delvis finansieres av trygden. De understreker at dette vil føre til at pasienter som får stønad fra trygden, unngår systemet med både egenandel og tannlegens mellomlegg mellom honorartakst og tannlegens pris. Det forutsettes at nivået på takstene må gjøre det mulig å drive en praksis med tilfredsstillende kvalitet.

### 11.5.2 Høringsinstansenes uttalelser til NOU 2005: 11

Av 88 høringsuttalelser, har 35 uttalt seg om spørsmålet om nasjonale takster. Anslagsvis er 23 for innføring av takster i en eller annen form, mens 12 er tvilende eller i mot.

De høringsinstanser som støtter forslaget er *Rikstrykdeverket (nå Arbeids- og velferdsdirektorat)*, *fylkeskommunene Østfold, Oppland, Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark*. Videre støttes forslaget av *Fylkesmannen i Buskerud, Helsetilsynet i Vest-Agder samt Holmestrand og Molde kommune*. Interesseorganisasjoner som støtter forslaget er *Landsforeningen for hjerte- og lunge-syke, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Landsorganisasjonen, Fagforbundet, Norsk pensjonistforbund, Landslaget for offentlige pensjonister, Kreftforeningen og Frelsesarmeen*.

De som tviler/er imot innføring av nasjonale takster er *Sosial- og helsetilsynet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Konkurransetilsynet, Buskerud og Vestfold fylkeskommune, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, UiB og UiO, HSH, Advokatforeningen, Praksiseierforeningen og Tannlegeforeningen*.

### 11.5.3 Regjeringens vurderinger

Regjeringens vurdering og analyse av tannlegemarkedet fremgår av kapittel 5.5. Problemene er konkret knyttet opp til ubesatte tannlegestillinger i en del fylker. Når det gjelder framtidsperspektiver, er dette belyst i kapittel 11.1. Regjeringen viser videre til omtale av priser i kapittel 5.10.

Innføring av nasjonale takster begrunnes med at det enten skal føre til at nyutdannede tannleger ikke etablerer seg i Oslo/Akershus, i Telemark eller Hordaland, eller i andre områder med høyest tannlegedekning. Det forutsettes at nyutdannede søker til områder med lavest tannlegedekning og/eller med ubesatte tannlegestillinger.

Regulering gjennom nasjonale takster kan føre til at nyutdannede flytter til Sverige, hvor det er fri prissetting og hvor mange tannlegepraksiser i tiden fremover vil bli ledige p.g.a. stor netto nedgang i antall tannleger. Dessuten er antallet tannleger som pensjonerer seg i årene framover nesten like høyt som antallet nyutdannede. Det betyr at mange private praksiser, med nok av pasienter i praksisen, vil bli til salgs. Markedet tilsier dermed at nyutdannede tannleger vil kunne ha mange muligheter til å velge bort arbeid i offentlig stil-

ling i distrikt for de som i utgangspunktet primært er interessert i arbeid i privat sektor. Innføring av nasjonale takster er dermed heller ingen garanti for rekruttering til offentlige stillinger i distriktene.

Nasjonale takster vil kunne virke prisdempende i privat sektor i områder hvor prisene er høyest. Men nasjonale takster vil også kunne føre til prisøkning, og dermed inntekstøkning for private tannleger i byer/områder hvor tannleger har mer enn nok av pasienter, og som har lavest priser. Slik sett kan det bli noe færre tannleger i Oslo. Men det kan også stimulere til nyetablering av privat praksis i mindre og mellomstore byer og i folkerike kommuner hvor innbyggertallet er i vekst, framfor rekruttering til offentlig stilling i distriktene.

Regjeringen legger derfor til grunn at det ikke er holdepunkter for å konkludere med at nasjonale takster alene vil føre til en bedre geografisk spredning av tannleger, primært til ledige offentlige stillinger i distriktene. Argumentene for nasjonale takster er heller ikke av slik karakter at de begrunner innføring av etableringskontroll, i kombinasjon med nasjonale takster.

## 11.6 Andre virkemidler

### 11.6.1 Forslag om utvidelse av praksisperiode i odontologistudiet

Regjeringen har også vurdert forslaget om å utvide praksisperioden i tannlegestudiet ved UiB og UiO fra 5 uker til 10-12 uker. En utvidelse av praksisperioden forutsetter at det er praktisk gjennomførbart. Tiltaket krever ressurser. Det er felles forståelse for at en utvidelse krever grundig forberedelse med endringer i studieplaner, forberedelser i fylkeskommunene og bygningsmessige forutsetninger både på fylkeskommunale tannklinikker og på universitetene. Det innebærer videre en betydelig endring av organisering av studentundervisningen, ettersom det ikke er aktuelt at alle studenter er ute i praksis samtidig. For at dette skal kunne fungere optimalt må for eksempel opptil 1/3 av studentene være ute i praksis om gangen. I fylkeskommunene må det dessuten være klinikk-kapasitet til å motta studenter over en periode på 10-12 uker, tre perioder per år.

Regjeringen vil i første omgang prioritere behovet for praksisplasser til Tromsøutdanningen. Denne utdanningen baserer seg på at halvparten av den kliniske treningen av studentene skal foregå på offentlig tannklinik. Universitetet i

Tromsø inngår avtale med et økende antall fylkeskommuner for å organisere den praktiske treningen (40 kandidater fra og med 2010).

Regjeringen vil eventuelt komme tilbake til forslaget om utvidelse av praksisperioden for tannlegestudenter fra 5 til 10-12 uker etter at Tromsøutdanningen er i full drift.

### 11.6.2 Forslag om turnustjeneste for tannleger

Regjeringen har også vurdert forslaget om innføring av ett års turnustjeneste for odontologiske kandidater for å få norsk autorisasjon som tannlege. Utvalget vektlegger at turnustjenesten for tannleger primært skal være et tiltak for å sikre den faglige kvaliteten hos tannlegene. Innføring av turnustjeneste innebærer at det må etableres turnusplasser i så vel offentlig som privat sektor med opplæring av tannleger som veiledere. Utvalget mener at dette vil gi et faglig løft i tannhelse-tjenesten. I tillegg mener utvalget at turnustjeneste kan medvirke til bedre fordeling av tannleger.

27 av høringsinstansene har uttalt seg angående turnustjeneste. 15 av disse (*hvorav 10 fylkeskommuner*), støtter forslaget. Fire høringsinstanser anbefaler ikke turnustjeneste (*Akershus fylkeskommune, Fylkesmannen i Oslo/Akershus, Sosial- og helsedirektoratet og Universitet i Oslo*). De øvrige 8 mener at utvidet praksisperiode i studietiden først bør forsøkes, eller at Helse- og omsorgsdepartementet eventuelt bør utrede spørsmålet.

Formålet med turnustjeneste er å gi kandidatene nødvendig klinisk trening i selvstendig arbeid under veiledning slik at de kvalifiseres for

autorisasjon. Turnustjenesten skal med andre ord sikre nødvendig praktisk kyndighet til å arbeide som selvstendig yrkesutøver.

I tannlegeutdanningen utgjør de to siste årene av studiet omfattende klinisk praksis på universitetsklinikk (i Tromsø ett år i offentlig tannhelse-tjeneste og ett år på universitetsklinikk). Kandidatene anses gjennom dette å ha tilstrekkelige praktiske/kliniske kvalifikasjoner til å kunne arbeide selvstendig som tannlege etter fullført utdanning. I Sverige og Danmark er studiet i hovedsak organisert på samme måte. Det er heller ikke krav til turnustjeneste for å få autorisasjon som tannlege.

En eventuell innføring av turnustjeneste vil først få effekt om 6 – 7 år, ettersom vilkåret om turnustjeneste forutsettes å være en premiss ved opptak til studiet. Norske kandidater vil antagelig også kunne ha mulighet til å omgå krav til turnustjeneste ved først å søke autorisasjon som tannlege i hhv Sverige eller Danmark etter endt utdanning. Dermed vil de automatisk kunne få rett til norsk autorisasjon basert på svensk/dansk autorisasjon.

Hovedbegrunnelsen for å innføre turnustjeneste for tannleger må etter regjeringens vurdering være hensynet til faglige kvalifikasjoner. Det er ikke fremmet argumenter som tilsier at tannlegeutdanningen i dag ikke gir nødvendige praktiske/kliniske kvalifikasjoner til selvstendig arbeid. Regjeringen kan dermed ikke se at faglige kvalitetshensyn alene skulle tilsi innføring av turnustjeneste. De økonomiske og administrative konsekvensene vil dessuten bli betydelige. Regjeringen tilrår ikke innføring av turnustjeneste for tannleger.



## 12 Kompetanse, kunnskap og kvalitet

### 12.1 Spesialistvirksomhet og odontologiske kompetansesentre

#### 12.1.1 Forslaget i NOU 2005: 11 og uttalelser fra høringsinstansene

Utvalget har ikke vurdert utdanningskapasiteten for tannlegespesialister eller organiseringen av denne. Utvalget uttaler imidlertid at spesialistene må knyttes til odontologiske kompetansesentra både under og etter utdanningen. Dette er av betydning for spredning av kompetanse og for at allmenntannleger i større grad kan dra nytte av deres kompetanse. I NOU 2005: 11, viste utvalget til satsingen på tannhelsetjenester på sykehus både i Danmark og i Sverige. 20 av høringsinstansene støtter forslagene om etableringen av kompetansesentre. 11 av høringsinstansene uttalte seg om forslaget om tannhelsetjenester på sykehus. De er i all hovedsak positive til et slikt tilbud.

Utvalget understreker videre betydningen av målrettet statlig satsning på bedre utnyttelse av IKT i tannhelsetjenesten, samt potensialet for kommunikasjon og kunnskapsutveksling gjennom økt bruk av teleodontologi. En slik satsning vil bidra til sterke desentraliserte odontologiske kompetansemiljøer i distriktene, som vil bedre geografisk stabilitet og fordeling av tannhelsepersonell. I den sammenheng peker de på gode erfaringer med desentralisert spesialistutdanning og kompetansespredning i samarbeid med TAKO-senteret. Videre nevner de mulighetene som ligger i bruken av Nasjonalt helsenett og tannhelsetjenestens potensial for kompetanseutveksling.

#### 12.1.2 Regjeringens vurderinger

##### *Spesialistutdanning av tannleger*

Etter regjeringens vurdering er det et stort behov for bedre geografisk spredning av tannlegespesialister. Det er også behov for en økning av antall spesialister. Økningen skal blant annet imøtekomme behovene ved oppbyggingen av odontologiske kompetansesentre og som følge av kommende pensjonering av spesialistene i tjenesten. Videre er det behov for å øke tilgangen på tannle-

ger med dobbeltkompetanse til vitenskapelige stillinger ved lærestedene og ved kompetansesentrene. Det er et krav for flere av stillingene ved universitetene at tilsatte skal ha både spesialistutdanning og doktorgrad.

Det er regjeringens oppfatning at mulighetene til å ta hele eller deler av spesialistutdanningen desentralisert i lønnete utdanningsstillinger, vil være det viktigste virkemiddel for å bidra til en bedre geografisk fordeling av spesialister. Det er en forutsetning at det skal etableres desentraliserte spesialistutdanninger i eller tilknyttet de odontologiske kompetansesentrene hhv. i Tromsø, Trondheim og Arendal. Desentralisert spesialistutdanning kan med dagens IKT-hjelpemidler organiseres på forskjellige måter. Når det gjelder spesialistutdanningen i oral kirurgi er det behov for å etablere lønnete praksisstillinger på sykehus med kjevekirurgiske/oralkirurgiske enheter. For spesialistutdanningen ved Universitetet i Oslo er dette en ekstra utfordring i samarbeid med aktuelle sykehus i regionen.

Regjeringen ser også et behov for å øke kapasiteten av utdanningen av tannleger med dobbeltkompetanse. Lønn under utdanning vil være et viktig virkemiddel for rekruttering til og gjennomføring av et langt studieførlop. Spesielt viktig vil det være at midlene omfatter lønn til tannleger som er under/skal påbegynne spesialistutdanning, og som fra før har dr. grad eller er i ferd med å avslutte arbeidet med dr. grad.

For å effektivisere det lange studieløpet for dobbeltkompetanse, kan det etableres et forkortet løp på 6 år for noen kandidater. En kartlegging av mulighetene ved Universitetene i Oslo og Bergen, viser at det er mulig å ta opp 12 – 15 kandidater til et slikt studieførlop i 2008. Regjeringen vil vurdere aktuelle tiltak i budsjettssammenheng.

Befolkningens behov for spesialistkompetanse varierer etter hvilken spesialitet det dreier seg om. Det vil derfor ikke være nødvendig med alle spesialiteter innenfor hvert fylke. Tilgjengeligheten til slik kompetanse bør kunne dekke flere fylker innen hver helseregion, for eksempel i tilknytning til hvert odontologiske kompetansesenter. Det forutsettes at fylkeskommunene samarbeider

om tilgjengeligheten til spesialisttjenester. Spesialister i kjeveortopedi og oral kirurgi og oral medisin forutsettes å være tilgjengelig i alle fylker.

Regjeringen vil også få prøvd ut en ny spesialitet i klinisk odontologi. Finansieringen vil regjeringen komme tilbake til i budsjettssammenheng.

### *Regionale odontologiske kompetansesentre*

De regionale odontologiske kompetansesentre vil få viktige funksjoner i den utøvende tannhelsetjenesten. Dette gjelder både rolle som utøvere av spesialiserte tjenester, og som organisatoriske enheter i desentralisert spesialistutdanning av tannleger. I tillegg vil de ha viktige oppgaver innen forskning og fagutvikling ute i tjenestene. Regjeringen mener det er behov for en gradvis økning av tilskuddene frem til kompetansesentrene er i drift. Regjeringen vil komme tilbake til dette i budsjettssammenheng.

### *Oppsummering*

- Regjeringen vil bidra til etableringen av regionale odontologiske kompetansesentre i alle helseregioner
- Regjeringen vil legge til rette for mer desentralisert spesialistutdanning for tannleger
- Regjeringen vil legge til rette for økt antall tannleger med dobbeltkompetanse
- Regjeringen anser lønn under spesialistutdanning som et betydelig virkemiddel
- Regjeringen vil prøve ut ny spesialitet i klinisk odontologi

## **12.2 Forskning og fagutvikling**

Regjeringen foreslår å styrke det regionale forvaltningsnivåets kompetanse når det gjelder kunnskapsoppbygging mhp. befolkningens tannhelse. Det vil gi aktuelle statlige, epidemiologiske institusjoner og forskningsinstitusjoner samarbeidspartnere lokalt, forankret i den offentlige sektor. I tillegg foreslår regjeringen at FOU-aktivitet på tvers av fylkesgrensene styrkes, gjennom forankring i kompetansesentrene og til etablering av IKT-nettverk som må vurderes koblet opp til Nasjonalt helsenett.

Regjeringen vil gi FHI en sentral rolle innenfor det statlige ansvaret for forskning og kunnskapsutvikling når det gjelder epidemiologisk overvåking mhp tannhelse og munnhulesykdommer. Dette omfatter både kunnskapsoppsummering på

feltet, organisering av epidemiologisk overvåking av tannhelse/tannsykdommer i Norge.

Regjeringen vil også sørge for en kunnskapsoppsummering og vurdering av behovet for økt forskning innenfor feltene praksisnær forskning, helsetjenesteforskning, helsefremmende og forebyggende arbeid med forslag til organisering og prioritering. Slik forskning vil gi både regionale forvaltningsnivåer og statlige helsemyndigheter, et bedre kunnskapsgrunnlag for det ansvar de forutsettes å ivareta og for utvikling av politikk på feltet.

Forskning og kunnskapsutvikling er viktige forutsetninger for at tannhelsetjenesten samlet sett kan ha læring og kvalitetsforbedring som systematikk i sin virksomhet. Regjeringen vil bidra til at dette kan utvikles til beste for befolkningen.

Regjeringen vil finansiere forskning ved de regionale odontologiske kompetansesentrene. Kompetansesentrene vil også kunne ivareta en viktig støttefunksjon/veilederfunksjon for forskning initiert i tjenesten. Det potensialet som IKT gir når det gjelder kunnskapsoppbygging, er i begrenset grad blitt utnyttet i tannhelsetjenesten. Økt bruk av elektronisk kommunikasjon mellom forskningsmiljø og den utøvende tjenesten kan bidra til økt forskningsaktivitet. Dette skal også omfatte privat sektor. En styrking av sørge for ansvaret og av følge med-ansvaret til det regionale forvaltningsnivået, se kapittel 7.1.5, både forutsetter og skal legge til rette for praksisnær forskning i samarbeid med kompetansesentrene, med statlige forskningsinstitusjoner og med privat sektor.

### **12.2.1 Forsøksordning med tannhelseteam på sykehus**

Elleve av høringsinstansene til utredningen uttaler seg spesielt om forslaget om tannhelsetjenester på sykehus. *Helse Sunnmøre HF* ser at mer av tiden til spesialister i oral kirurgi, som primært er tilsatt for å behandle eksternt henviste pasienter, går til undersøkelse og behandling av pasienter fra andre avdelinger. Dette er pasienter med ulike generelle tann- og munnproblemer. Slik behandling kan ivaretas av allmenntannlege og tannpleier, helst med tilleggsopplæring. *Sykehuset Buskerud HF* tar spesielt opp tilbudet om tannbehandling i generell anestesi, og ber om at ulike sider ved dette utredes.

Som beskrevet i kapittel 5.6.3 er tannhelsetjenester til pasienter innlagt på sykehus mangelfull. Utvalget foreslår en forsøksordning på tannhelsetjenester til innlagte på sykehus. Dette støttes av

flere høringsinstanser. Regjeringen vil iverksette et slikt forsøk. Dette vil også omfatte vurdering av behov for epikrise til behandlende tannlege ved utskrivning fra sykehus.

### 12.2.2 Kompetanseutvikling og faglig samarbeid

Fylkeskommunen har ansvar for å drive oppsøkende virksomhet, forebygging og behandling overfor prioriterte grupper. Dette forutsetter at tannhelsetjenesten har et godt tverrfaglig samarbeid med andre tjenesteytere både i og utenfor helsetjenesten. Regjeringen forutsetter at de odontologiske læresteder skal bidra til å sikre tannhelsepersonells kompetanse i grunnutdanningen. Det er arbeidsgivers plikt å sørge for nødvendig kompetanse hos de ansatte og å legge til rette for samarbeid med relevante kompetansemiljøer.

Tannhelsepersonell generelt, og tannpleiere spesielt, har regelmessig kontakt med alle barn og unge. Det er derfor av stor betydning at tannhelsepersonell er observant, og har kompetanse til å gjenkjenne tegn på eventuelle bakenforliggende problemer slik som seksuelle overgrep, omsorgssvikt, barnemishandling, spiseforstyrrelser, rusmisbruk mv.. Tegn på slike problemer kan være symptomer i munnhulen, atferdsavvik m.m. For å utvikle kompetansen på de nevnte områdene, mener regjeringen at aktuelle kompetansemiljøer utenfor tannhelsetjenesten i større grad må benyttes.

Ett eksempel er de nye regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Kompetansesentrene har blant annet ansvar for å utvikle kompetanse, for å spre kunnskap om seksuelle overgrep og å bidra til at relevante tjenester samarbeider. Det er viktig å etablere et godt tverrfaglig samarbeid på dette feltet mellom tannhelsetjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barneverntjenesten, sosialtjenesten, politi, med flere. Tannhelsepersonell har etter helsepersonelloven også en opplysningsplikt og opplysningsrett overfor sosialtjenesten og barneverntjenesten.

Det er også viktig å innlemme tannhelsetjenesten mer aktivt i det tverrfaglige tilbudet til blant annet barn og unge med psykiske vansker, da det i enkelte tilfeller kan være behov for individuelt tilpassede forebyggende tiltak og behandlingsstrategier.

Regjeringen forutsetter at fylkeskommunen som arbeidsgiver på nødvendig måte sikrer at per-

sonellet har nødvendig kompetanse og at det er etablert samarbeid med aktuelle miljøer.

### 12.2.3 Odontologiske biomaterialer

Gjennom BVGs virksomhet er det bygget opp betydelig kompetanse i landet innenfor fagområdet bivirkninger av tannbehandlingsmaterialer. Ingen andre land har etablert en slik enhet. Det fremgår av evalueringen at virksomheten har oppfylt sitt mandat i det store og hele. Det påpekes imidlertid at mandatet sannsynligvis ikke følger opp intensjonene om å gi et helhetlig utrednings- og behandlingstilbud til dem som har diffuse helseplager som settes i sammenheng med frigivelse av kvikksølv fra amalgamfyllinger. Sosial- og helsedirektoratet følger kunnskapsutviklingen på området, og vurderer kontinuerlig behovet for å revidere sine retningslinjer for bruk av tannfyllingsmaterialer m.v. i tråd med ny kunnskap.

Regjeringen anser tilbudet til pasienter som har lokale reaksjoner fra tannfyllingsmaterialer, som tilfredsstillende. Forenklinger av trygdens regelverk vil gjøre praktiseringen av refusjonsordningen enklere.

Etter regjeringens vurdering er hovedutfordringen å etablere et tilfredsstillende utrednings- og eventuelt behandlingstilbud til pasientgruppen med generelle diffuse plager, og som de mistenker kan være forårsaket fra tannfyllingsmaterialer. Ved diffuse helseplager, kan en lang rekke tilstander være aktuelle som differensialdiagnoser, blant annet muskel- og skjelettplager, infeksjoner, endokrine forstyrrelser, metabolske sykdommer, maligne sykdommer, autoimmune sykdommer ernæringsforstyrrelser og psykiatriske lidelser. Det er derfor viktig å sørge for et tilbud til pasientene, der diagnoser kan utelukkes etter hvert som utredninger gjennomføres.

Fagområdet er lite og fragmentert og det bør arbeides videre for å styrke et nordisk samarbeid. Regjeringen mener det er behov for en nordisk forskningsstrategi på området, slik at fagkompetanse og andre ressurser utnyttes på en god måte. Det allerede etablerte nordiske samarbeidet gjennom NIOM kan utvikles videre. Som beskrevet i kapittel 5.7.2 er en nordisk produktdatabase allerede etablert. Regjeringen vil sørge for et systematisk samarbeid på dette området. De eventuelle budsjettmessige konsekvensene vil regjeringen måtte komme tilbake til.

Regjeringen foreslår å videreføre virksomheten ved BVG innenfor dagens mandat. Videre foreslås det å igangsette et samarbeidsforsøk mellom spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten om

behandling som blant annet kan omfatte utskifting av fyllinger ved mistanke om bivirkninger.

Som belyst i kapittel 5.7.2 har virksomheten ved NIOM stor betydning i nasjonal og internasjonal sammenheng, både odontologisk og medisinsk. Forskningsaktivitet og annet arbeid har stor nytte for den utøvende tannhelsetjeneste, for utdanningsinstitusjoner og produsenter. Det er viktig at aktiviteten opprettholdes og utvikles videre. Kompetansen ved NIOM bør også utnyttes i et bredere samarbeid med andre fagmiljøer. Regjeringen vil på nordisk basis ta initiativ til at de odontologiske forskningsmiljøene som arbeider med odontologiske biomaterialer og bivirkninger av disse, samordnes i størst mulig grad.

#### 12.2.4 Kvalitet i tjenesten

De senere årene har det vært økt fokus på utvikling av måleenheter for kvalitet i helsetjenesten. Regjeringen og KS har i kvalitetsavtalen avtalt at det skal sikres god og relevant styringsinformasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder systemer for å måle kvalitet i tjenesten.

Forslag til kvalitetsindikatorer for fylkeskommunale tannhelsetjenester er til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet. Kvalitetsindikator angående tjenestetilbud til grupper med rettigheter, personellressurser, kostnadseffektivitet, brukertilfredshet, effekt av tjenestetilbudet samt språk og kommunikasjon vil etter regjeringens vurdering være viktige. Det tas sikte på at kvalitetsindikator innføres i løpet av 2008.

Regjeringen mener det er viktig at den private sektor også inviteres til å ta del i kvalitetsregistrering/kvalitetsarbeid. Arbeidet innenfor virksomhetene BVG og NIOM, bør også sees i sammenheng med utvikling av kvaliteten i tannhelsetjenesten. Regjeringen vil sørge for at disse aktørene tas med i arbeidet med kvalitet i tannhelsetjenesten.

#### 12.2.5 Standard for nødvendig tannhelsehjelp

Regjeringen har videre vurdert om forslaget til offentlig finansierte tannhelsetjenester bør avgrenses til å gjelde nødvendig tannbehandling, inkludert forebygging, og at statlige myndigheter må utarbeide rettslige standarder som til en hver tid definerer hva som er «nødvendig tannbehandling».

Det blir påpekt av utvalget at det er behov for å sette nye grenser for i hvilken grad det offentlige skal finansiere tannbehandling utover det som har

et rent funksjonelt siktemål. Videre sier utvalget at

«utvalget er oppmerksomt på at offentlig finansierte tannhelsetjenester uten nærmere avgrenset behandlingsinnhold kan lede til større behandlingsomfang, med mer kostnadskrevede prosedyrer enn når pasienten betaler selv».

Innholdet i rettslige standarder endres gjennom forvaltningspraksis over tid. Hva som omfattes av begrepet avgjøres konkret i det enkelte tilfellet. Å skulle utarbeide en offentlig autorisert standard som til enhver tid definerer hva som ligger i nødvendig tannbehandling, er både faglig svært utfordrende og ikke minst administrativt krevende. Det er også vanskelig å tenke seg at myndighetene for eksempel skulle spesifisere hva som ligger i den rettslige standarden faglig forsvarlighet i helsepersonelloven, ut over de prinsippene som følger av lov/merknader til bestemmelsen. Regjeringen er dessuten i tvil om hensynet til forutberegnelighet oppveier hensynet til konkret skjønnsutøvelse i det enkelte tilfelle.

Regjeringen anser det som mest hensiktsmessig at Sosial- og helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide faglige retningslinjer om hva som ligger i nødvendig tannhelsehjelp/tannbehandling. Utarbeidelsen bør skje i samarbeid med berørte aktører.

#### 12.2.6 Oppsummering

- Regjeringen vil øke kunnskapen om hele befolkningens tannhelse og sykdommer i munnen. Dette for å kunne ivareta forvaltningsnivåets følge med-ansvar for hele befolkningen og for utviklingen av statlig politikk. Som et viktig ledd i denne satsingen vil regjeringen i første omgang forankre ansvar for epidemiologisk overvåking mv. ved Folkehelseinstituttet
- Regjeringen vil innhente kunnskap om tannhelsen til den voksne befolkningen blant innvandrere og samisk befolkning.
- Regjeringen vil sørge for at behovet for forskning og fagutvikling utredes med sikte på organisering og finansiering av slikt arbeid
- Sosial- og helsedirektoratet vil få i oppdrag å utarbeide faglige retningslinjer om hvordan begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» skal forstås
- Det er et stort behov for kunnskapsoppbygging når det gjelder tannhelsetjenester til pasienter på sykehus, særlig innlagte pasienter. Regjeringen vil kartlegge dette nærmere.

## 13 Styrkede forbrukerrettigheter og god prispolitikk

### 13.1 Er forbrukerperspektivet godt nok ivaretatt?

#### 13.1.1 Forslaget i NOU 2005: 11 og høringsinstansenes uttalelser til denne

I NOUen er det gitt en framstilling av klage- og erstatningsrettigheter innenfor tannhelsetjenesten. Når det gjelder mer spesifikke forbruker- og pasientrettigheter, har utvalget vurdert om retten til fritt tannlegevalg for prioriterte grupper bør lovforankres. Flertallet konkluderer med at valgfriheten er godt ivaretatt, og at det ikke er behov for å lovforankre denne. Vurderingen bygger på at det i praksis er tilgangen på tannhelsepersonell og demografi som i hovedsak påvirker graden av valgfrihet, og at det også i dag er mulig å inngå avtaler med private tannleger for å øke valgfriheten. Videre mener flertallet at den offentlige tannhelsetjenestens oppsøkende funksjon, og tjenestens fokus på forebygging, taler mot fritt tannlegevalg.

Mindretallet (to medlemmer) mener imidlertid at rettigheten bør lovforankres, slik at pasienter over 18 år som er gitt rettigheter etter tannhelsetjenesteloven skal kunne velge å fortsette/opprette et behandlingstilbud hos privat tannlege. Mindretallet mener at dette vil forplikte privat sektor til medvirkning.

Med unntak av retten til individuell plan, som omtales av flere høringsinstanser, er det få høringsinstanser som har rettet særlig fokus på forbruker- og pasientrettigheter. *Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon* og *Norges Tannteknikerforbund* uttaler imidlertid at det bør fokuseres mer på prisinformasjon til pasientene. *Tannteknikerforbundet* foreslår at det innføres krav om at pasienten skal ha et eksemplar av den erklæringen de utarbeider i tilknytning til produktet (i henhold til EU direktiv).

#### 13.1.2 Aktuelle forslag til endringer i Norden

I Sverige er det lagt fram en SOU 2007: 19 Friskare tänder – til rimliga kostnader. Forslagene i

utredningen har blant annet som formål å styrke pasientens stilling gjennom bedre informasjon om priser, om tannhelse og om mulige behandlingsalternativer, samt utvikle tannhelsemarkedet. Utredningen retter særlig oppmerksomhet mot at private og offentlige aktører skal ha de samme konkurransevilkårene.

De mest aktuelle forslagene i SOU 2007: 19 i denne sammenheng er:

- få bedre tallmateriale for prissammenligninger og kontroller, for på denne måten gjøre det enkelt for pasienten å kontrollere tjenesteyterens nivå på prisene. Innebærer at tannhelsepersonell pålegges å gi informasjon om priser til Försäkringskassan, samt at det skal utarbeides en elektronisk prisopplysningstjeneste
- i forbindelse med behandling: a) tannleger skal benytte skriftlig innkalling med opplysninger om hvilken behandling som skal foretas samt et prisoverslag, b) i tilfeller hvor det er behov for ytterligere behandling skal pasienten ha en skriftlig behandlingsplan inklusive prisoverslag, og c) sørge for at pasienten får med seg en prisliste hjem

#### *Adgangen til å velge mellom offentlige og private tjenesteytere*

I 1998 besluttet Landstingsförbundet i Sverige at det ville anbefale alle landstingene å innføre fritt tannlegevalg for barne- og ungdomsgruppen (0-19 år). Det er m.a.o. ikke en lovhjemlet rettighet, men opp til det enkelte landsting om de vil innføre en slik ordning. De fleste har i dag innført fritt tannlegevalg for denne gruppen.

Fra 1. januar 2004 ble det ved lov innført fritt tannlegevalg for barn og unge (0-18 år) i Danmark. Dersom pasienten velger privat tannlege, må det betales egenandel på ca 35 prosent. Det arbeides med å utvide ordningen. Blant annet blir det vurdert om ordningen skal omfatte andre pasientgrupper kommunen har ansvar for å yte tannhelsetjenester til.

### 13.1.3 Regjeringens vurderinger

#### *Behov for bedre informasjon om tannhelsetjenester – prisopplysninger m.v.*

En forholdsvis stor andel av forbrukerne er fornøyd med den prisinformasjonen de får fra tannlegen sin. Undersøkelser viser at pris sjelden var utslagsgivende for forbrukerens valg av tannlege. På den annen side kan prisen på tannbehandling oppleves som viktigere for de som ikke har fast tannlege. Videre er det Forbrukerombudets erfaring at mange tjenesteytere (særlig allmenntannleger) ikke etterlever kravene i prisforskriften. Bedre informasjon om priser og om mulige behandlingsalternativer anses også i SOU 2007: 19 som et sentralt virkemiddel for å styrke forbrukerens/pasientens stilling. Pasientene/forbrukerne blir stadig mer aktive i form av innhenting av informasjon på nettet m.v. Regjeringen mener derfor at det bør legges bedre til rette for dette også på tannhelsetjenestens område.

Opplysning om priser er antagelig særskilt aktuelt i forbindelse med at pasient blir henvist for å få behandling utført av spesialist. Hos kjeveortoped vil behandlingen med tannregulering ofte kunne ha priser på 20 000 – 30 000 kroner. Hos oralkirurg vil implantatbehandlingen kunne ha en pris på fra ca 15 000 kroner og opp til 80 000 – 90 000 kroner avhengig av antall implantater. Det samme vil store arbeider protetikere utfører kunne komme opp i. Små prosentvise variasjoner i priser vil dermed kunne slå mye ut i sluttbeløp for pasienten.

Utfordringen slik regjeringen ser det, er å utforme informasjon som må antas å være forståelig og praktisk for den alminnelige forbruker.

#### *Prisforskriften og etterlevelse av prisforskriften*

Regjeringen vil foreta en helhetlig vurdering av prisforskriften. I denne forbindelsen vil det bli sett nærmere på de mer detaljerte forslagene som drøftes i den svenske utredningen. Spørsmål som må besvares er blant annet om forskriften har en hensiktsmessig og forbrukervennlig utforming, og om det er nye forhold som bør løftes inn i forskrift. Disse hensynene vil bli ivarettatt i det pågående lov- og forskriftsarbeidet.

Regjeringen mener videre at det er viktig at informasjonen om innholdet i forskriften blir bedre kjent, både blant tannhelsepersonellet og blant forbrukerne. Når det gjelder å sikre bedre etterlevelse av forskriften har, som nevnt i kapittel 5.12.1, Forbrukerombudet og Tannlegeforenin-

gen satt i verk flere tiltak. I forbindelse med fastsettelse av endringer i forskriften, vil det måtte gjennomføres et informasjonsarbeid, som også vil bidra til at forskriftens bestemmelser blir gjort kjent for de impliserte. Regjeringen vil sørge for at informasjonen ivaretas.

#### *Elektronisk prisportal – sammenligning av priser*

Prisforskriften retter seg først og fremst mot de som allerede har valgt tjenesteyter, dvs. forskriftene skal sikre pasienten informasjon som er viktig etter at valg av tjenesteyter er tatt. Forbrukerundersøkelser viser imidlertid at det er særlig før eller ved valg av tjenesteyter at pris kan være et viktig moment i forbindelse med valg av tannlege/tannlegespesialist. I denne forbindelsen er forslaget i SOU 2007: 19 om å opprette en elektronisk prisportal med prislister til alle tjenesteyterne, etter regjeringens oppfatning interessant. Det blir påpekt at forslaget i tillegg til å styrke pasientens rolle, på lang sikt også kan bidra til å bedre markedskonkurransen innenfor tannhelsetjenesten.

Regjeringen mener at de samme forholdene gjør seg gjeldende i Norge. En internettbasert informasjonstjeneste som viser de ulike tjenesteyternes pris, er et enkelt verktøy for å oppnå økt forbrukerposisjon på et tjenesteområde med fri prissetting. Prisinformasjon er et viktig virkemiddel i forbindelse med priskonkurransen, og er et målrettet tiltak som kan bidra til å holde prisene nede.

For å sikre at all nødvendig informasjon samles i prisportalen, bør det framgå av forskrift at tjenesteyterne er forpliktet til å oppgi prislister. Videre må det informeres om statens honorartakster og refusjonsbeløp fra trygden i prisportalen, slik at forbrukere kan vurdere priser i forhold til disse takstene og i forhold til offentlig fastsatte egenandeler.

Regjeringen vil opprette en prisportal. Tiltaket bør bygge på erfaringene med de øvrige prisportalene i statlig regi, blant annet 'finansportalen.no' som nå er under etablering på oppdrag fra Barne- og likestillingsdepartementet (BLD). Portalen for tannhelsetjenester vil bli utformet i samråd med BLD, med sikte på størst mulig grad av samordning med eksisterende prisportaler som er rettet mot forbrukerne.

#### *Rett til å kunne velge mellom offentlige og private tjenesteytere*

Tilstrekkelig tilgang på og geografisk fordeling av tannhelsepersonell, er en forutsetning for at valg-

frihet skal være reell. Den geografiske fordelingen diskuteres i kapittel 5.5. Regjeringen mener også at spørsmålet om rett til å velge tjenesteyter bør vurderes på prinsipielt grunnlag.

Regjeringen mener at problemstillingen i første omgang er relevant for de over 18 år som gis rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. For 19- og 20-åringer har problemstillingen særlig betydning ettersom mange i den aldersgruppen flytter fra hjemstedet. Mange av disse vil kunne være interessert i å velge tannlege på annet sted enn på hjemstedet. For de øvrige grupper som har eller vil kunne få rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, har dette interesse fordi de fleste har hatt sin faste tannlege før de får rettighetene etter tannhelsetjenesteloven. Det er m.a.o. disse gruppenes adgang til å kunne velge mellom offentlige og private tjenesteytere som vurderes her.

Stortinget har i flere sammenhenger etterlyst en styrking av samarbeidet og samvirket mellom offentlig og privat sektor. Fylkeskommunene har i svært begrenset grad benyttet seg av den adgangen de har i dag. Utviklingen har gått i retning av større valgfrihet for befolkningen i forhold til offentlige tjenester, også innenfor helsetjenesten samt at det gir forbrukeren/pasienten muligheten til å utøve press på den private tannhelseteyteren ved at vedkommende må inngå avtale med det offentlige dersom de skal kunne beholde pasienten på sin «recall-liste».

Regjeringen ser det er forhold som også taler imot en slik valgfrihet. Det kan komplisere samarbeidet om det oppsøkende og forebyggende arbeidet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, ved at behandlingene spres på flere tjenesteytere. Videre vil valgfriheten uansett være begrenset, da det må kreves at de private tjenesteyterne inngår avtale med fylkeskommunen. Det er også administrative kostnader for fylkeskommunen forbundet med avtaleinngåelser m.v., i tillegg til at det blir et behov for oppfølging og rapportering av henholdsvis fylkeskommunen og den private tjenesteyteren for å sikre at avtalen, inklusive kvalitetskrav, innfris. Valgfriheten vil dessuten kunne få liten realitet i fylker med få privatpraktiserende, eller hvor privatpraktiserende ikke er interessert i å inngå avtale. Fylkeskommunene har også i dag adgang til å legge bedre til rette for at pasientgrupper, som for eksempel pasienter i hjemmesykepleien, skal kunne bruke sin fra før av faste tannlege.

I forbindelse med FUTT-prosjektet og ved innføringen av en landsomfattende statlig finansiering av tannhelsetjenester til pasienter i den kom-

munale rusomsorgen, har mange fylkeskommuner inngått avtale med privatpraktiserende tannleger. Det er blant annet utarbeidet en mal for samarbeidsavtale mellom fylkeskommune og tannlege. Regjeringen oppfatter det slik at det er vilje og potensiale i privat sektor til å delta i arbeidet med å løse offentlige oppgaver. Gjennom å la pasienter få rett til å velge tjenesteyter, vil dette samarbeidet kunne få et større omfang, og i sum bidra til en mer fleksibel og effektiv utnyttelse av tannlegeressursene i landet samlet sett. Det vil dessuten bidra til at tannleger i offentlig sektor kan få andre oppgaver, og dermed større faglig bredde i yrkesutøvelsen.

Hovedinnvendingen er at valgfriheten kan svekke/vanskeliggjøre systemansvaret som uansett påligger fylkeskommunene. Det vil imidlertid være en forutsetning at den privatpraktiserende har avtale med fylkeskommunen. Dette kan forebygges ved at avtalen klart definerer hvilket ansvar henholdsvis fylkeskommunen/den private tjenesteyteren skal ha. Konsekvenser for fylkeskommunen ved større valgfrihet for innbyggere i de prioriterte grupper, kan være av både økonomisk og administrativ karakter. Regjeringen ser det som nødvendig å nærmere gå igjennom hvilke konsekvenser en slik ordning vil få både for forvaltningsnivået og for pasientene. I tillegg vil det være nødvendig å se på hvordan helsefremmende og forebyggende arbeid kan ivaretas ved større involvering av privat sektor. Erfaringene fra både Danmark og Sverige vil være av interesse.

Regjeringen tilrår at personer over 18 år med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven skal ha rett til å velge mellom offentlige og private tjenesteytere, og at denne rettigheten blir nedfelt i lov. Regjeringen vil komme nærmere tilbake til dette i forbindelse med senere lovarbeid. I den sammenheng vil også valgfrihet til de under 18 bli vurdert.

#### *Klageordninger*

En gjennomgang foretatt av Statens helsetilsyn viser at få benytter seg av adgangen til å klage etter tannhelsetjenestelovens bestemmelser. Det er særlig helsepersonellovens og pasientrettighetslovens bestemmelser som oftest anvendes i praksis. Vurderingstemaet er forskjellig, og klagebestemmelsene i tannhelsetjenesteloven innebærer en styrking av pasientens stilling. Regjeringen tilrår derfor at bestemmelsen videreføres i sin nåværende form.

I tillegg til de generelle helselovene, er det Tannlegeforeningens klagenemnder som i særlig

grad ivaretar de voksne pasientgruppens interesser. Det er reist spørsmål om det er «bukken som passer havresekken» fordi det er tannleger som sitter i nemndene. Det kan også sies å være en svakhet ved ordningen at den er begrenset til å kun gjelde tannleger som er medlem av foreningen.

Slik regjeringen vurderer det, er klagenemndordningen på mange måter en god ordning for mange pasienter. Klagenemndene representerer et gratis «lavterskeltilbud», som mange kan benytte seg av. Klagebehandlingen omfatter også i mange tilfeller en klinisk undersøkelse av pasienter for å vurdere de faglige forutsetninger for behandlingen, og resultatet av behandlingen. At de fleste sakene løses i all minnelighet, er et signal på at ordningen fungerer etter hensikten. Tannlegeforeningens administrasjon og organisering av ordningen, fører dessuten til en viss form for selvjustis i kollegiet, som anses hensiktsmessig.

Hvis staten skulle overta en slik klageordning, ville det innebære oppbygging av et administrativt apparat, tilknytning av fagpersoner til å forestå de kliniske vurderinger av både fag og av priser. Ikke sjelden kan det dreie seg om behandlinger til en pris av flere 10 000-talls kroner. Alternativt er deltagelse av representanter fra offentlig forvaltning i klagenemndene.

Regjeringen vil be Tannlegeforeningen vurdere om det er mulig å legge til rette for at klagenemndsordningen også kan omfatte tannleger som ikke er medlemmer av foreningen i en eller annen form. Regjeringens vil også be Tannpleierforeningen vurdere om det skal opprettes en tilsvarende ordning for denne yrkesgruppen.

### *Pasientombudsordningen*

Regjeringen har foreslått å utvide pasientombudsordningen slik at også brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester skal omfattes av ordningen. Pasientombudene mottar også henvendelser om tannhelsetjenester, og det kan derfor reises spørsmål om ombudsordningen bør utvides ytterligere.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har i dag et utstrakt samarbeid med helsetjenesten i kommunene. Dette gjelder spesielt helsestasjons- og skolehelsetjenesten, pleie- og omsorgssektoren, det kommunale psykiske helsevern samt fengselshelsetjenesten, og fra 2006 den kommunale rusomsorgen. Når flere grupper i fremtiden skal gis rett til tannhelsetjenester organisert av fylkeskommunen, vil omfanget av samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og tannhelsetjenes-

ten bli større. Hvis prioriterte grupper gis rett til å velge privatpraktiserende tannlege, blir det særlig viktig at pasientrettighetene blir ivaretatt.

Etter regjeringens oppfatning, er det grunnlag for å vurdere en eventuell utvidelse av pasientombudsordningen, når behovet er nærmere kartlagt. Dette vil regjeringen komme tilbake til.

## **13.2 Nasjonale takster i prisopplysnings- og forbrukersammenheng**

### **13.2.1 Innledning**

I en vurdering av spørsmålet om innføring av nasjonale takster vil både pris- og konkurransepolitiske hensyn og inntektspolitiske hensyn være relevante. Pris- og konkurransepolitiske hensyn angår blant annet spørsmålet om det av hensyn til forbrukerne/pasientene bør være lik pris for samme tjeneste i hele landet. Det angår også hva som påvirker prisene, og dermed utgiftene til pasientene når disse betaler hele eller deler av utgiftene selv. Inntektspolitiske hensyn angår tiltak for å redusere/holde igjen på prisene for derigjennom å redusere inntektsnivået til de tannleger som tar høyest pris (har høyest inntekter). Prispolitikken, konkurransepolitikken og inntektspolitikken griper inn i hverandre og drøftes derfor samlet.

### **13.2.2 Aktuelle problemstillinger**

*Nasjonale takster for å likestille/harmonisere tannhelsetjenester med andre helsetjenester*

Mange av høringsinstansene etterlyser en likestilling mellom tannhelsetjenester og andre helsetjenester. Nasjonale takster trekkes frem i den sammenheng. Det vises til at staten forhandler med hhv. Legeforeningen, Fysioterapiforbundet og Psykologforeningen om honorartakster for disse yrkesutøverne. Det anføres at dette bør kunne begrunne forhandlinger eller fastsetting av nasjonale takster for tannbehandling.

Forhandlingene med de ovennevnte yrkesorganisasjoner er blant annet begrunnet med at de fleste konsultasjoner og behandlinger utført av de aktuelle yrkesgrupper, er gjenstand for offentlig stønad. Finansieringen av tjenestene er basert på en kombinasjon av driftstilskudd, refusjon fra trygden og egenandel. Størrelsen på egenandelen fastsettes av Stortinget. Pasientenes egenandeler omfattes av hhv. skjermingsordning tak 1 og tak 2.



Det ytes ikke driftstilskudd til privatpraktiserende tannleger, og trygden yter refusjon til en begrenset del av behandlingene. Den offentlige finansiering, som er begrenset til refusjon fra trygden til pasienten, utgjør i gjennomsnitt ca 5 prosent av allmenntannlegenes bruttoomsetning. 2,1 mill kroner av egenandel til tannbehandling ble dekket av egenandels tak 2 i 2006. Behovet for like priser for tannhelsetjenester er dermed begrenset når formålet er regulering av egenandeler under offentlige skjermingsordninger.

Regjeringen anser derfor at forhandlingsinstituttet for de opplistede yrkesgruppene av disse grunner ikke har samme relevans for tannbehandling utført av privatpraktiserende tannleger eller av fylkeskommunalt ansatte tannleger.

#### *Nasjonale takster og prisinformasjon*

Utvalget mener at generelle nasjonale takster for tannhelsetjenester i offentlig og privat sektor vil lette prisinformasjon for pasientene. Utvalget legger antagelig til grunn at alle pasienter bør betale samme pris for samme type behandling. Prissammenligninger vil dermed være unødvendig.

Forbrukerundersøkelser har vist at for om lag 9 av 10 pasienter betyr prisnivå lite i forbindelse med valg av tannlege. De forholdene som betyr mest er blant annet tilliten til tannlegen og pasientens opplevelse av tannlegens faglige dyktighet. Regjeringen antar at informasjon om pris og prisvariasjon kan være av størst betydning i de tilfeller en pasient skal velge ny tannlege på nytt sted, når de er misfornøyd med sin tannlege eller når pasienten skal velge spesialist, for eksempel når pasienten blir henvist av allmenntannlege til spesialist for utredning og behandling. I de sistnevnte tilfeller vil behandlingen som oftest være omfattende, og prisene hos spesialister kan variere mer enn hos allmennpraktiker jf. foran. Dette gjelder for eksempel kjeveortopedisk behandling, omfattende periodontittbehandling, større kirurgiske inngrep, kirurgisk innsetting av implantater, og større protetiske rehabiliteringer forankret på implantatene.

Eventuell innføring av nasjonale takster innebærer et betydelig inngrep på pris-, konkurranse- og inntektspolitikkenes område når det gjelder tannlegevirksomhet. Hvis eneste begrunnelse er hensynet til enkel prisinformasjon, dvs. at hensikten med nasjonale takster er at alle innbyggere vil få en prisliste å forholde seg til, bør heller andre tiltak vurderes. Dette er omtalt i kapittel 13.1.3.

Regjeringen vil prioritere en nasjonal nettportal for tannlegers priser når det gjelder prisinformasjon om tannhelsetjenester til innbyggerne.

#### *Nærmere om prisnivå*

Utvalget mener at fri konkurranse gjennom fri prissetting ikke har medført lavere priser, og at dette kan tale for nasjonale takster. Det påpekes at prisstigningen i sentrale strøk med stor tannlegetetthet har vært større enn landsgjennomsnittet.

Tannlegeforeningen forklarer økningen i prisene med nødvendige utstyrsinvesteringer, teknologisk utvikling, økte husleiepriser og økte avlønninger for hjelpepersonell m.v. Foreningen mener blant annet at det var et betydelig etterslep på utstyrsinvesteringer ved opphevelsen av forhandlingsinstituttet i 1995.

En sammenligning av inntekter og praksiskostnader i allmennpraksis i 1993 og 2004, viser at tannlegenes netto næringsinntekt prosentvis antagelig har økt mer enn kostnadene, se kapittel 5.10.2. Prisstigningen for tannhelsetjenester kan skyldes vel så mye økning i netto næringsinntekt, som økning i kostnader.

Flertallet av de privatpraktiserende tannlegene har priser som i gjennomsnitt er fra 15 til 40 prosent over statens honorartakster. Fylkeskommunenes takster for behandling av voksne er siden 2001 blitt økt opp til et nivå som i gjennomsnitt er 15 – 20 prosent over statens honorartakst. Dette innebærer at flertallet av både de privatpraktiserende tannleger og av fylkeskommunene mener at statens honorartakster ikke er uttrykk for det de mener er riktig pris av tannlegetjenester.

Sett fra innbyggernes ståsted, vil det være et sentralt spørsmål om prisutviklingen på tannhelsetjenester har ført til lavere etterspørsel etter tannhelsehjelp og forbruk av tannhelsetjenester i den delen av befolkningen som i hovedsak betaler alle utgifter selv.

Kartlegginger av befolkningens etterspørsel etter og forbruk av tannhelsetjenester tyder ikke på at færre går regelmessig til tannpleier/tannlege i 2006 eller har vesentlig høyere utgifter til tannhelsetjenester i 2006 sammenliknet med 1995, korrigert for prisutviklingen.

#### *Tannlegenes inntekstnivå*

SSB utarbeidet i 2006 en inntektsstatistikk for personlig næringsdrivende, inkludert legetjenester, tannhelsetjenester og veterinærtjenester. Statis-

tikken er basert på innsendt næringsoppgave for de som har levert selvangivelsen elektronisk. Leger og tannleger som har aksjeselskap som driftsform omfattes ikke. Undersøkelser viser at ca 65 prosent av tannlegene er personlig næringsdrivende, de øvrige har hovedsakelig aksjeselskap som driftsform. For tannhelsetjenester er statistikken til SSB basert på 1706 næringsoppgaver. Disse kan også omfatte andre enn tannleger, for eksempel tannpleiere og tannteknikere. Tannlegenes næringsoppgave kan også omfatte andre virksomheter enn tannlegepraksis, slik som kapitalinntekter eller andre næringsinntekter. De kan også omfatte ektefelles inntekter. Resultatene skal derfor brukes med varsomhet.

Statistikken viser at driftsresultatet for tannhelsetjenester i 2004 i gjennomsnitt var 879 200 kroner. Resultatet for tannhelsetjenester er 98 prosent høyere i 2004 sammenliknet med resultatet i 1993. Vi kjenner imidlertid ikke til arbeidstiden til de som omfattes av statistikken.

SSB har foretatt en inndeling av næringsoppgavene etter kommunestørrelse, spesialist/ikke-spesialist, kjønn og alder. Dette viser følgende:

- spesialister (n=66) har gjennomsnittlig driftsresultat som varierer svært lite mellom storbyer, og resten av landet
- ikke-spesialister (n=1033) har driftsresultat som er hhv 794 600 kroner i storbyer, 916 600 kroner i resten av landet,
- menn har gjennomsnittlig driftsresultat på 987 000 kroner, kvinner 649 100 kroner
- personer yngre enn 35 år har 607 200 kroner, eldre enn 50 år har 953 200 kroner i driftsresultat

I undersøkelsene som ble gjennomført av UiO i samarbeid med Tannlegeforeningen 2006/2007, ble tannlegene bedt om å opplyse om bruttoomsætning og praksiskostnader for 2005. Differansen utgjør driftsresultatet (netto næringsinntekt), uavhengig av driftsform (personlig næringsdrivende eller aksjeselskap). Inntekter omfatter ikke kapitalinntekter eller inntekter for annen næringsvirksomhet. Undersøkelsene viser følgende angående tannlegenes oppgitte driftsresultat:

- Allmenntannleger i enkeltpersonsforetak (n=439) ca 940 000 kr
- Allmenntannleger i aksjeselskap (n=216) ca 1 066 000 kr

Når det gjelder spesialistene (n=152), er gjennomsnittlig netto næringsinntekt omtrent på samme nivå som resultater i SSB's statistikk. Spesialister

som driver kombinasjonspraksis av spesialist- og allmenntannlegevirksomhet, oppgir netto næringsinntekt på nivå med allmennpraktikere.

Det må kunne konkluderes med at den prosentvise økningen i tannlegenes netto næringsinntekt/driftsresultat, ikke har vært lavere enn den prosentvise økingen i priser. Prisøkningen i perioden 1995 til 2004/2006 kan dermed ikke bare forklares med økte kostnader.

Privatpraktiserende tannleger er frie yrkesutøvere hvor pasientene betaler omtrent 95 prosent av kostnadene. Spørsmålet om tannlegens inntektsnivå blir etter regjeringens vurdering et spørsmål, hvor hensynet til prispolitikk, konkurransepolitikk og inntektspolitikk må avveies. Regjeringen ser det ikke som aktuelt å regulere tannlegenes inntekter generelt gitt den lave andelen av offentlig finansiering. Regjeringen vil i stedet for iverksette tiltak som bidrar til økt priskonkurranse og styrke forbrukerinteressene, se kapittel 13.1.3..

#### *Konsekvenser av eventuelle nasjonale maksimaltakster*

Staten v/ Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter i dag honorartakster som grunnlag for beregning av trygderefusjon. Hvis det skal fastsettes nasjonale takster for all tannbehandling som tannlegene er forpliktet til å følge, må honorartakstene etter regjeringens syn være et resultat av forhandlinger med yrkesorganisasjonen og med KS, slik som for andre yrkesgrupper (leger, fysioterapeuter og psykologer).

I forhandlinger om takster må det legges til grunn at takstene gjenspeiler kostnadene forbundet med samtlige behandlingsformer som ytes av tannleger. Dette vil være viktig for tannlegene hvis nasjonale takster skal utgjøre hele grunnlaget for deres næringsinntekt. I tillegg vil det kunne bli reist krav om at takstene kommer på et nivå som innebærer at tannlegenes nettoinntekt i gjennomsnitt ikke går ned. Det vil også være av interesse for KS at fylkeskommunenes inntekter ikke går ned.

Konsekvensene av eventuelle taksforhandlinger kan bli et høyere nivå på takstene. Nasjonale takster på et høyere nivå enn dagens honorartakster, vil medføre prisøkning hos de tannleger som i dag har lavest pris, og dermed høyere utgifter for de pasientene som går til disse tannlegene. Tannleger som i dag følger statens honorartakster, eller har priser like over det nivået, vil antagelig sette sine priser på nivå med nasjonale mak-

simaltakster. Nasjonale maksimaltakster vil på den måten virke prisdrivende, samtidig som konkurranse på pris uteblir. På landsbasis vil nasjonale maksimaltakster kunne innebære at befolkningens samlede utgifter til tannbehandling kan bli høyere enn i dag, gitt dagens forbruk.

En undersøkelse blant allmenntannleger, viser at 75 prosent av tannlegene oppga at de ga rabatt/avslag til pasienter med stort behandlingsbehov og svak økonomi. Dette kan også omfatte de tilfeller trygden finansierer hele eller deler av behandlingens kostnader.

Tannleger i visse områder kan ha høyere pris for å kompensere for høyere praksisutgifter. Dette vil ikke bli mulig med nasjonale takster. Med nasjonale takster kan man derfor risikere overbehandling av pasienter, for at tannlegen skal generere mer inntekter som kompensasjon for høyere driftskostnader enn det takstene vil være basert på.

En eventuell innføring av forhandlingsinstituttet vil også innebære økte administrative kostnader. Det er videre et spørsmål om hvordan det skal føres kontroll med etterlevelsen av tannlegenes bruk av nasjonale takster, og hva som skal være sanksjonene hvis takstene ikke etterleves av tannlegene.

Regjeringen tilrår ikke innføring av generelle nasjonale takster for tannbehandling. Regjeringen vil følge opp pris- og inntekstutviklingen. Tannlegenes plikter til prisopplysning skal forbedres.

#### *Spørsmålet om nasjonale takster begrenset til tannbehandling der pasienten får full eller delvis dekning av folketrygden*

Regjeringen har også vurdert forslaget om nasjonale takster for tannbehandling som helt eller delvis blir dekket av folketrygden. Dagens ordning medfører at flertallet av pasienter som mottar refusjon fra trygden, får et mellomlegg som utgjør differansen mellom tannlegens pris og statens honorartakst. Forbrukerrådet uttaler i sin høringsuttalelse at det er vanskelig for forbrukere å forstå rettferdigheten i et system som muliggjør mellomlegg. Mellomleggets størrelse vil være avhengig av forbrukerens betalingsvilje. Tatt i betraktning av at tannhelsetjenester kan sees på som en nødvendighetstjeneste for mange, vil også betalingsviljen være høy selv om betalingsevnen er lavere.

Tannlegeforeningen ser også at det kan være uheldig med store egenandeler/mellomlegg i de

tilfeller tannbehandling finansieres over trygden. Foreningen presiserer i sin høringsuttalelse at de ikke vil ta stilling til hvordan et slikt eventuelt problem kan løses, så lenge det ikke foreligger kunnskap om omfanget av mellomlegg og størrelsen på mellomlegg. Foreningen nevner også at eventuelle mellomlegg kan skyldes at takstene er for lave, og ikke at prisene er for høye.

Tre fjerdedeler av kjeveortopedene tar mellomlegg for sine tjenester (95 prosent av kjeveortopedenes pasienter mottar trygdefusjon). En fjerdedel følger statens honorartakst. De som tar mellomlegg, beregner dette i gjennomsnitt som 14 prosent av honorartakst.

Kjeveortopedene oppgir at en fullført tannregulering av de pasientene som hører inn under refusjonsgruppe b i gjennomsnitt har en kostnad etter statens honorartakster på ca 20 000 kroner, i refusjonsgruppe c er gjennomsnittskostnader ca 17 600 kroner. De kjeveortopedene som tar et fast kronebeløp, tar i gjennomsnitt 5 500 kr i mellomlegg for en full behandling. Egenbetaling for slike pasienter (dvs offentlig egenandel og mellomlegg) kan da samlet beløpe seg til et sted mellom 8 000 og 13 000 kr. Kjeveortopedene utgjør en mer homogen gruppe i forhold til priser, sammenliknet med allmenntannlegene og sammenliknet med de øvrige spesialistene. I 2004 ble det fastsatt nytt honorartakstsystem for kjeveortopedisk behandling. Forutsetningen var at det nye systemet ikke skulle medføre økte kostnader for trygden. En grundig gjennomgang av de enkelte stykkprisene har tatt hensyn til kostnader og tidsbruk. Dette kan være en del av forklaringen på at kjeveortopedene i større grad enn andre tannleger følger honorartakst.

Prisnivåene og -variasjonene hos øvrige spesialister viser at det også kan være et behov for en gjennomgang av stykkprisene for behandling som helt eller delvis refunderes av trygden (unntatt kjeveortopedi). Ved enkelte behandlinger er tannlegens pris 100 prosent over honorartakst, mens for andre behandlinger 5 prosent under honorartakst. Den mest brukte stykkprisen (undersøkelse og to røntgen), er hos allmennpraktiserende tannleger i gjennomsnitt 40 prosent over honorartakst.

### **13.2.3 Regjeringens vurdering**

I de tilfeller trygden yter hel eller delvis refusjon til utgifter til tannbehandling, vil tannlegers bruk av mellomlegg variere, og kan for enkelte behandlinger og hos enkelte tannleger være omfattende.

Dette kan være uttrykk for at statens honorartakst er for lav i forhold til andre takster. Regjeringen antar at problemet gjør seg mest gjeldende, der behovet for tannbehandling er størst og prisene varierer mest. Dette er særlig aktuelt for behandlinger hvor det er et vilkår at behandler er spesialist eller har formalisert tileggsutdanning for at trygden skal refundere utgifter.

Det er imidlertid flere forhold som taler mot å innføre nasjonale maksimaltakster for all behandling som gir trygderefusjon. Nasjonale maksimaltakster vil blant annet kunne virke prisdrivende for tannbehandling hvor trygden ikke yter refusjon. Dette fordi den vil virke normgivende for øvrig behandling, og dermed begrense priskonkurransen for 90-95 prosent av tannbehandlingen i allmennpraksis.

Regjeringen viser til vurderingene foran når det gjelder spørsmålet om nasjonale takster for all tannbehandling. Regjeringen vurderer det heller ikke som aktuelt å innføre nasjonale takster som omfatter tannbehandling trygden yter stønad til.

I stedet vil regjeringen prioritere styrking av forbrukerinteressene i form av bedre prisopplysning. Dette innebærer krav om prisopplysning i folketrygdloven, samt at det opprettes en prisportal, se kapittel 13.1.3.

Et alternativ er å begrense maksimaltakstene til å gjelde behandlinger hvor det er et vilkår i regelverket at behandlingen må være utført av spesialist eller hvor tannlegen må ha formell tileggsutdanning for at trygden skal yte refusjon. Dette gjelder kjeveortopedisk behandling, kirurgisk innsetting av implantater og implantatbasert protetisk behandling. Ved å begrense maksimaltakstene til disse behandlingsformene, unngås mange av de negative konsekvensene som er

belyst for nasjonale takster. Samtidig avvikles mellomlegget for de behandlingene hvor trygdens stønad er høyest i beløp per medlem, og hvor egenandelen og egenbetalingen er høyest. Spørsmålene om maksimaltakster for disse behandlingene vil bli vurdert etter gjennomgangen i 2008 av stønadsordningene til kjeveortopedi og stønadsordningene til implantatbehandling og implantatforankret protetikkk.

#### *Oppsummering*

- Regjeringen vil følge opp det pågående revisjonsarbeidet i BLD slik at regelverket blir i samsvar med forslag i meldingen (hjemmel for å innhente prislistene fra tjenesteytere, samt oppdatere innholdet i forskrift om prisopplysninger ved tannlegetjenester mv.)
- Regjeringen vil opprette en elektronisk prisportal for tannbehandling
- Regjeringen vil prioritere grupper over 18 år i tannhelsetjenesten skal kunne velge mellom offentlige og private tjenesteytere
- Regjeringen vil oppfordre Tannlegeforeningen å vurdere om det er mulig å legge til rette for at klagenemndsordningen også kan omfatte tannleger som ikke er medlemmer av foreningen
- Regjeringen vil oppfordre Tannpleierforeningen til å vurdere om det er behov for klagenemndsordning for tannpleiere
- Regjeringen vil på sikt vurdere om også tannhelsetjenesten skal omfattes av pasientombudsordningen
- Regjeringen vil komme tilbake til spørsmålet om maksimaltakster for visse behandlingsformer etter gjennomgangen i 2008.

## 14 Økonomiske og administrative konsekvenser

Denne meldingen har en bred tilnærming til tannhelsefeltet. Gjennom beskrivelsene, vurderingene og forslagene til tiltak er tannhelsetjenester, og forutsetningene for likeverdige og kvalitativt gode tannhelsetjenester, satt inn i en bredere sammenheng. Hovedmålsettingen er likeverdige tannhelsetilbud til befolkningen uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Målene gjelder uavhengig av hvem som yter tjenestene, og uavhengig av hvordan tjenestene finansieres. Hovedinnretningen på forslagene er tiltak som først og fremst skal hjelpe de som trenger det mest. Utjevning av sosial ulikhet i tannhelse er derfor et bærende prinsipp som ligger bak forslagene.

Forslaget i meldingen omfatter en rekke aktiviteter som er av betydning for å kunne oppnå målsettingen. Det gjelder tiltak som skal bidra til geografisk og likeverdig tannhelsetilbud i hele landet, inkludert spesialisttjenester. Utdanningskapasitet og rekruttering til distriktene er dermed sentrale temaer. Det gjelder forslagene om å utvide tilbudet om offentlig finansierte tannhelsetjenester. Videre gjelder det forslagene om kunnskapsoppbygging gjennom forskning og fagutvikling, forsøksordninger og etablering av regionale kompetansesentre og andre kompetansemiljøer. Utforming av egenbetalingsordningene og tiltak for priskonkurransen er av stor betydning. Forslag til styrking av forvaltningsnivået og deres muligheter til å ivareta et samlet befolkningsansvar står også sentralt. Det samme gjelder forslag til styrking av innbyggernes rettigheter.

Enkelte av forslagene i meldingen er utredningsoppdrag som regjeringen vil iverksette innenfor gjeldende budsjettammer. Det samme gjelder enkelte forslag som angår stønad fra trygden og forslag som krever regulering i lov eller forskrift.

De forslagene som vil gå ut over dagens budsjettamme vil bli håndtert i forbindelse med de årlige, ordinære budsjettprosesser. Dette gjelder for eksempel forslag som omfatter regionalpoli-

tiske tiltak, styrking av forvaltningsnivået, folkehelsearbeidet, kunnskapsoppbygging, utdannings- og personelltiltak og offentlig finansiering av tannhelsetjenester til nye grupper eller nye behandlingsformer.

Regjeringen foreslår i meldingen at forvaltningsansvaret for tannhelsetjenester videreføres på fylkeskommunalt nivå og i fremtiden på det nye regionale nivået. I forbindelse med styrking av funksjoner for forvaltningsnivået vil administrative konsekvenser bli vurdert i budsjettsammenheng.

Forslag som angår forenklinger og aktuelle forbedringer i trygdens stønad til tannbehandling vil bli ivarettatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Når det gjelder det private tannlegemarkedet eller den private tannhelsetjenesten er det flere av forslagene som berører denne sektoren. De forslag som omhandler endringer i tilgangen på tannpleiere og tannleger forutsettes håndtert av den private sektor som ordinær markedstilpassning. Forslagene om nye rettigheter, herunder fritt valg av behandler, for innbyggere over 18 år vil kunne innebære at mange privatpraktiserende vil inngå avtale med fylkeskommune for å løse offentlige tannhelseoppgaver. Dette vil regjeringen komme tilbake til i forbindelse med fremleggelse av lovendringer.

Innføring av forslag til trygderefusjon på selvstendig grunnlag for behandling hos tannpleiere innebærer lovendring. Regjeringen vil komme tilbake til dette i forbindelse med fremming av lovforslag.

### *Behov for ny tannhelsetjenestelov*

Dagens tannhelsetjenestelov er mer enn 20 år. Med unntak av visse endringer av mindre omfang, er lovens innhold og oppbygging slik den var ved ikrafttredelsen 1. januar 1984. Slik regjeringen vurderer det, fremstår loven som foreldet og mener det uansett er behov for en gjennomgang av den i sin helhet.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet  
av 29. juni 2007 om Tilgjengelighet, kompetanse  
og sosial utjevning blir sendt Stortinget.

---

## Litteraturliste

- Eriksen HM. og Dimitrov, V. Oral helse i et komplekstestetisk perspektiv. *Nor Tannlegeforen Tid* 2003; 113: 908 – 11.
- Eriksen, HM. Voksnes tannhelse i Norge i bedring. *Nor Tannlegeforen Tid* 2002; 112: 270 – 1.
- Espelid, I. Ungdoms orale helse i Norge ved tusenårsskiftet. *Nor Tannlegeforen Tid* 2002; 112: 266 – 9.
- Försäkringskassan, Socialstyrelsen. Befolkningens tandhälsa.
- Försäkringskassan. Tandvårdsförsäkring, tandvårdskonsum och tandhälsa.
- Gimmestad, A L. og Holst, D. Karies blant femåringer i Hedmark. Forekomst, risiko og nye veier i forebygging *Nor Tannlegeforen Tid* 2003; 113: 596 – 601.
- Gimmestad, A L. og Holst D. Er det fortsatt endring i behandlingkriteriene for karies blant ungdom i Oslo? *Nor Tannlegeforen Tid* 2007; 117: 90 – 4.
- Gimmestad, A L. og Holst, D og Grytten, J. Tannhelse og etnisk bakgrunn. Barn og ungdom i Oslo fra 1999 til 2004 *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116: 836 – 41.
- Gytten, J. og Skau I. (2007). Honorarer og inntekter i privat tannlegepraksis 2006. Rapport. Seksjon for samfunnsodontologi UiO.
- Grytten, J., Skau, I., Holst, D.(2006). Organisasjonsformer i privat tannlegepraksis. Rapport. Seksjon for samfunnsodontologi UiO.
- Grytten, J., Skau, I. og Holst, D. Organisasjonsformer i privat tannlegepraksis i Norge *Nor Tannlegeforen Tid* 2007; 117: 196 – 200.
- Grytten, J. og Skau, I.(2006). Kjeveortopedisk praksis i 2006. Rapport. Seksjon for samfunnsodontologi UiO.
- Grytten, J. og Skau, I.(2007). Spesialistpraksisen i oral kirurgi 2007. Rapport. Seksjon for samfunnsodontologi UiO.
- Grytten, J. og Skau, I.(2007). Spesialistpraksisen i endodonti 2007. Rapport. Seksjon for samfunnsodontologi UiO.
- Grytten, J. og Skau, I.(2007). Spesialistpraksisen i periodonti 2007. Rapport. Seksjon for samfunnsodontologi UiO.
- Grytten, J. og Skau, I.(2007). Spesialistpraksisen i protetikk 2007. Rapport. Seksjon for samfunnsodontologi UiO.
- Grytten, J. og Skau, I. Honorarer i privat tannlegepraksis i Norge 2006. *Nor Tannlegeforen Tid* 2007; 117: 380 – 4.
- Grytten, J., Skau, I. og Holst, D. Behandlingskapasitet for voksne i privat og offentlig tannhelsetjeneste i Norge *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116: 212 – 216.
- Grytten, Jostein, Irene Skau og Dorth Holst: «Endringer i utgifter og honorarer for tannbehandling 1995-2004». *Nor Tannlegeforen Tid* 2004; 114:744 – 747.
- Grytten, J., Holst, D. og Skau, I. Prisbevissthet, kvalitet og valg av tannlege *Nor Tannlegeforen Tid* 2004; 114: 628 – 31
- Grytten, J., Holst, D. og Skau, I. Tilfredshet med tannhelsetjenesten i den voksne befolkningen *Nor Tannlegeforen Tid* 2004; 114: 622 – 6.
- Grytten, J., Skau, I. og Holst, D. Endringer i utgifter og honorarer for tannbehandling 1995 – 2004 *Nor Tannlegeforen Tid* 2004; 114: 744 – 7.
- Grytten, J., Holst, D. og Skau, I. Prisbevissthet, kvalitet og valg av tannlege *Nor Tannlegeforen Tid* 2004; 114: 628 – 31.
- Grytten, J., Skau, I. Inntekstnivå i privat tannlegepraksis *Nor Tannlegeforen Tid* 1999; 109 Nr 5.
- Grytten, J., Skau, I. Konkurransen og tilbudsinduksjon i den private tannhelsetjenesten *Nor Tannlegeforen Tid* 1999; 109 Nr 4.
- Grytten, J., Skau, I. Honorarer og stordriftsfordeler i privat tannlegepraksis *Nor Tannlegeforen Tid* 1999; 109 Nr 4.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007 – 2011).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Rundskriv I-7/2006. Forskrift til folketrygdloven § 5-6 og Generelle regler og takster for offentlig stønad til tannbehandling.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Rundskriv I-2/2006. Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006.

- Helsedepartementet (2003). Tannhelsetjenesten. Geografisk fordeling, hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor.
- Helsedirektoratet (1992). Utredning 7-92. Tannhelsetjenesten i Norge.
- Helsetilsynet (2005). Rapport 8/2005. Ulike fylke, ulike tannhelsetenestetilbud?
- Helsetilsynet (2004). Rapport 5/2004. Tannhelsetjenesten i Norge.
- Holst, D., Rødseth, S., Skeie M S. og Espelid, I. Øker kariesforekomsten blant førskolebarn i Oslo? *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115: 654 – 7.
- Holst D. Causes and prevention of dental caries: A perspective on cases and incidence. *Oral Health Prev Dent*. 2005;3:9-14.
- Holst, D., Grytten, J. og Skau, I. Den voksne befolkningens bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004. *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115: 212 – 6.
- Holst, D., Skau, I. og Grytten, J. Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkning i Norge i 2004 *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115: 576 – 80.
- Holst, D., Schuller A A. og Gimmestad, A. Tannhelsen i dynamisk endring – fra sykdomsrisiko til helsepotensial. *Nor Tannlegeforen Tid* 2004; 114: 866 – 71.
- Holst, D., Grytten, J. og Skau, I. Tannlegestudenters planer og forventninger til arbeid i tannhelsetjenesten *Nor Tannlegeforen Tid* 2002; 112: 776 – 80.
- NOU 2005: 11. Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest.
- NOU 2005: 18. Fordeling, forenkling og forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner.
- Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005 – 09.
- Seksjon for samfunnsodontologi UiO og Den norske tannlegeforening (2005). Tannleger i privat praksis. Praksisundersøkelsen 2004. Rapport.
- Skau, I., Holst, D. og Grytten, J. Behandlingspanorama og innkallingsintervaller i privat allmennpraksis *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115: 764 – 8.
- Skau, I., Holst, D., Grytten, J. (2006). Etterspørsel og utgifter til tannbehandling 2006. Rapport. Seksjon for samfunnsodontologi, UiO.
- Skeie, M S. Karies i det primære tannsett – betydning for oral og generell helse *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116: 912 – 16.
- Skeie, M S. Karies hos 3 – 10 år gamle barn *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116: 116.
- Sollund, Arne. Den norske tannlegeforening gjennom 100 år (1884–1984).
- Sosial- og helsedirektoratet: Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007. IS-1443.
- Sosial- og helsedirektoratet. Tenner for livet. Baselineundersøkelse nr 2 Oral helse hos sykehjemsbeboere i 2004. IS- 1334.
- Sosial- og helsedirektoratet. Tenner for livet – Baselineundersøkelse nr. 1. Tannhelsesdata fra 2003 for 3- og 5- åringer – Tiltaksoversikt. IS-1333.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester, Futt-prosjektet. Sosial- og helsedirektoratet IS-1230 og IS-1231
- Sosial- og helsedirektoratet. Oppgavefordeling mellom yrkesgrupper i tannhelsetjenesten. IS 1098.
- Sosial og helsedirektoratet. Veileder Tenner for livet – Helsefremmende og forebyggende arbeid. (Statens helsetilsyn) IS- 2659.
- SOU 2007: 19 Friskare tänder til rimliga kostnader.
- SSB (2007). Inntektsstatistikk for personlig næringsdrivende, 2005.
- SSB (2006). Statistikkbanken. KOSTRA 2005.
- SSB. NOS D 340 (2005). Tannhelsetjenesten 2001-2004.
- SSB (2004). Kommunenes utgifter til primærlegjetjenesten 2002. Notat.
- Statens helsetilsyn. Tannhelsetjenesten i Norge. Årsmelding 1998 – 1997.
- Statens helsetilsyn. Tannhelsetjenesten i Norge. Årsmelding 1999 – 2000. IS-2758.
- St.meld. nr. 20 (2006-2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.
- St.meld. nr. 12 (2006-2007). Regionale fortrinn – regional framtid.
- St.meld. nr 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge.
- St.prp. 1 (2006-2007). Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening.
- Svalund, J. Verferdsstatens siste hull? SSB. Samfunnsspeilet nr. 3, 2005.
- Texmon, I. og Stølen N M. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2025. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2005. SSB. Rapport 2005/38.
- Toven, H V. og Wang, N J. Tannpleieres yrkesutøvelse. Nasjonal undersøkelse. Sosial og helsedirektoratet Oslo, desember 2006.



Utdannings- og forskningsdepartementet og Helsedepartementet (2002). Behov for økning i utdanningskapasiteten for tannleger. Alternative forslag til økning av utdanningskapasiteten. Rapport fra en arbeidsgruppe.

Wang, N J og Toven, H V. Tannpleiere i Norge. Yrkesaktivitet og arbeidsforhold Nor Tannlegeforen Tid 2006; 116: 984 – 9.



Offentlige etater kan bestille flere eksemplarer fra:  
Departementenes servicesenter  
Kopi- og distribusjonsservice  
[www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)  
E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)  
Telefaks: 22 24 27 86

Abonnement, løssalg og pris fåes ved henvendelse til:  
Akademika AS  
Avdeling for offentlige publikasjoner  
Postboks 84 Blindern  
0314 OSLO  
E-post: [offpubl@akademika.no](mailto:offpubl@akademika.no)  
Telefon: 22 18 81 00  
Telefaks: 22 18 81 01  
Grønt nummer: 800 80 960

Publikasjonen finnes på internett:  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Omslagsillustrasjon: Stein Løken

Trykk: GAN Grafisk AS – 06/2007 – opplag 5000

