

Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland

– Helhetlig gjennomgang av klinikkstrukturen



Innhold

1. Bakgrunn og oppdrag	6	4. Samhandling og brukerinvolvering	56
1.1 Fylkeskommunens økonomiske situasjon	6	4.1 Kommunedialog	56
1.2 FT-sak 112-2018 - Tannhelse for framtida	6	4.2 Medvirkning	61
1.3 Nasjonale trender	7		
1.4 Målsetninger	8	5. Forslag til fremtidig organisering av tjenestestrukturen	66
		5.1 Ny klinikkstruktur	66
2. Status for den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland	10	5.2 Konsekvenser ved samlokalisering av klinikker	70
2.1 Samfunnsoppdrag	11		
2.2 Tilbud til ikke-prioriterte pasienter	12		
2.3 Utvikling i pasientgrupper fra 2016 til 2024	13		
2.4 Organisering	14		
2.5 Dagens klinikkstruktur	16		
2.6 Rekrutterings- og stabiliseringstiltak	20		
2.7 Forebyggende arbeid	21		
2.8 Status for tannhelsen i Nordland	22		
2.9 Brukertilfredshet	26		
2.10 Kostnader	28		
3. Utfordringsbildet	30		
3.1 Bemanningsutfordringer	30		
3.2 Ambulering	33		
3.3 Etterslep	33		
3.4 Demografiske prognoser	34		
3.5 Framtidig tilgang til arbeidskraft	40		
3.6 Behandlingsbehov	42		
3.7 Tilgjengelighet til tannhelsetjenester i Norge	43		
3.8 Dekning av tannhelsepersonell i Norge	46		
3.9 Rekruttering og utviklingstrender	46		
3.10 Oppgavedeling	47		
3.11 Helsefremmende og forebyggende arbeid	47		
3.12 Utviklingstrekk	48		

1. Bakgrunn og oppdrag

I økonomiplan 2025-2028 vedtok Nordland fylkesting en reduksjon i tannhelse-tjenestens driftsbudsjett på 2 mill. kr. i 2026, økende til 3 mill. kr. i 2027 og 4 mill. kr. i 2028. For å oppnå dette, skal det gjøres en helhetlig gjennomgang av klinikkstrukturen.



1.1 Fylkeskommunens økonomiske situasjon

Fylkeskommunen står i kommende økonomiplanperiode overfor mange utfordringer som det er nødvendig å håndtere både innenfor drift og investeringer.

Med bakgrunn i de makroøkonomiske endringer med blant annet høyt kostnadsnivå og renteøkninger, må fylkeskommunen jobbe videre med både drift og investeringsporteføljen for å sikre at den økonomiske handleevnen blir ivaretatt over tid, og at det nødvendige handlingsrom både på kort og lang sikt ivaretas. Effektiviseringskravet på fylkeskommunens driftsbudsjett utgjør en besparelse på 86 mill. kr i 2025 og 106 mill. kr i 2026-2028.

Det er en klar sammenheng med utviklingen i fylkeskommunens frie inntekter (skatt- og rammetilskudd)

og befolkningsutviklingen. Utviklingstrekkene de siste årene ved at frie midler reduseres og at vekst utelukkende knyttes til kommunesektorens demografikostnader, vil for Nordland bety reduserte overføringer de kommende årene. Samtidig viser befolkningsprognosen at det blir stadig færre i yrkesaktiv alder, noe som også betyr at veksten i skatteinntekter vil avta.

Konsekvensene av at Nordland har en befolkningsutvikling som ikke er i tråd med utviklingen i landet, når det gjelder både innbyggere totalt og andelen 16-18 åringer, er reduserte frie inntekter. Med de prognosene som foreligger vil det økonomiske handlingsrommet fortsette å svekkes, og fylkeskommunen må iverksette relativt omfattende tiltak for å møte denne utfordringen.

1.2 FT-sak 112-2018 - Tannhelse for framtida

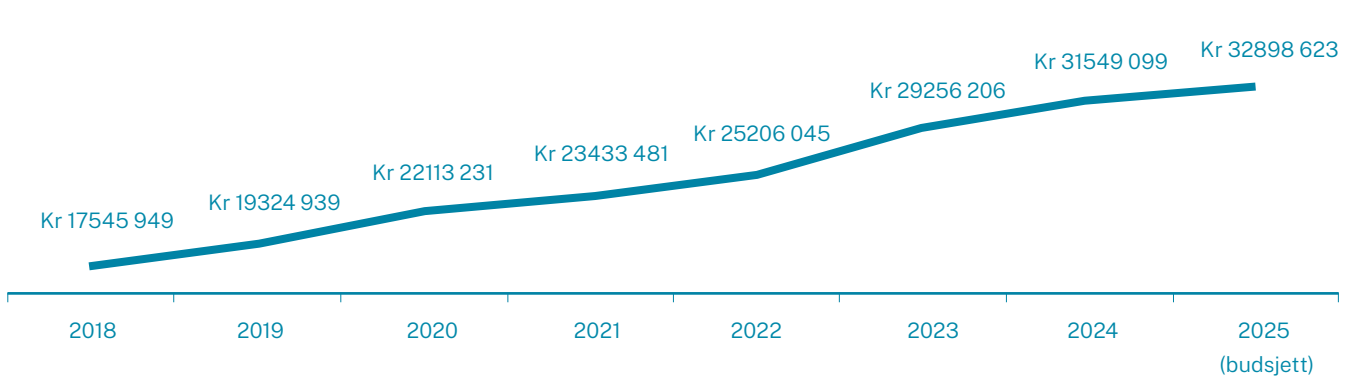
1.2.1 Økning i leiepriser på tannklinikker: Fra 17,5 millioner i 2018 til 32,9 millioner i 2025

Leiekostnaden på de offentlige tannklinikkene har opplevd en drastisk økning de siste årene. I 2018 var de totale leieutgiftene for offentlige tannklinikker i Nordland på 17,5 millioner kroner. I 2025 har denne summen steget til hele 32,9 millioner kroner. Det tilsvarer en økning på 62,9 % og 11 mill. utover generell prisstigning. Utviklingen i leiekostnader ble fylkestinget advart mot i sak 112-2018.

Bakgrunnen for den drastiske økningen i leiepriser er at mange av de offentlige tannklinikkene i Nordland har fått sårt tiltrengte nye eller oppgraderte klinikklokaler i perioden.

Fylkeskommunens eiendomsseksjon har gjort en kartlegging av tilstanden til dagens klinikklokaler. Det er fortsatt seks tannklinikker med «Rød» status der det er kritisk å få igangsatt en prosess for å enten pusse opp dagens klinikklokaler eller anskaffe nye. I tillegg har elleve tannklinikker «Gul» status. Det betyr at disse har klinikklokaler som må utbedres på litt lengre sikt. Oppgradering av klinikklokaler er kostnadskrevenne grunnet strenge krav til utforming og materialer. Denne kostnaden må fylkeskommunen enten dekke via eget investeringsbudsjett eller ved å refundere utleiers oppussingskostnader i form av økte leiepriser.

Utvikling leiekostnader offentlige tannklinikker i Nordland



1.2.2 GIS-analyse

I forbindelse med klinikkstruktursaken i 2018 ble det gjennomført en GIS-analyse. Analysen viste at i et alternativ med ti fylkeskommunale tannklinikker i de ti største bykommunene i fylket, ville 59 % av befolkningen ha en fylkeskommunal tannklinikk innenfor 15 minutters reisetid

med bil, og 85 % innenfor 60 minutters reisetid. I 2036 ville 87 % av befolkningen kunne nå fram til nærmeste fylkeskommunal tannklinikk innenfor en reisetid på 60 minutter med bil.

1.3 Nasjonale trender

De fleste av fylkeskommunene i Norge er i gang med større omstillingsprosesser for å kunne levere gode tjenester innenfor stadig mindre økonomisk handlingsrom. Dette inkluderer tilsvarende prosesser knyttet til å etablere fremtidsrettede tannklinikkstrukturer for å levere en god regional tannhelsetjeneste.

Mange fylkeskommuner har de siste fem-ti årene gjennomført endringer i klinikkstrukturen gjennom etablering av større enheter i mer folkerike kommuner og nedleggelser av tannklinikker i de mindre kommunene. Enkelte fylkeskommuner er i ferd med å vedta planer om ytterligere endringer i klinikkstrukturen med færre og større klinikker. Formålet er blant annet å sikre stabil bemanning, bredt fagmiljø med tilgang til avansert utstyr og bedre muligheter til opplæring og fagutvikling.

Slik sentralisering gir mer robuste fagmiljøer, mulighet til mer effektiv oppgavedeling mellom tannpleiere og tannleger og dermed bedre utnyttelse av personellens kompetanse.

Bedret tannhelse hos barn og unge innebærer at tidsintervallene for regelmessige undersøkelser har økt og at færre har behov for reparasjoner av tenner som følge av kariessykdom. Fortsatt har 5-10 prosent av barn og unge et stort behov for oppfølging. Dette er barn med særskilte behov, blant annet som følge av medfødte og andre underliggende medisinske lidelser. Tannpleiere er den personellgruppen som i økende grad ivaretar det regelmessige og oppsøkende tannhelsetilbudet og som henviser til tannlege ved behov.

Som beskrevet foran gir større tannklinikker et bredere fagmiljø med mindre sårbarhet ved fravær og ubesatte stillinger. Større klinikker kan utstyres med et bredere spekter av odontologisk utstyr og dermed ha større bredde i behandlingstilbudet. Dette gjelder for eksempel bruk av lystgass og team satt sammen av psykologer og tannleger som gir tilbud til pasienter med stor angst for tannbehandling (odontofobi).

Store klinikker gir også mulighet til å ta imot tannlege- og tannpleierstudenter over lengre tid som en del av praksisopplæring under studiet. Store klinikker gir bedre muligheter til å delta i praksisnær klinisk forskning i samarbeid med de regionale kompetansesentrene og bedre forutsetninger for effektiv faglig rådgivning og veiledning fra tannlegespesialister. ([hoeringsnotat_kjj_6_6_16.pdf, s. 94-95](#))

Østfold fylkeskommune har gjennomført effektiviserings tiltak i tannhelsetjenesten, og har i dag ni tannklinikker mot tidligere 19 offentlige tannklinikker. Flere av klinikkene i Østfold tilfredsstilte ikke kravene til universell utforming,

og ville kreve betydelige investeringer i oppgraderinger for å oppfylle kravene. Østfold fylkeskommune har 314.407 innbyggere (2025).

Buskerud fylkeskommune er i gang med en større omstilling av hele virksomheten. I desember 2024 ble det vedtatt å endre til en mer regional tilnærming i deres tannhelsetilbud. I løpte av 2025 vil Buskerud legge ned tolv av 23 klinikker. Buskerud fylkeskommune har 271.248 innbyggere (2025).

I Agder fylkeskommune skal fylkestinget i juni ta stilling til fylkeskommunedirektørens forslag om å samle ressursene i 10 tannklinikker mot dagens 28. Fylkeskommunens vurdering er at det helhetlige tannhelsetilbudet vil styrkes ved å satse på færre, men større klinikker med sterke fagmiljøer, som vil gjøre det mer attraktivt å jobbe i tannhelsetjenesten i Agder, slik at fylkeskommunen i større grad vil beholde arbeidskraften de har og tiltrekke seg nye dyktige fagfolk. Agder fylkeskommune har 322.188 innbyggere (2025).

1.4 Målsetninger

Følgende målsetninger ligger til grunn for den helhetlige gjennomgangen av klinikkstrukturen i den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland:

1. Nordland fylkeskommune skal være blant de tre beste fylkene når det gjelder tannhelsen for barn og unge i aldersgruppen 5, 12 og 18 år.
2. Nordland fylkeskommune skal systematisk styrke det forebyggende arbeid innen tannhelsetjenesten.

3. Nordland fylkeskommune skal tilby tannbehandling av høy kvalitet.
4. Nordland fylkeskommune skal redusere ventetiden hos tannhelsetjenesten.
5. Nordland fylkeskommune skal sikre optimal bruk av ressursene i tannhelsetjenesten.

(Drøftet i fylkesrådet i møte 25.03.2025)



Foto: Engin Akyurt

2. Status for den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland

Det offentliges ansvar for tannhelsetjenester er regulert i lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven).

2.1 Samfunnsoppdrag

Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven består dels av et befolkningsansvar og dels av et gruppeansvar. Befolkningsansvaret kan igjen deles opp i et tilgjengelighetsansvar og et folkehelseansvar. Tilgjengelighetsansvaret består i å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Folkehelseansvaret består i å sørge for nødvendige helsefremmende og forebyggende tiltak overfor hele befolkningen i fylket. Gruppeansvaret har også et klart folkehelseelement ved at det består i å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper i befolkningen som er nevnt i tannhelsetjenesteloven (prioriterte grupper). Det er bare gruppene som er listet opp i loven som har lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp, helt eller delvis vederlagsfritt, fra fylkeskommunen.

De prioriterte gruppene er:

- Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.
- Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.
- Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie.
- Unge voksne fra året de fyller 19 til og med året de fyller 28 år.
- Personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar noen av følgende tilbud:
 - Personlig assistanse i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.
 - Avlastningstiltak for pårørende i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2.
 - Legemiddelassistert rehabilitering i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16.
- Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen.

Fylkeskommunens lovpålagte sørge for ansvar er dermed begrenset til å gi et tannhelsetilbud til enkelte persongrupper i befolkningen. Det er bare disse gruppene som har rett til et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud, herunder nødvendige tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. For den øvrige befolkningen er sørge for ansvaret begrenset til at

tannhelsetjenester i rimelig grad skal være tilgjengelige. Tilgjengeligheten kan i praksis måles på grunnlag av ulike faktorer. Dette kan for eksempel være tilgangen på tilstrekkelig kvalifisert personell i fylket, inkludert spesialistkompetanse, sett i forhold til behov og etterspørsel hos befolkningen (befolkningstetthet), reiseavstand til nærmeste tannhelsetilbud, tilbudet av offentlig transport, åpningstider, ventetid på behandling og fysisk tilgjengelighet til tannklinikker.

Avgjørende faktorer for befolkningens tilgang på tannhelsetjenester er den fysiske/geografiske plasseringen av tannklinikkene og at klinikkene er stabilt bemannet med kvalifisert personell. Det er opp til fylkeskommunen selv å vurdere hva som er et tilstrekkelig tilgjengelig tannhelsetilbud ut fra nevnte faktorer, og hvordan dette ansvaret kan oppfylles.

Innslaget av private tjenesteytere er generelt langt større innenfor tannhelsesektoren sammenlignet med øvrige helse- og omsorgstjenester. Den voksne delen av befolkningen har som regel ikke rettskrav på tannhelsehjelp fra fylkeskommunen og betaler stort sett selv sine utgifter til tannbehandling.

Fylkeskommunens ansvar særpreges dermed ved at den har et begrenset ansvar for tannhelsetjenester til voksenbefolkningen, sammenlignet med kommunens ansvar for øvrige helse- og omsorgstjenester. Tannhelsetjenester til voksne ytes i hovedsak av privatpraktiserende tannhelsepersonell uten avtale med fylkeskommunen. Dette i motsetning til helse- og omsorgstjenestene for øvrig, som i større grad er organisert gjennom avtaler med private tjenesteytere som i større grad finansieres av det offentlige gjennom statlig rammetilskudd til kommuner, skatteinntekter og gjennom statlig basisbevilgning til de regionale helseforetakene. I tillegg kommer universelle stønadsordninger i folketrygdloven kapittel 5. Folketrygdens stønadsordninger til tannbehandling hos tannlege og tannpleier er derimot begrenset til tannbehandling ved visse typer diagnoser, sykdom eller lidelser. ([hoeringsnotat_kjj_6_6_16.pdf](#))

2.2 Tilbud til ikke-prioriterte pasienter

Fylkeskommunen skal sørge for at det tilbys tjenester til voksne som ikke er omfattet av de lovpålagte gruppene. Denne plikten vil være begrenset til å gjelde tynt befolkede utkantområder hvor det kan være et reelt behov for offentlige tannhelsetjenester til voksne som følge av mangel på private tjenesteytere. I områder uten et tilstrekkelig privat tilbud, kan den offentlige tannhelsetjenesten subsidiere tilbudet sitt til ikke-prioriterte pasienter. Fylkestinget bestemmer selv i hvilke områder det kan ytes subsidierte

Regulering av den offentlige tannhelsetjenestens konkurranse med private

Den offentlige tannhelsetjenestens tilbud til ikke-prioriterte pasienter reguleres av EØS-avtalen og forskrift om krav til føring av atskilte regnskaper. Forskriften definerer hvordan tjenesten skal føre atskilte regnskaper for ulike pasientgrupper for å vise at det ikke forekommer krysssubsidiering mellom tannhelsetjenester som fylkeskommunen tilbyr i markeder uten konkurranse, og tannhelsetjenester som tilbys i et marked med konkurranse fra private tilbydere.

Pasientgruppene er delt inn på følgende måte:

- Prioriterte grupper: Tjenester som tilbys helt eller delvis vederlagsfritt til pasienter som omfattes av tannhelsetjenestelovens § 1-3.
- Tjenester av allmenn økonomisk betydning: Tjenester som tilbys til voksne mot betaling i områder hvor det ikke finnes annet tilstrekkelig (privat) tilbud.
- Voksne betalende pasienter hvor det finnes konkurranse fra private: Tjenester som tilbys voksne mot betaling i områder med konkurranse fra private tjenesteytere.

I henhold til forskrift om krav til føring av atskilte regnskaper, skal den offentlige tannhelsetjenesten gå med overskudd på ikke-prioriterte pasienter i områder hvor det finnes et eksisterende privat tilbud. Dette for å dokumentere at inntektene fra denne gruppen dekker utgiftene til deres behandling.

tjenester. I Fylkestingets vurdering skal det særlig legges vekt på befolkningstetthet og tjenestebehov, tilgjengelighet til private tannhelsetilbud, reiseavstand til nærmeste behandlingstilbud og hensynet til hensiktsmessig klinikkdrift.

I områder hvor det finnes et privat tilbud, konkurrerer den offentlige tannhelsetjenesten med det private tilbudet i markedet for ikke-prioriterte pasienter.

Resultat

Note 10 i fylkeskommunens årsregnskap og årsberetning for 2024 viser resultatoppstillingen for det adskilte regnskapet i Nordland fylkeskommune. Der fremkommer det at fylkeskommunen subsidierte behandling av voksne mot betaling i områder hvor det ikke finnes annet tilstrekkelig (privat) tilbud med 1,858 mill. kr. og gikk med 1,092 mill. kr. i overskudd på tjenester som tilbys voksne mot betaling i området med konkurranse fra private tjenesteytere. Til sammen gikk fylkeskommunen med 0,766 mill. kr. i underskudd ved å tilby tjenester til voksne mot betaling.

Regnskapsresultatet ved å tilby tjenester til voksne mot betaling samsvarer med nasjonale resultater. En undersøkelse gjennomført av Oslo Economics på vegne av den Norske tannlegeforening i 2023 viste en gjennomsnittlig resultatgrad på – 1 % samlet for alle landets fylker.

2.3 Utvikling i pasientgrupper fra 2016 til 2024

For å si noe om omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten, rapporterer alle fylkeskommuner antall pasienter under tilsyn i de forskjellige pasientgrupper inn til KOSTRA hvert år.

Å være «under tilsyn» i den offentlige tannhelsetjenesten viser til de som er under oppfølging av den offentlige tannhelsetjenesten. Å være «under tilsyn» innebærer at de enten har gjennomgått tannhelseundersøkelse av tannlege eller tannpleier, har fått tannbehandling eller opplæring i forebyggende tiltak, eller har fått tilbud om oppfølging.

Det har vært en markant nedgang i antall pasienter i gruppe A (barn og ungdom i alderen 3 til 18 år), som har blitt redusert med over 6.000 fra 2016 til 2024.

Reduksjonen i antall voksne betalende pasienter tilsvarer omtrent økningen i antall pasienter i gruppen unge voksne 21-24 år, som fikk rettigheter etter tannhelsetjenesteloven fra 2022. I gruppen eldre i institusjonspleie har det vært en nedgang i perioden, mens antallet i gruppen eldre i hjemmesykepleie har gått opp.

Totalt antall pasienter under tilsyn har gått ned med litt over 6.000 fra 2016 til 2024.

Samtidig ble elleve tannklinikker lagt ned (FT-sak 112-2018 og FT-sak 114-2024) og antall klinikker som bemannes helt eller delvis med ambulerende har økt i perioden, og dermed også antall arbeidstimer som brukes til å forflytte seg mellom klinikker.

Sum personer under tilsyn i den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland (fordelt på pasientgrupper) i perioden 2016 til 2024:									
Gruppe	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016
Gruppe A (Barn og ungdom i alderen 3 til 18 år)	41106	41264	41455	42004	42458	42950	44600	44909	47557
Gruppe B (Utviklingshemmede over 18 år)	1133	1125	1119	1116	1121	1119	1089	1083	1054
Gruppe C1 (Eldre, langtidssyke og uføre i institusjonspleie)	1766	1835	1869	1831	1777	1832	2154	2220	2140
Gruppe C2 (Eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie)	3573	3501	3320	3226	3005	2892	3044	3033	3017
Gruppe D (Ungdom i alderen 19-20 år)	5040	4912	4885	4959	4983	5051	5501	5514	5440
Gruppe F (Fengselsinnsatte)	79	47	62	67	54	38	32	265	267
Gruppe G (Personer med rusmiddelavhengighet)	520	574	603	556	549	583	623	636	559
Gruppe V (Voksne betalende pasienter)	24223	26075	25099	31991	32251	30761	30666	30438	30582
Gruppe D (Unge voksne 21-22 år)			3405						
Gruppe D (Unge voksne 21-24 år)	7052	6409							
Sum alle grupper for hele fylket	84492	85742	81817	85750	86198	85226	87709	88098	90616

2.4 Organisering

Tannhelsetjenesten i Nordland består av 17 klinikkområder med totalt 42 ordinære tannklinikker. I tillegg finnes det fem fylkeskommunale spesialisttannklinikker i Nordland. Disse ligger i Mo i Rana, Bodø, Leknes, Narvik og på Sortland. Alle fem klinikker har spesialist innen tannregulering (kjeveortoped), i tillegg er det tannlegespesialist i rotfylling i Bodø. Fylkeskommunen drifter også fire narkoseklinikker (Sandnessjøen, Mo i Rana, Bodø, Narvik) og en fengselsklinik (Bodø).

Hvert klinikkområde ledes av en klinikkleder. Samme klinikkleder kan lede flere tannklinikker. Det er beliggenhet på tannklinikkene som avgjør dette. Klinikkllederne jobber i varierende grad også klinisk. Spesialisttannklinikkene ledes av en overtannlege.

Fylkestannhelsesjefen er tannhelsetjenestens øverste leder. Staben til fylkestannhelsesjefen består av fylkesfagsjef, tre overtannleger, administrasjonsleder, seks

administrasjonssekretærer, konsulent for hms og kvalitet, koordinator for HMS og EPJ-ansvarlig. Noen av de ansatte i staben jobber også klinisk på en tannklinik.

Stabens hovedoppgaver er å gi administrativt støtte til klinikkllederne og tannklinikkene når det bl.a. gjelder personadministrasjon og økonomioppfølging, virksomhetsstyring, koordinere helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, overordnet fagutvikling, hms-, kvalitets- og forbedringsarbeid.

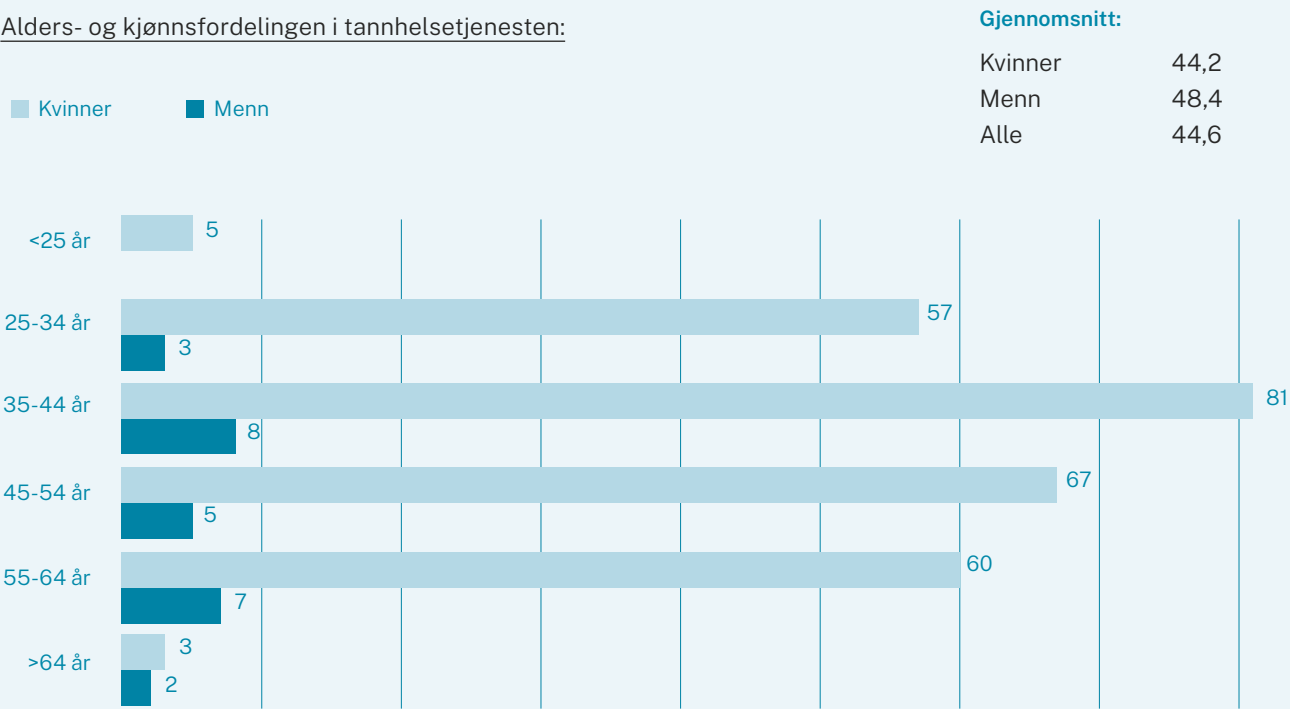
Tannhelsetjenesten har om lag 281 faste ansatte, til sammen 254 årsverk. På grunn av høyt sykefravær og permisjoner vil det til enhver tid være stillinger som er vakante eller besatt av vikarer. I tillegg er det noe turnover, og derfor vil det også være stillinger som er vakante i perioder. Over 90 prosent av de ansatte er kvinner. 24 prosent av tannhelsetjenestens ansatte er 55 år eller eldre.

Tannhelsesekretærer bidrar både i forebyggende, administrativt og behandlende arbeid. Blant oppgavene som tannhelsesekretærer utfører er smittevern, desinfisering, sterilisering og vedlikehold av instrumenter og utstyr, håndtering av tannbehandlingsmaterialer og de vanligste legemidlene, bestille og oppbevare forbruksmaterialer, ta røntgenbilde, enklere laboratoriearbeid, klargjøre utstyr og instrumenter til pasientbehandling, yte service til pasienter, pårørende og samarbeidspartnere, administrativt arbeid som aktivitetsplanlegging, regnskap, rapportering, innkalling og journalføring og kommunisering med pasienter, pårørende, samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten, NAV og forretningsforbindelser.

Tannpleiers oppgave på en tannklinik er å foreta undersøkelser, instruere i munnhygiene, rens av tenner, behandling av tannkjøtt sykdom, oppfølging av pasienter med syreskadde tenner og tenner med ulike grader av emaljefeil. Ved behov henvises pasienten videre til tannlege og/eller kjeveortoped. Tannpleier arbeider helsefremmende og sykdomsforebyggende.

Tannlegens rolle er å undersøke, diagnostisere og behandle sykdommer, infeksjoner og skader i tenner, tannkjøtt og munnhulen. Noen ganger utføres behandling ved bruk av beroligende midler eller i narkose. Tannlegen har medisinsk ansvar for behandlingen, og samarbeider med andre helseprofesjoner internt og eksternt, gir faglige råd til pasientene og henviser til spesialister ved behov.

Alders- og kjønnsfordelingen i tannhelsetjenesten:



2.5

Dagens klinikkstruktur



Tannklinikk	Pasienter under tilsyn	Bemanningsplan 2025	Behandlingsrom	Utnyttelsesgrad behandlingsrom	Tilstand klinikk-lokale
Alstad tannklinikk	3.883	Ths: 3,55 Tp: 1,4 Tl: 2,5	4	97,5%	Green
Andøy tannklinikk	2.537	Ths: 3,8 Tp: 1 Tl: 1,6	4	65%	
Ballangen tannklinikk	846	Ths: 1,1 Tp: 0,8 Tl: 0,6	2	70 %	Yellow
Bankgata tannklinikk	3.503	Ths: 5,6 Tp: 2 Tl: 3,1	6	85 %	
Bindal tannklinikk	396	Ths: 0,2 Tp: 0,05 Tl: 0,2	1	25 %	Red
Bogen tannklinikk	778	Ths: 1 Tl: 0,9	1	90 %	
Brønnøy tannklinikk	3.666	Ths: 5,2 Tp: 1,95 Tl: 3,7	6	94,2 %	Green
Drag tannklinikk	562	Ths: 1,2 Tp: 0,5 Tl: 0,6	2	55 %	
Fauske tannklinikk	3.219	Ths: 4 Tp: 2 Tl: 3	5	100 %	Green
Hadsel tannklinikk	3.002	Ths: 4,5 Tp: 1 Tl: 3,5	6	75 %	
Hamarøy tannklinikk	805	Ths: 2,2 Tp: 0,2 Tl: 1,6	3	60 %	
Hattfjelldal tannklinikk	522	Ths: 0,6 Tp: 0,2 Tl: 0,4	2	30 %	
Herøy tannklinikk	1.022	Ths: 1,1 Tp: 0,2 Tl: 1,1	2	65 %	Yellow
Inndyr tannklinikk	351	Ths: 0,2 Tp: 0,5 Tl: 0,2	1	70 %	
Konsvikosen tannklinikk	303	Ths: 0,3 Tp: 0,1 Tl: 0,3	1	40 %	Red

Tannklinikk	Pasienter under tilsyn	Bemanningsplan 2025	Behandlingsrom	Utnyttelsesgrad behandlingsrom	Tilstand klinikk-lokale
Korgen tannklinikk	1.558	Ths: 2 Tl: 2	3	66,6 %	
Leirfjord tannklinikk	1.449	Ths: 2 Tp: 0,2 Tl: 1,6	2	90 %	
Lurøy tannklinikk	430	Ths: 0,6 Tl: 0,4	1	40 %	
Lødingen tannklinikk	785	Ths: 1 Tl: 1	1	100 %	
Mosjøen tannklinikk	4.888	Ths: 6,7 Tp: 2,4 Tl: 4,85	8 (+ 2 studentkontorer)	90,6 %	
Myre tannklinikk	1.189	Ths: 2 Tl: 1,5	3	50 %	
Mørkved tannklinikk	5.099	Ths: 6 Tp: 2,6 Tl: 3,9	8	81,3 %	
Narvik tannklinikk	5.845	Ths: 7,3 Tp: 4 Tl: 5	9 (+ 2 studentkontorer)	100 %	
Nesna tannklinikk	736	Ths: 1 Tp: 0,2 Tl: 0,5	3	23,3 %	
Rana tannklinikk	10.936	Ths: 11,5 Tp: 4,4 Tl: 8,03	16 (+ 2 studentkontorer)	77,7 %	
Rognan tannklinikk	2.207	Ths: 3 Tp: 1 Tl: 2	3	100 %	
Røst tannklinikk	146	Ths: 0,15 Tl: 0,15	1	15 %	
Saltvern tannklinikk	4.458	Ths: 6,2 Tp: 2,3 Tl: 4,6	7 (+ 2 studentkontorer)	98,6 %	
Sandnessjøen tannklinikk	3.603	Ths: 3,65 Tp: 2,4 Tl: 2,2	6 (+ 2 studentkontorer)	76,7 %	
Sortland tannklinikk	3.274	Ths: 3,65 Tp: 2,4 Tl: 2,2	5	94 %	

Tannklinikk	Pasienter under tilsyn	Bemanningsplan 2025	Behandlingsrom	Utnyttelsesgrad behandlingsrom	Tilstand klinikk-lokale
Steigen tannklinikk	1.383	Ths: 2,8 Tl: 1,75	3	58,3 %	
Straume tannklinikk	583	Ths: 1 Tl: 1	2	50 %	
Sømna tannklinikk	996	Ths: 08, Tp: 0,25 Tl: 0,8	2	52,5 %	
Sørvågen tannklinikk	688	Ths: 1 Tl: 1	2	50 %	
Tjongsfjord tannklinikk	236	Ths: 0,25 Tp: 0,1 Tl: 0,15	1	25 %	
Trofors tannklinikk	442	Ths: 0,4 Tp: 0,2 Tl: 0,4	1	60 %	
Træna tannklinikk	115	Ths: 0,15 Tp: 0,05 Tl: 0,1	1	15 %	
Vega tannklinikk	251	Ths: 0,2 Tp: 0,05 Tl: 0,2	1	25 %	
Vestvågøy tannklinikk	4.394	Ths: 5,9 Tp: 2,6 Tl: 4,6	8	90 %	
Værøy tannklinikk	212	Ths: 0,2 Tl: 0,2	1	20 %	
Vågan tannklinikk	4.484	Ths: 6 Tp: 2 Tl: 3,9	7 (+ 2 studentkontorer)	84,3 %	
Ørnes tannklinikk	2.180	Ths: 3,05 Tp: 2,3 Tl: 1,65	5	79 %	

Ths: tannhelsesekretærårsverk, Tp: tannpleierårsverk, Tl: tannlegeårsverk

2.6 Rekrutterings- og stabiliseringstiltak

Den offentlige tannhelsetjenesten har gjennomført mange tiltak for å både rekruttere til ledige stillinger og holde ansatte fast i stillinger.

Rekrutterings- og stabiliseringstiltak:

- | | |
|---|--|
| 1. Deltakelse på yrkesmesser: Fylkeskommunens tannklinikker deltar på yrkesmesser for å promotere utdanninger innenfor tannhelse. | 4. Sommerjobb for tannpleier- og tannlegestudenter: den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland tilbyr sommerjobb til tannpleier- og tannlegestudenter. |
| 2. Studentmøter: Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland møter én gang hvert år tannpleier- og tannlegestudenter i Tromsø, Bergen og Oslo for å informere om fylkeskommunen som arbeidsgiver, utviklingsmuligheter og ledige stillinger. | 5. Gruppetillegg for tannhelsesekretærer og tannpleiere utover garantilønn: tannhelsesekretærer og tannpleiere fikk i de lokale forhandlinger i 2024 et gruppetillegg på 12.000 kr. og 17.000 kr. per årsverk. |
| 3. Promotering av tannhelsesekretærutdanningen: samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland, avdeling for utdanning og kompetanse og NAV for å promotere tannhelsesekretærutdanningen i fylket, både for elever på videregående skole og tilbud til voksne på nettskolen, med mål om å øke søker tallene. | 6. God begynnerlønn for tannleger: Nordland er blant de lønnsledende fylkeskommuner. |
| | 7. Kompetanseutvikling: Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland har som mål å bruke minst 2 % av netto lønnsbudsjett til kurs- og opplæringstiltak. Det gjennomføres blant annet hvert år en felles fagsamling for hele tannhelsetjenesten. |

2.7 Forebyggende arbeid

Hovedmålet med helsefremmende og forebyggende arbeid er å styrke den enkeltes evne til å ivareta egen munnhelse. For å oppnå dette arbeider tannhelsetjenesten aktivt med å fremme god munnhelse både på individnivå, gruppenivå og i samarbeid med ulike aktører. Den offentlige tannhelse-tjenesten samarbeider med institusjoner som barnehager, skoler, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevern, kommunale pleie- og omsorgstjenester, psykiatriske institusjoner, sykehus og helsepersonellutdanninger.

Flere av brukergruppene i den offentlige tannhelsetje-nesten mottar tjenester etter helse- og omsorgstjeneste-loven § 3-2. Fylkeskommunen er, gjennom tannhelse-tjenesteloven § 1-4a, pliktig til å samarbeide med andre tjenesteytere for å gi pasientene et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Befolkningsutviklingen i Nordland tilsier at det er flere eldre enn yngre personer i befolkningen. Det er nærliggende å anta at det fremover vil være et større behov for tannhelsetjenester til eldre, med særlig vekt på tilpassede tiltak for å ivareta deres spesifikke behov, som forebygging, behandling av kroniske tilstander og samar-beid med helse- og omsorgstjenester for å sikre et helhetlig tilbud. For personer som ikke selv kan ivareta munnhelsen er det viktig med daglig oppfølging og hjelp, for eksempel fra pleiepersonell. Å etablere et godt forebyggende regime for hjelpetrengende er en stor utfordring i årene som kommer.

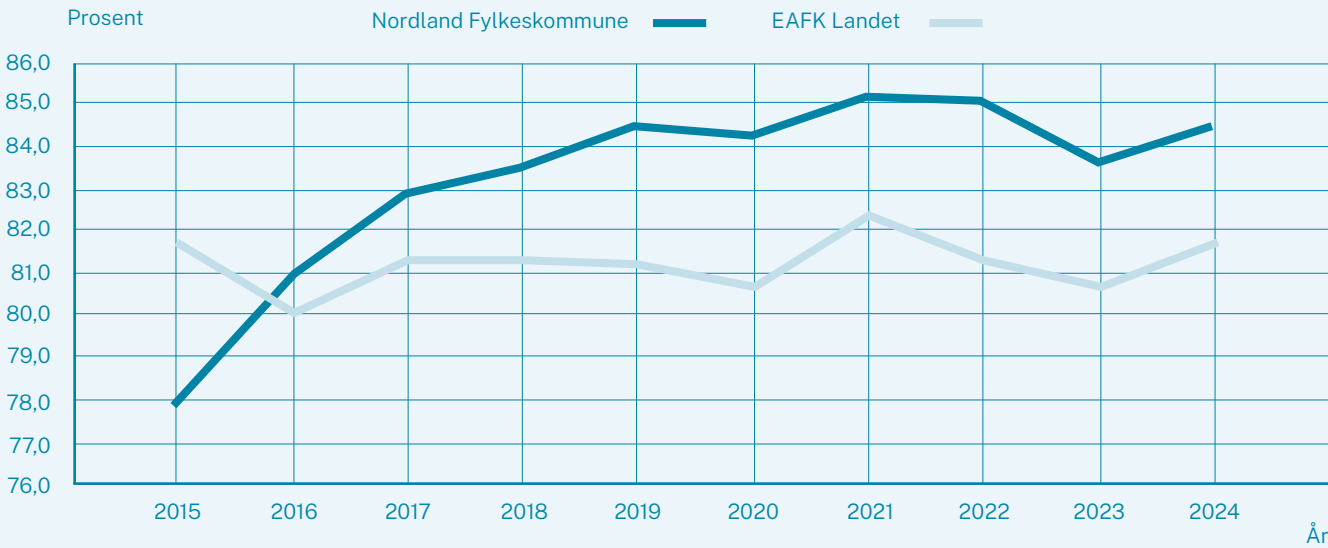
Tannhelsetjenesten er for tiden med i et utviklingsprosjekt i regi av Helsedirektoratet, i samarbeid med Narvik, Meløy og Vestvågøy kommuner. I prosjektperioden har en tannpleier i hver kommune en kombinert stilling i den fylkeskom-munale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tannpleierne skal gjennom piloteringen bidra til økt samhandling mellom helsetjenestene, etablere rutiner for oppfølging av tann- og munnstell, sørge for kompetanseheving blant kommunalt helsepersonell, og sikre at munnhelse blir vurdert som en del av det totale helse- og omsorgsbehovet. Dette skal styrke og forbedre oppfølgingen av tann- og munnhelse hos målgruppen, som er eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemme-sykepleie. Prosjektet avsluttes innen utgangen av 2025. Tannhelsetjenesten vil basert på erfaringer i prosjektet, arbeide for å spre tiltakene til øvrige kommuner i fylket.

Alle tre yrkesgruppene, tannleger, tannpleiere og tannhel-sesekretærer, arbeider med forebyggende tiltak, både på og utenfor tannklinikkene. I 2024 brukte tannhelsetjenesten i Nordland 2750 arbeidstimer til utadrettet forebyggende arbeid utenfor tannklinikkene (f.eks. samarbeidsmøter og kompetanseheving om munnhelse i grunnskolen og for helsepersonell i andre deler av helse- og omsorgstjenesten).

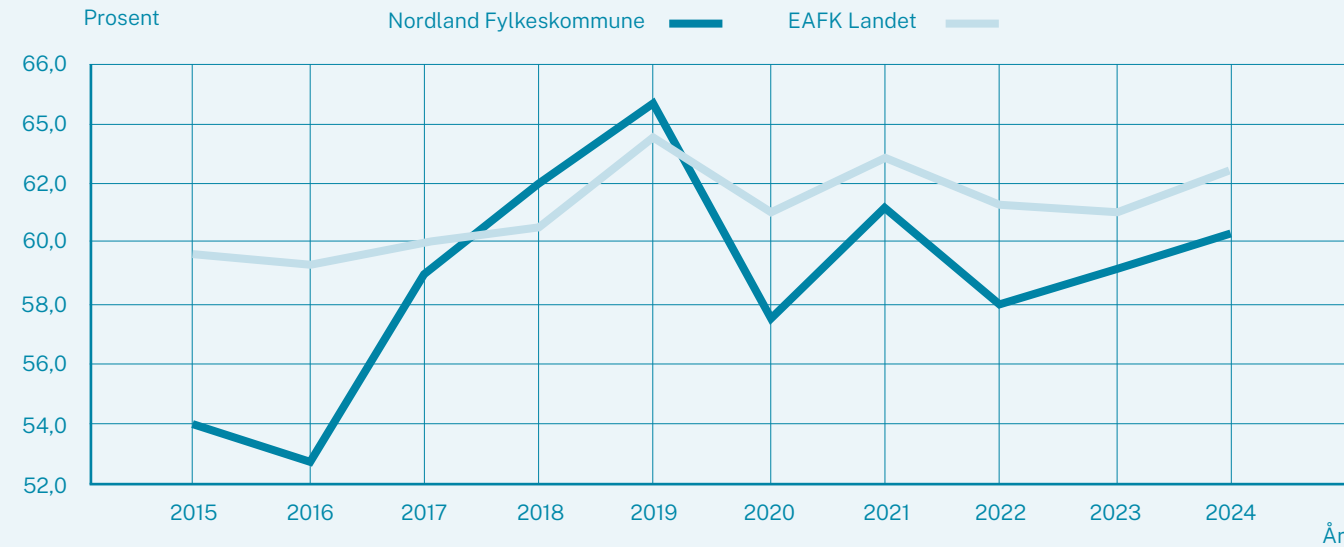
2.8 Status for tannhelsen i Nordland

2.8.1 Tannhelsen blant barn og unge

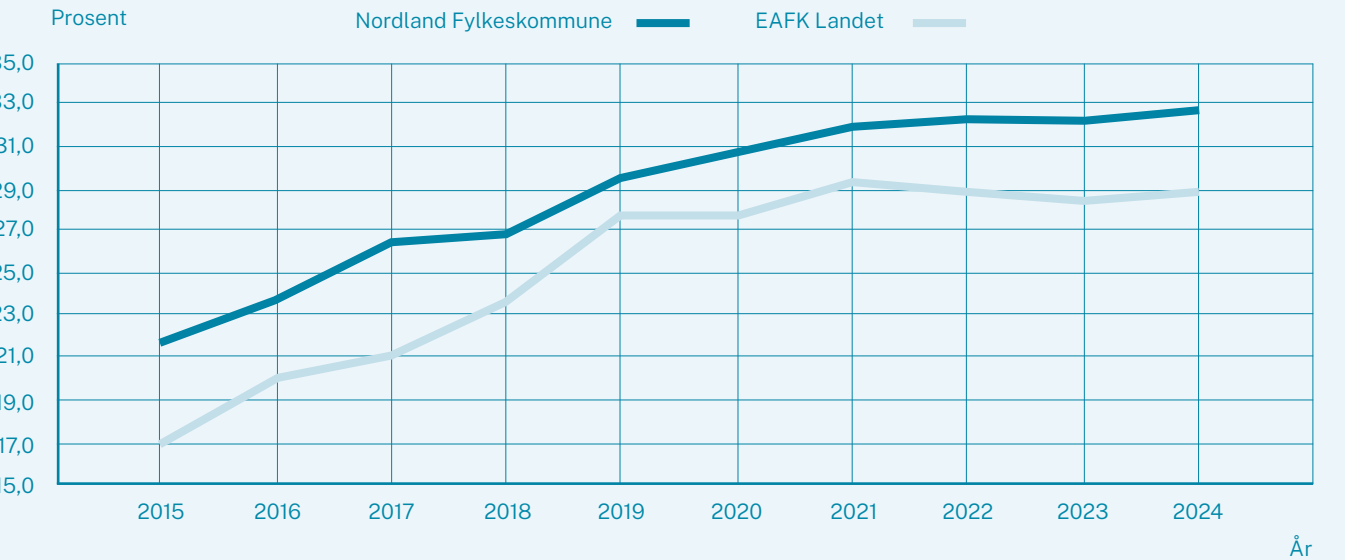
Tannhelsetilstanden blant barn og unge i Nordland har over flere år hatt en positiv utvikling. Når det gjelder andel kariesfrie femåringer, så har den ligget over landsgjennomsnittet siden 2016:



Utviklingen blant 12-åringer i Nordland har også vært positivt, og siden 2017 har andelen kariesfrie ligget rundt landsgjennomsnittet:



Når det gjelder 18-åringer i Nordland har andelen kariesfrie ligget litt under landsgjennomsnittet, men fulgt samme positive nasjonale trend. Andelen kariesfrie 18-åringer i Nordland har økt fra 17 prosent i 2015 til 29 prosent i 2024:



(<https://www.ssb.no/statbank/table/13033/tableViewLayout1/>)

2.8.2 Tannhelsen blant eldre

Tannhelsetilstanden blant eldre har også hatt en positiv utvikling som for resten av befolkningen. En del eldre har problemer med å ta vare på egne tenner, spesielt eldre på institusjon eller som får hjemmesykepleie. Det er få som mangler tenner fullstendig, men munntørrehet er svært vanlig. Det kommer ofte av bivirkninger av medisinbruk, som eldre typisk går på. Det er viktig at eldre som mottar helse- og omsorgstjenester får individuelt tilrettelagt hjelp til munn- og tannstell av kommunene.

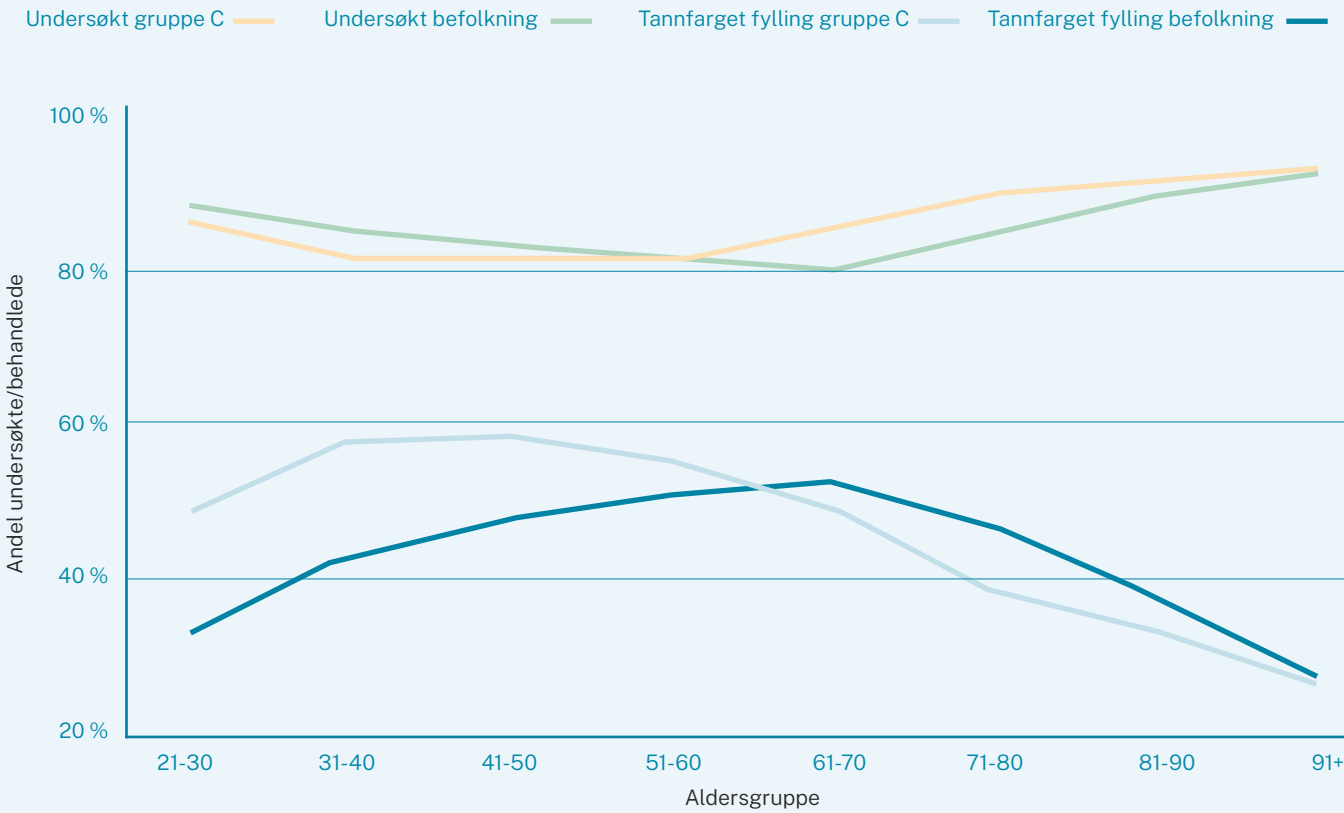
Helsedirektoratet fikk i 2023 oppdrag om å levere datagrunnlag fra et mest mulig representativt utvalg av pasienter behandlet i tannhelsetjenesten. Resultatene viste følgende når det gjelder pasienter i gruppe C:

Blant beboerne i institusjon fikk 96 % som hadde en kontakt i den offentlige tannhelsetjenesten en undersøkelse,

21 % ble behandlet med tannfarget fylling og 0,3 % med rotfylling.

Blant mottakere av helsehjelp i hjemmet fikk 85 % som hadde en kontakt i den offentlige tannhelsetjenesten en undersøkelse, 21 % ble behandlet med tannfarget fylling og 2,8 % med rotfylling.

I figuren nedenfor blir andelen voksne med kontakt som blir registrert med undersøkelse eller tannfarget fylling sammenlignet mellom gruppe C og befolkningen generelt. Tallene for 2022 er fordelt på aldersgrupper. Andelen undersøkte er forholdsvis likt mellom gruppe C og befolkningen totalt. Av de som de har hatt en kontakt er det imidlertid en større andel av de yngre voksne (<50 år) som er registrert behandlet med tannfarget fylling enn for befolkningen generelt. Blant personer over 60 år er det imidlertid motsatt:



Kilde: Personregisteret og KPR.



Foto: Elena Mozhylo

2.9 Brukertilfredshet

Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland gjennomfører hvert år en brukerundersøkelse. Siste brukerundersøkelse ble gjennomført november 2024.

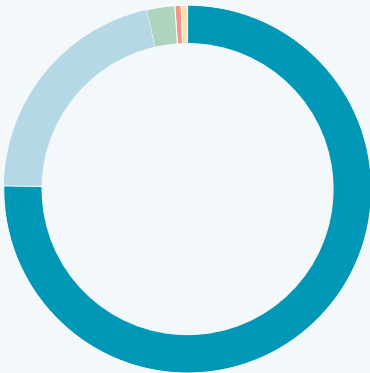
97 % av respondentene var i stor eller svært stor grad fornøyd med timen (gjennomsnittsscore 4,71 av 5 mulige).

97 % av respondentene opplevde i stor eller svært stor grad at tannhelsepersonellet hadde nok tid til dem, og 82,5 % opplevde at det det var lett å komme i kontakt med tannklinikken.

74 % av respondentene syntes at ventetiden for å få time på tannklinikken var akseptabel, 10 % syntes at ventetiden ikke var akseptabelt.

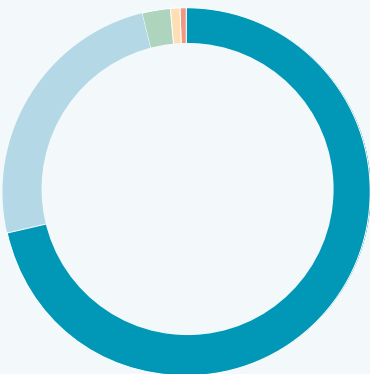
Alt i alt, var du fornøyd med timen du hadde i dag?

Ikke i det hele tatt	10
I liten grad	7
I noen grad	47
I stor grad	382
I svært stor grad	1378



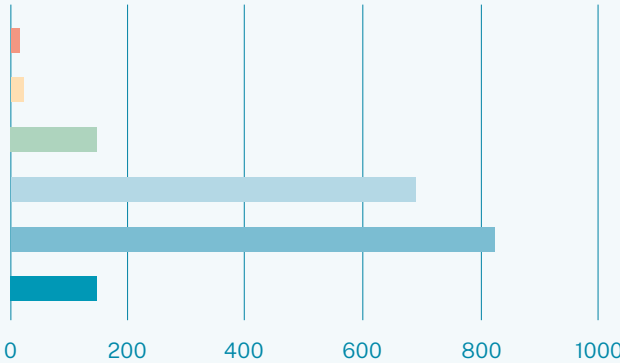
Opplevde du at tannhelsepersonellet hadde nok tid til deg?

Ikke i det hele tatt	9
I liten grad	13
I noen grad	46
I stor grad	449
I svært stor grad	1307



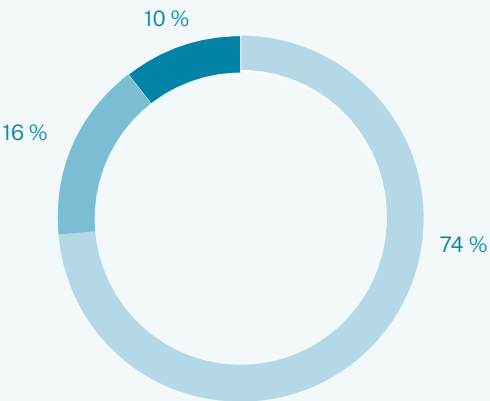
Opplever du at det er lett å komme i kontakt med tannklinikken?

Ikke i det hele tatt	13
I liten grad	15
I noen grad	144
I stor grad	685
I svært stor grad	819
Vet ikke	148



Synes du at ventetiden for å få time på tannklinikken er akseptabel?

Ja	1345
Nei	189
Vet ikke	290



2.10 Kostnader

Fylkeskommunene rapporterer årlig driftsutgifter inn til KOSTRA. Driftsutgiftene deles opp i fellesfunksjoner og pasientbehandling. Nordland hadde 59,1 % høyere nettoutgifter pr. innbygger enn gjennomsnittet for hele landet i 2024.

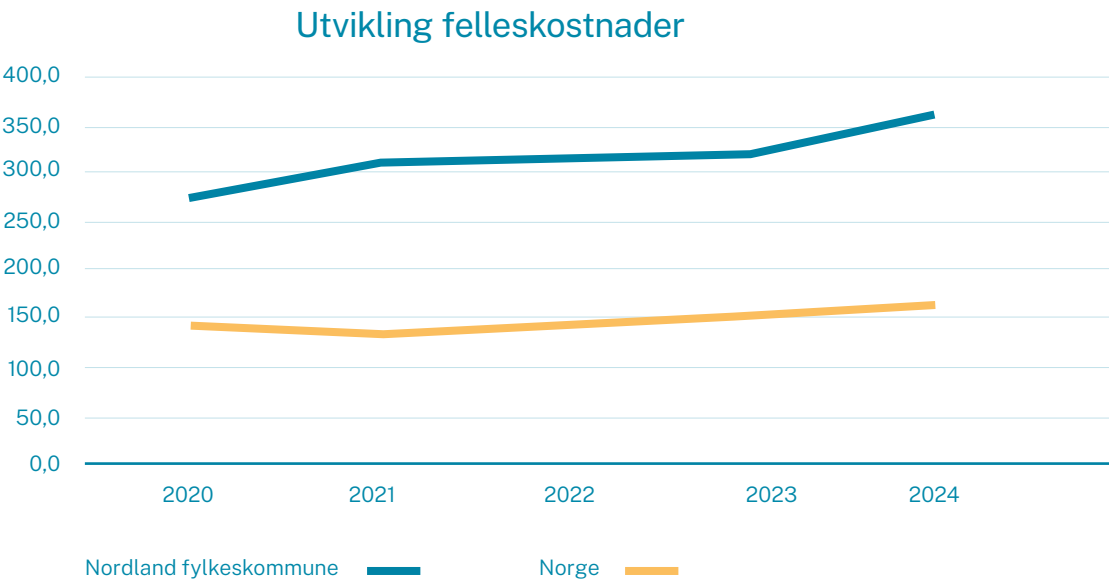
Nettoutgifter pr. innbygger 2024	Nordland	Norge
Fellesfunksjoner	364,7 kr	164,2 kr
Pasientbehandling	708,9 kr	510,4 kr
Sum	1073,6 kr	674,6 kr

Fellesfunksjoner er alle oppgaver som er knyttet til fellestjenester ved virksomheten, og fanger opp tiltak som danner «infrastrukturen» rundt den direkte pasientrettede virksomheten og omfatter utgifter ved tannklinikkene som i liten grad påvirkes av omfanget av pasientbehandling (drift av lokaler, utstyr, teknisk og bygningsmessig vedlikehold og ledelse/administrasjon).

I 2024 var de totale kostnadene til fellesfunksjoner omtrent 88,6 millioner kroner. Av dette utgjorde administrative kostnader 10,1 millioner kroner. De resterende kostnadene

bestod hovedsakelig av leiekostnader, renholdskostnader, innkjøp av dentalt utstyr, kjøp av lisenser, samt service og vedlikehold av dentalt utstyr. Nordland hadde 122,1 % høyere utgifter til fellesfunksjoner pr. innbygger enn gjennomsnittet for hele landet.

Siden 2020 har kostnadene for fellesfunksjoner i Nordland økt med 31,3 %, mens de nasjonale kostnadene har økt med 14,3 %. Økningen i Nordland skyldes primært høyere kostnader til lokaler og utstyr. I samme periode har de administrative utgiftene blitt noe redusert.

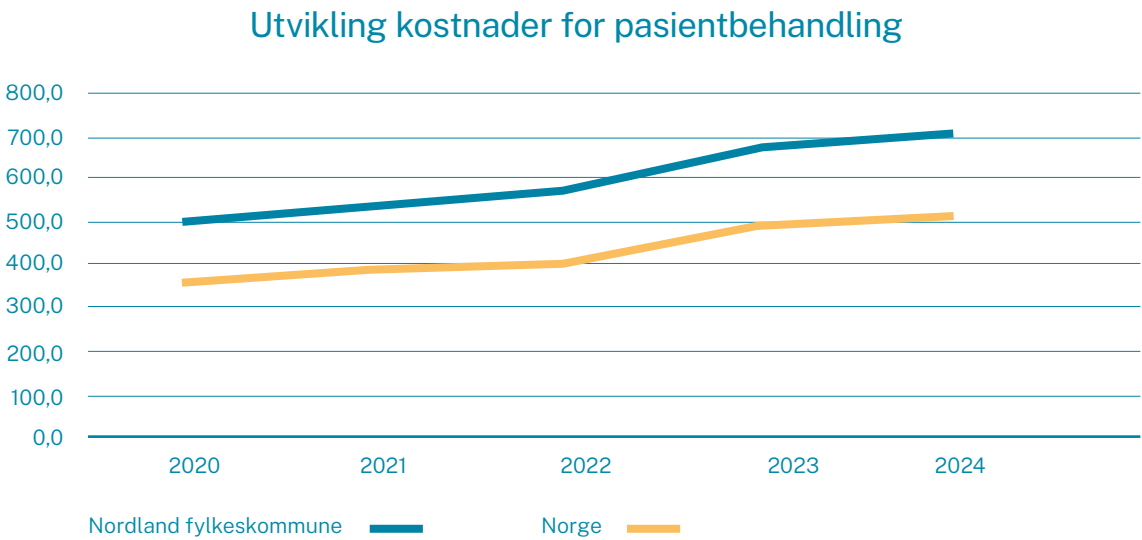


Pasientbehandling omfatter alle typer kostnader og inntekter fra pasientbehandling, og kjøp av tjenester som inngår i eller erstatter denne (lønn og lønnsrefusjon for klinisk personell, medisinsk og annet forbruksmateriell, kjøp av tjenester, utgifter til kurs og kompetanseutvikling for klinisk personell).

I 2024 utgjorde netto pasientutgifter omtrent 172,3 millioner kroner. Kostnadene består hovedsakelig av lønn til tannhelsepersonell, medisinsk forbruksmateriell og

kostnader ved henvisning av pasienter. Nordland hadde 38,9 % høyere nettokostnad pr. innbygger til pasientbehandling enn gjennomsnittet for hele landet.

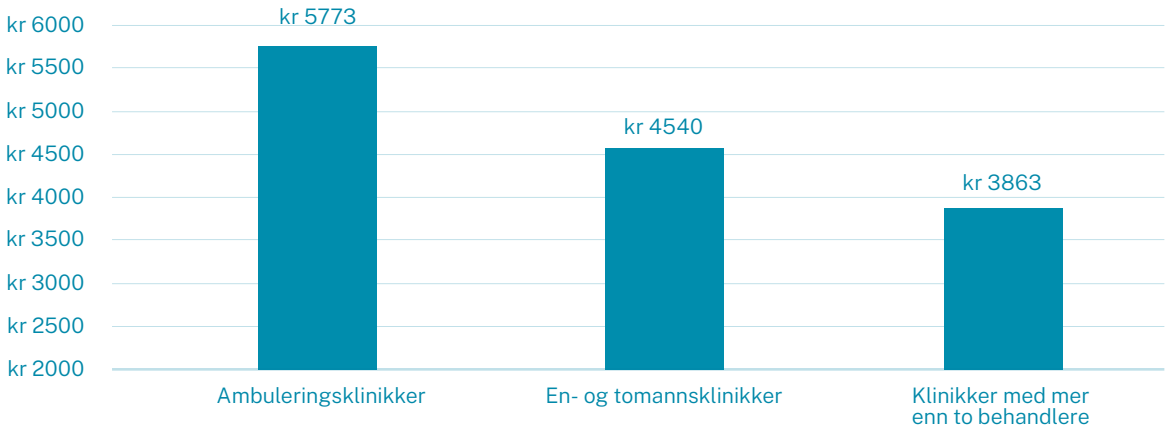
Siden 2020 har kostnadene til pasientbehandling i Nordland økt med 40,0 %, mens de nasjonale kostnadene har økt med 42 %. Økningen i pasientkostnadene for Nordland skyldes utvidelsen av personer med rettigheter hos den offentlige tannhelsetjenesten.



2.10.1 Kostnader pr. behandlingstime til prioritert klientell

Kostnadene per behandlingstime til prioritert klientell varierer betydelig avhengig av klinikkens størrelse og bemanningskabal. Ved ambuleringsklinikker var kostnaden per behandlingstime i 2024 5773 kr. Dette er høyere

sammenlignet med en- og tomannsklinikker, hvor kostnaden per behandlingstime var 4540 kr. Klinikker med mer enn to behandlere hadde den laveste kostnaden per behandlingstime, som var 3863 kr.

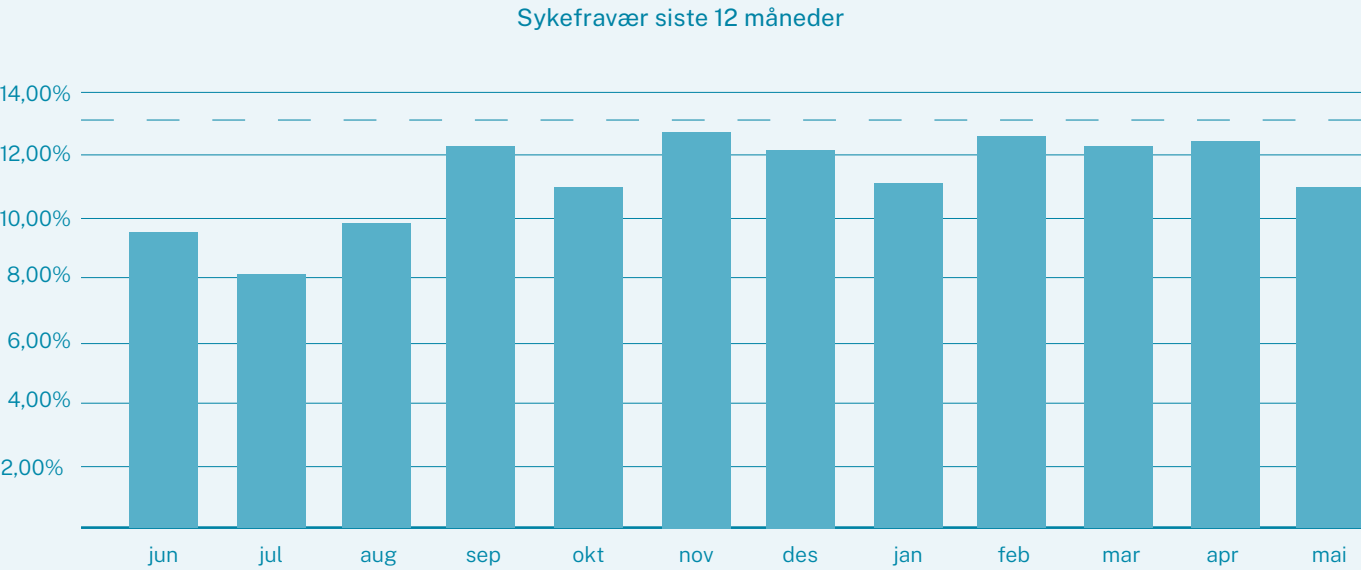


3. Utfordringsbildet

3.1 Bemanningsutfordringer

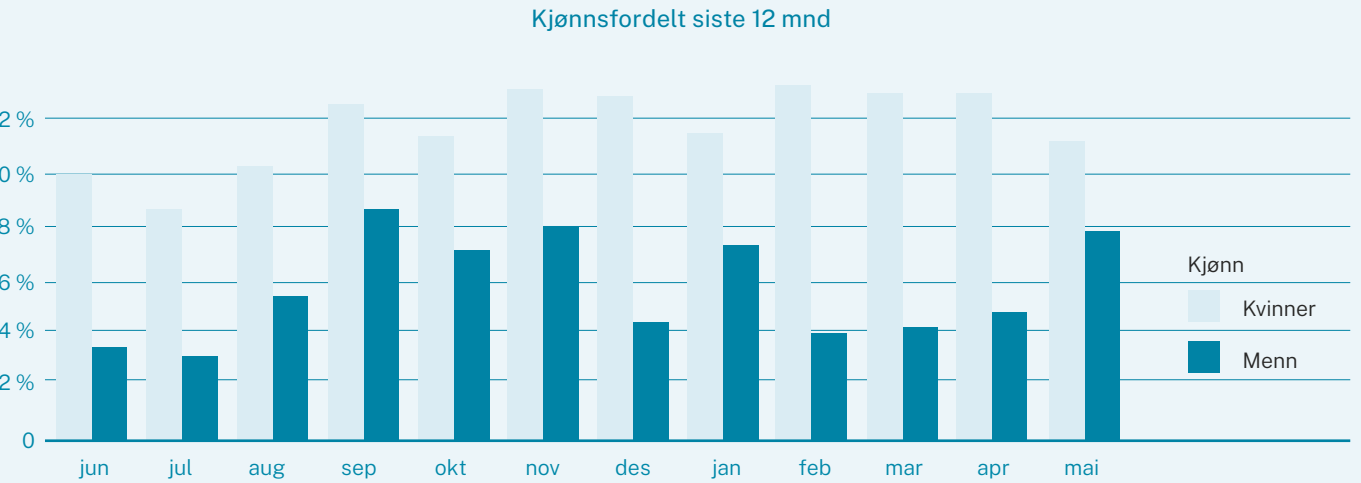
3.1.1 Sykefravær

Det har vært høyt sykefravær i den offentlige tannhelsetjenesten over tid, og sykefraværet de siste 12 måneder har vært som følgende:



I perioden har sykefraværet variert mellom 8 og nesten 13 prosent.

Sykefraværet er høyere blant kvinnelige ansatte enn blant mannlige ansatte:



Sykefraværet i den offentlige tannhelsetjenesten skiller seg ikke ut fra sykefraværet i helse- og omsorgstjenester, og ligger på omtrent samme nivå som i de fleste offentlige tannhelsetjenester i andre fylkeskommuner.

3.1.2 Turnover

Turnover er antall ansatte som sluttet i forhold til gjennomsnittlig antall ansatte. Turnover i den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland har vært som følger de siste 5 årene:

2020	2021	2022	2023	2024
18,2 %	14,7 %	18,5 %	25,6 %	13,1 %

Høy turnover kan føre til en rekke negative konsekvenser, blant annet økte kostnader, redusert produktivitet og svekket kompetanse. Det kan også føre til utfordringer med å opprettholde et godt arbeidsmiljø og å tiltrekke seg nye ansatte.

3.1.3 Vakante stillinger

Totalt antall vakante stillinger har over tid vært mellom 4,4 og 8,7 stillinger. Ved inngangen til 2025 var antallet vakante stillinger 17,2. Av disse var 6,8 tannpleierstillinger, 5,6 tannlegestillinger og 4,8 tannhelsesekretærstillinger.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Besatte stillinger pr. 01.01.	297,0	294,9	286,7	279,4	272,4	274,6	275,9	266,2
Avtalte årsverk	301,4	301,4	294,4	284,1	281,2	281,7	283,6	283,4
Vakante stillinger	-4,4	-6,5	-7,7	-4,8	-8,7	-7,2	-7,7	-17,2

3.1.4 Rekruttering

I oktober 2024 implementerte fylkeskommunen et nytt rekrutteringssystem. Som et resultat av denne overgangen har vi kun tilgjengelig data for rekrutteringsprosesser som har funnet sted etter denne datoen. Første rekruttering i nytt system hadde søknadsfrist i månedsskriftet oktober/november.

I perioden fra november 2024 til mai 2025 ble det utlyst 48 stillinger innen tannhelse. Av disse var ti stillinger for tannhelsesekretærer, 17 for tannpleiere og 21 for tannleger. Antallet kvalifiserte søkere til disse 48 stillingene varierer fra ti til null.

For å sikre en god utvelgelsesprosess, er det ofte ønskelig å ha tre-frem kvalifiserte søkere per stilling. Dette gir et godt grunnlag for sammenligning og vurdering av kandidater.

For tannpleierstillingene var det i gjennomsnitt 0,7 søkere per utlysning, og rekrutteringsprosessen ble fullført for sju av de 17 utlysningene. En stilling hadde tre søkere, en stilling hadde to søkere og de resterende hadde én eller null søkere.

Når det gjelder tannhelsesekretærstillingene, var det ingen søkere med autorisasjon til noen av utlysningene. Det er imidlertid mulig å ansette personer som klinikkassistenter i disse stillingene, og det var i gjennomsnitt fire søkere per utlysning som kvalifiserte til stilling som klinikkassistent. Rekrutteringsprosessen for tannhelsesekretærene/klinikkassistent ble fullført i seks av de ti utlysningene.

For tannlegestillingene var det i gjennomsnitt tre kvalifiserte søkere per utlysning, og rekrutteringsprosessen ble fullført i 20 av de 21 utlysningene.

Konsekvenser av få søkere til stillinger og stillingsvakanser kan være:

- 1

Økt arbeidsbelastning:
Med færre ansatte kan det bli vanskeligere å dekke alle arbeidsoppgaver, noe som kan føre til økt stress og utbrenthet blant de eksisterende ansatte.
- 2

Redusert kvalitet på tjenester:
Mangelen på kvalifiserte søkere kan føre til at stillinger blir fylt av mindre erfarne eller mindre kvalifiserte personer, noe som kan påvirke kvaliteten på tjenestene som tilbys.
- 3

Økte kostnader:
Organisasjonen kan måtte bruke mer ressurser på rekruttering, opplæring og eventuelt henvisning av pasienter for å dekke behovene, noe som kan føre til økte kostnader.
- 4

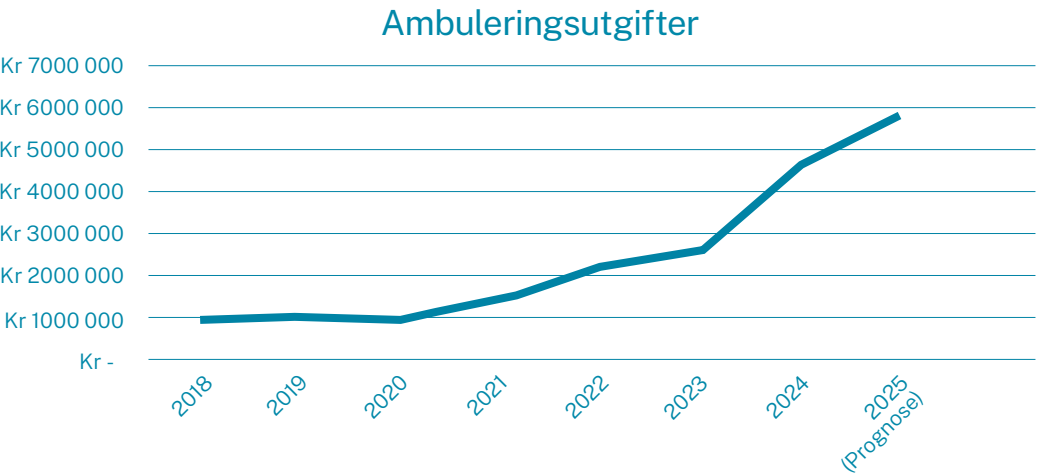
Redusert moral:
Færre ansatte og økt arbeidsbelastning kan føre til lavere moral og motivasjon blant de eksisterende ansatte, noe som kan påvirke arbeidsmiljøet negativt.
- 5

Vanskeligheter med å opprettholde standarder:
Med færre kvalifiserte søkere kan det bli vanskeligere å opprettholde høye standarder for arbeid og tjenester, noe som kan påvirke organisasjonens omdømme.

3.2 Ambulering

I dag er det 17 av fylkeskommunens tannklinikker som helt eller delvis betjenes gjennom ambulering. Det skyldes for lite pasientgrunnlag til å ha faste behandlerårsverk på klinikken og/eller rekrutteringsutfordringer. Ambuleringsutgifter har økt fra ca. 1 mill. kr. i 2018 til nesten 5 mill. kr. i 2024. Prognosen for 2025 tilsier at

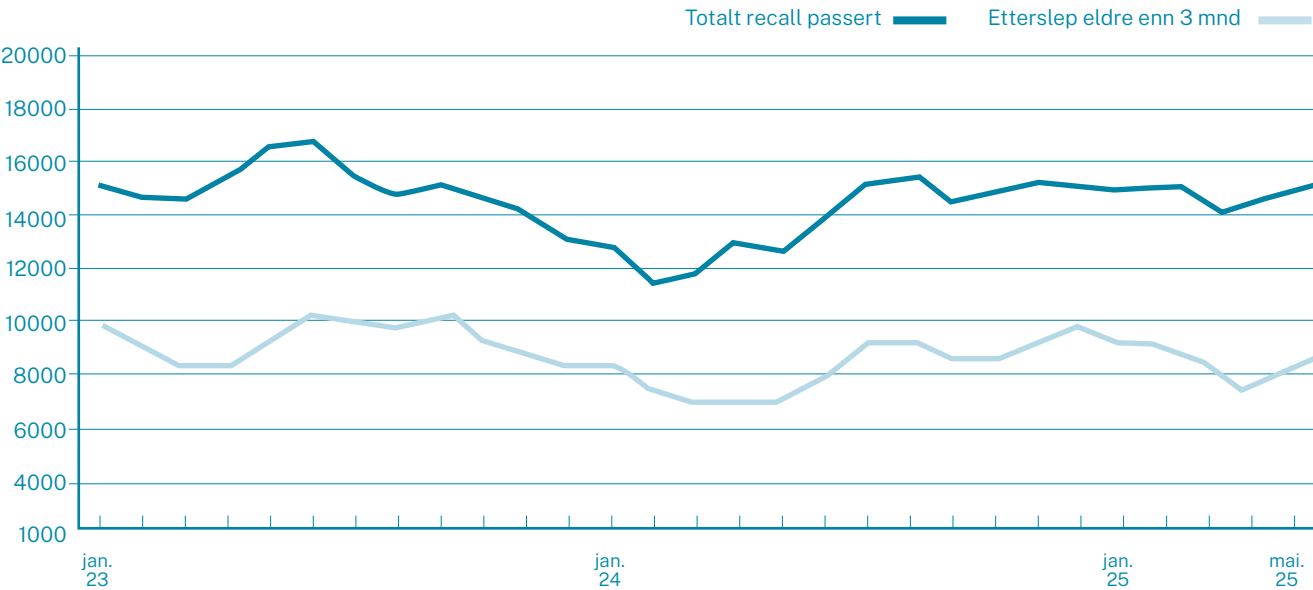
ambuleringskostnadene vil komme opp i nesten 6 mill. kr. I tillegg til de direkte ambuleringskostnadene er det en del arbeidstid som går til reise til ambuleringsklinikken. I fjor brukte tannhelsepersonell over 3.000 arbeidstimer på reise som kunne har gått til pasientbehandling.



3.3 Etterslep

Siden koronapandemien og medfølgende nedstenging av tannklinikker, har alle fylkeskommuner hatt høyere etterslep i den offentlige tannhelsetjenesten. Etterslep måler antall innkallinger til ordinær planlagt tannundersøkelse som er forsinket i forhold til planlagt tidspunkt.

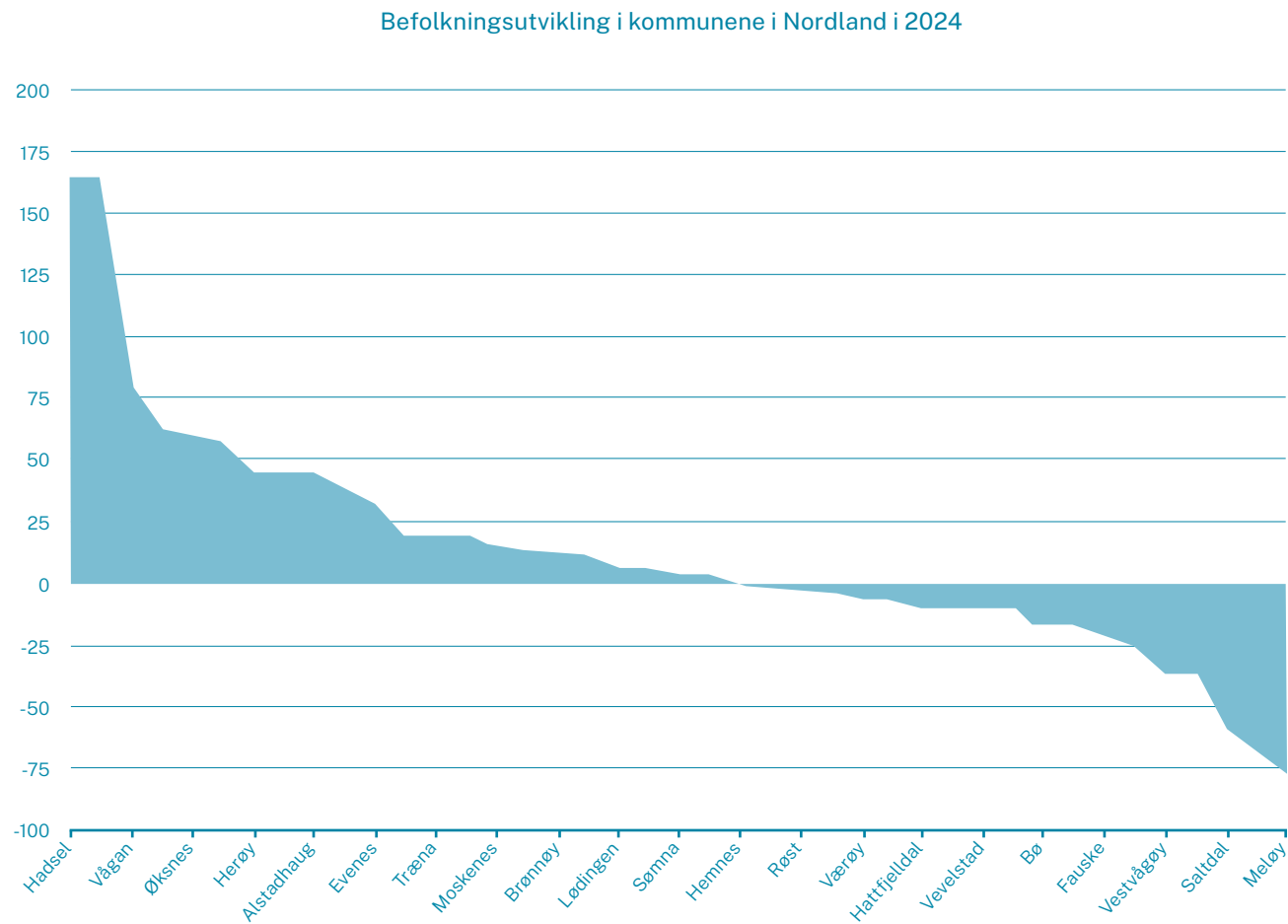
Siden januar 2023 har etterslepet ligget rundet 15.000. I februar 2024 var etterslepet på 11.276, men har etter det økt igjen til 15.151 per 1. mai 2025: 7.361 av disse er voksne betalende pasienter, 3.494 unge voksne opp til 28 år og 3.141 barn og ungdom opp til 18 år.



3.4 Demografiske prognoser

Ved inngangen av 2025 var det registrert 243.582 innbyggere i Nordland, en økning på 501 fra inngangen av 2024. Dette er betydelig lavere vekst enn året før, da befolkningen økte med 2.000 personer. I likhet med tidligere år er det innvandring som utgjør den viktigste drivkraften bak befolkningsveksten i fylket.

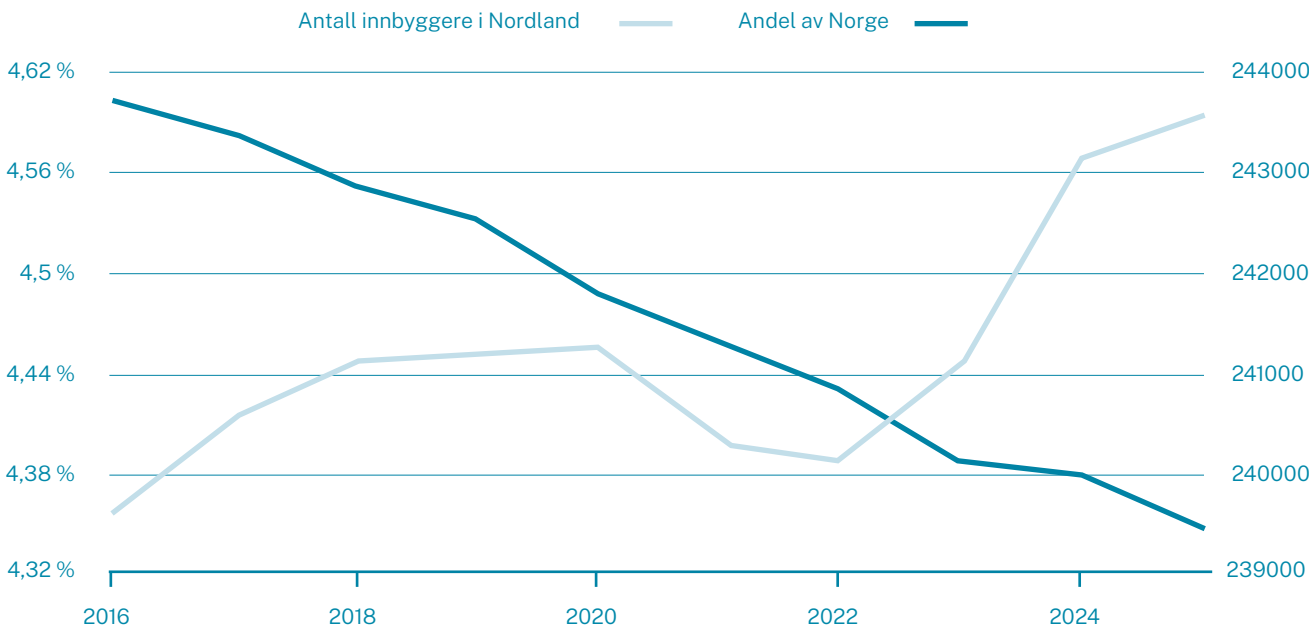
I løpet av 2024 var det 22 av 41 kommuner som hadde folkevekst. Størst var veksten for Hadsel, Sortland og Vågan. Felles for disse kommunene var at de tok imot en stor andel flyktninger, i tillegg til å være regioner med sterk havbruksnæring. Fylkeshovedstaden Bodø hadde en marginal vekst med kun 13 nye innbyggere siste år. Nedgangen var størst for Meløy, Rana og Saltdal:



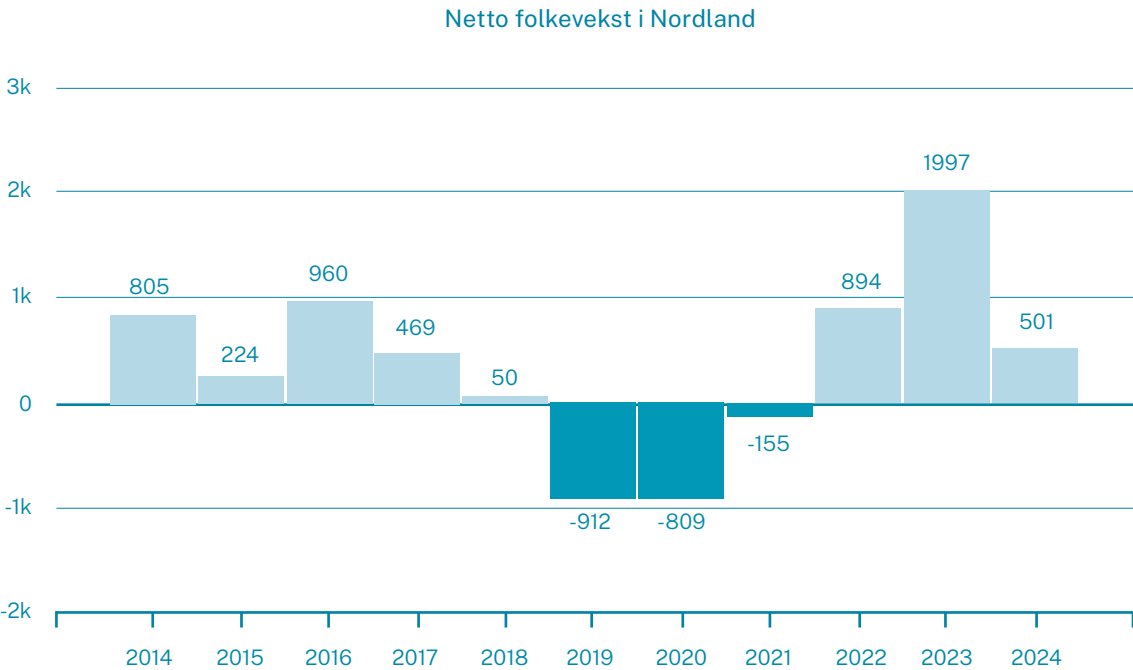
I perioden 2015-2025 har Nordlands befolkning økt med to prosent, tilsvarende litt over 4.000 personer, langt lavere enn den nasjonale befolkningsveksten på sju prosent i samme periode. Den svake befolkningsveksten i fylket har

ført til at Nordlands andel av Norges totale befolkning har falt jevnt. Andelen har falt fra 4,6 prosent i 2015 til 4,35 prosent ved inngangen til 2025.

Befolkning i Nordland, i antall og som andel av Norges befolkning

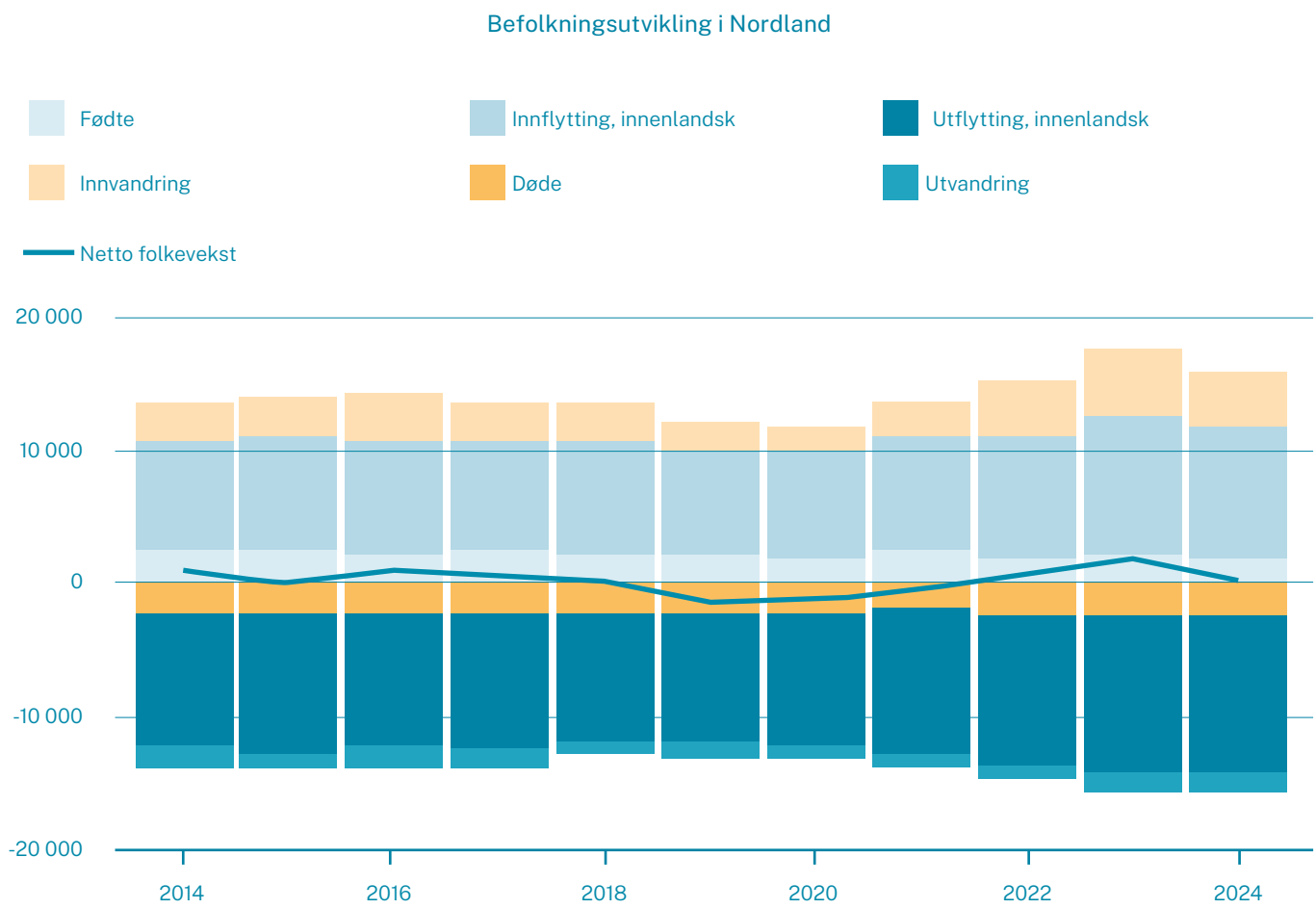


Folkeveksten har variert betydelig gjennom det siste tiåret. De siste to årene har tilstrømming av flyktninger, særlig fra Ukraina, bidratt til økt innvandring. Likevel tyder tallene på at denne trenden er i ferd med å flate ut:



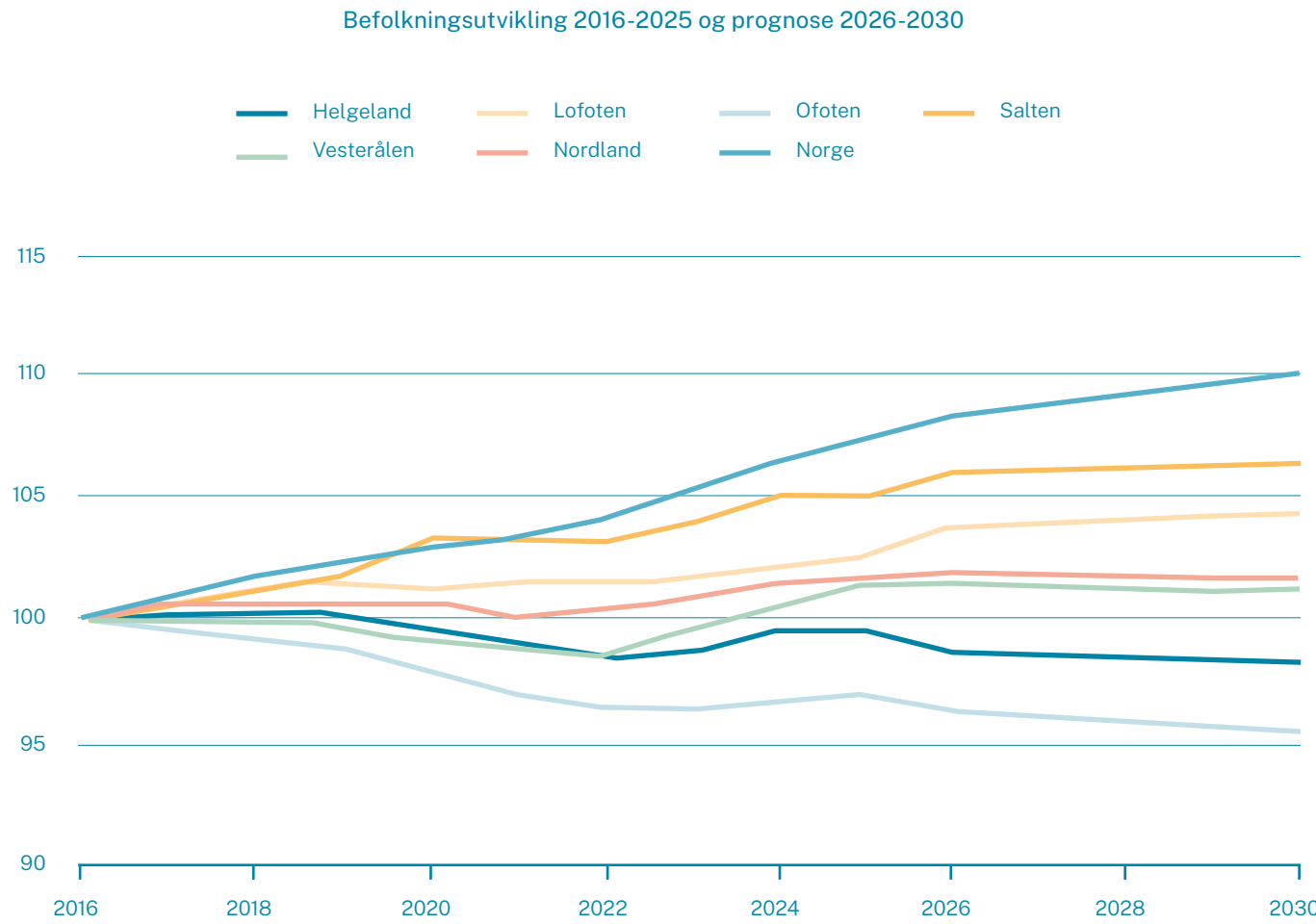
Befolkningsveksten forklares av flere faktorer, som fødselsoverskudd, inn- og utflytting, samt inn- og utvandring. I løpet av de siste ti årene, har antallet døde overgått antall fødte i Nordland, og det ikke har vært fødselsoverskudd i

Nordland siden 2018. I tillegg har utflyttingen vært høyere enn innflyttingen til fylket, som har svekket veksten ytterligere. Det betyr at det i hovedsak har vært innvandring som har bidratt til folkevekst i perioden:



Salten og Lofoten har vært de største vekstmotorene i Nordland i perioden 2016-2025. Salten hadde en vekst på fem prosent, mens Lofoten økte med fire prosent. Både Helgeland og Ofoten hadde nedgang i befolkningen på henholdsvis 0,6 og tre prosent. Vesterålen lå like under fylkessnittet, med en vekst på 1,5 prosent. Prognosene for perioden fra 2026-2030 viser at den flate befolkningsveksten i Nordland trolig vil fortsette. Fylket ventes en

samlet befolkningsvekst på nærmere to prosent, sammenlignet med ti prosent vekst nasjonalt. Salten og Lofoten forventes fortsatt å være vekstregioner, mens Helgeland og Ofoten står i fare for å miste ytterligere innbyggere. Prognosene for Vesterålen viser en svak fallende trend, men vil fortsatt bidra positivt til fylkets samlede vekst.



Ifølge befolkningsframskrivinger for kommunene fra SSB, er befolkningen i Norge fra 2024-2050 ventet å vokse med ti prosent. Det er forventet vekst i alle landsdeler og fylker, foruten Nordland med en beskjeden nedgang på én prosent:

Tabell 1.1 Registrert og framskrevet folkemengde og befolkningsendringer i landsdelene og fylkene, 2024 og 2050

Landsdel/ Fylke	Befolkning 2024	Befolkning 2050	Vekst (antall)	Vekst (%)	Netto inn- vandring	Innenlands nettoinnflytting	Fødsels- overskudd
Oslo og Viken	2028000	2352000	323000	16	119000	67000	137000
Akershus	729000	874000	145000	20	39000	78000	28000
Østfold	312000	356000	43000	14	14000	43000	-13000
Oslo	718000	817000	100000	14	41000	-68000	127000
Buskerud	270000	305000	35000	13	25000	15000	-5000
Agder og Sør-Østlandet	753000	830000	77000	10	60000	38000	-21000
Agder	320000	358000	38000	12	27000	6000	5000
Vestfold	256000	287000	30000	12	17000	27000	-14000
Telemark	177000	186000	9000	5	16000	4000	-12000
Trøndelag	483000	529000	47000	10	42000	-9000	13000
Vestlandet	1421000	1514000	93000	7	108000	-61000	46000
Rogaland	499000	544000	44000	9	33000	-21000	33000
Vestland	651000	692000	40000	6	46000	-24000	19000
Møre og Romsdal	271000	279000	8000	3	30000	-15000	-6000
Innlandet	376000	395000	19000	5	34000	18000	-33000
Nord-Norge	488000	494000	6000	1	73000	-53000	-13000
Troms	170000	176000	6000	4	23000	-18000	1000
Finnmark	75000	77000	2000	2	13000	-10000	-1000
Nordland	243000	241000	-2000	-1	36000	-25000	-13000

I Nord-Norge er det særlig netto flyttetap som bremser veksten, men også fødselsunderskudd. Fødselsoverskudd og positiv innenlands nettoinnflytting henger ofte sammen ved at det er yngre personer i fruktbar alder som typisk flytter.

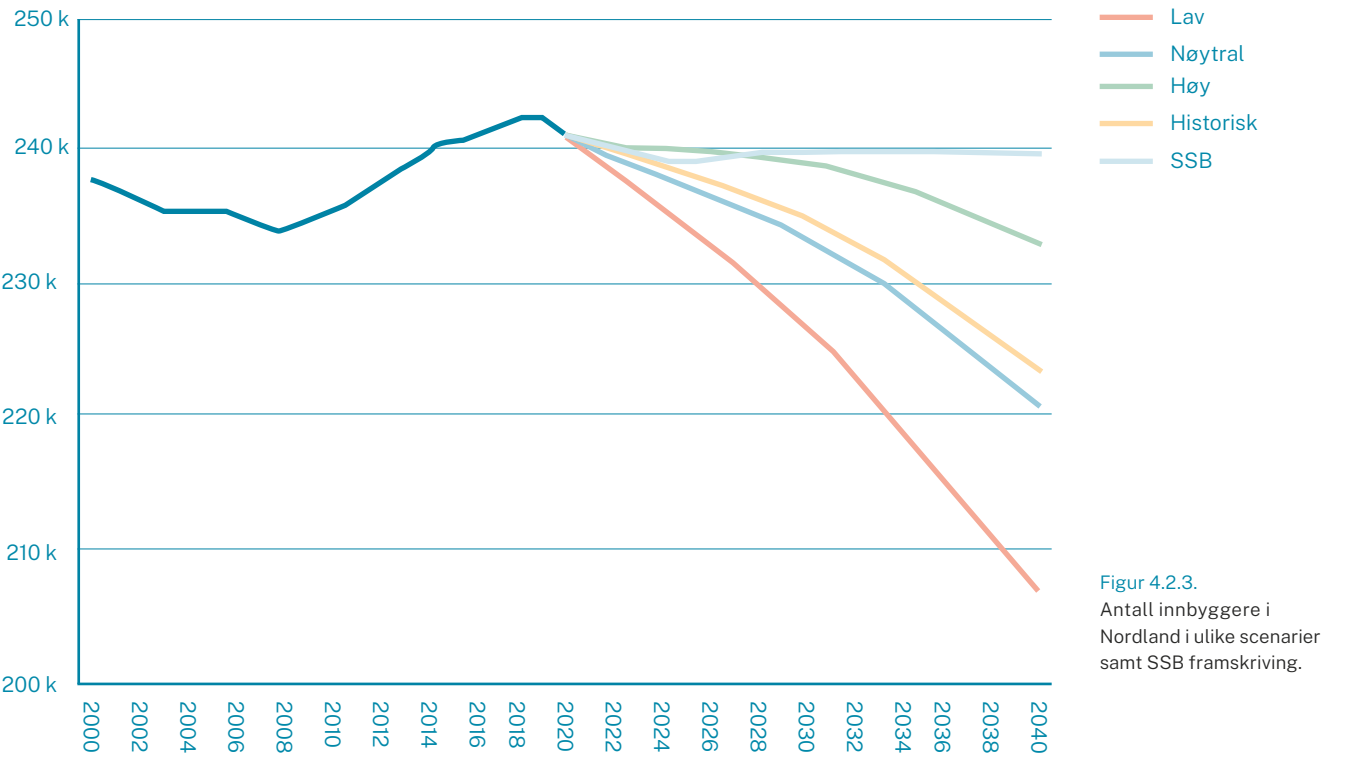
Det betyr at det er kun innvandringen som bidrar til vekst i denne landsdelen. Generelt er nettoinnvandringen positiv og bidrar til vekst i alle landsdelene og fylkene.

Blant fylkene er det kun Nordland som har framskrevet nedgang i folketallet til 2050, med beskjedne én prosent. Finnmark og Møre og Romsdal har en lav vekst på henholdsvis to og tre prosent. For alle disse tre fylkene er det kun nettoinnvandringen som er positiv, mens flytting og fødselsoverskuddet bidrar negativt til befolkningsveksten.

(Befolkningsframskrivinger for kommunene 2024, SSB)

I Regional analyse for Nordland 2021 prognostiserer Telemarksforskning en betydelig høyere befolkningsnedgang enn SSB.

I figuren kan man se de fire scenariene Telemarksforskning har for folketallsutviklingen i Nordland fram til 2040, når man legger til grunn at den nasjonale veksten blir som i hovedalternativet til SSB fra 2020.SSBs framskriving for Nordland som ble publisert august 2020 er også lagt inn:



Figur 4.2.3. Antall innbyggere i Nordland i ulike scenarier samt SSB framskriving.

I scenariet med nøytral attraktivitet og nasjonal vekst som i hovedalternativet vil folketallet i Nordland gå ned fra 241 235 innbyggere i 2020 til 221 000 innbyggere i 2040. Det er det mest sannsynlige scenariet akkurat nå.

Med høy attraktivitet vil det også bli nedgang, men bare til 232 000 innbyggere. Det betyr at dersom den nasjonale veksten blir som i hovedalternativet til SSB, så vil det bli nedgang i folketallet i Nordland i alle scenariene.

Hvis man legger til grunn at det blir høyt nasjonalt vekst, vil Nordland få vekst i folketallet i scenariet med høy attraktivitet, mens det blir nedgang i de andre alternativene.

Med lav nasjonal vekst blir det sterk nedgang i alle scenariene.

(Regional analyse for Nordland 2021 | Telemarksforskning)

3.5 Framtidig tilgang til arbeidskraft

De neste tiårene får Nord-Norge en vesentlig svakere utvikling i sysselsettingen enn i resten av landet, og kampen om arbeidskraften blir tøffere i nord enn i sør.

Regjeringens perspektivmelding 2024 (Meld. St. 31 (2023–2024)) peker på at Norge går mot en ny æra. Det blir færre i arbeidsfør alder, flere eldre og økende behov for arbeidskraft i offentlig sektor.

Prognosene viser at utfordringene vil ramme Nord-Norge tidligere og hardere enn resten av landet. For mens Norge som helhet vil ha vekst i sysselsettingen fram til 2036, når antallet sysselsatte i Nord-Norge toppen allerede i 2026, og deretter peker pilene nedover.

Demografien i Nord-Norge skiller seg markant fra landsgjennomsnittet. Andelen innbyggere over 50 år er høyere i nord enn nasjonalt, mens andelen unge under 20 år er lavere. Dette betyr at mange skal forlate arbeidslivet i løpet av de neste 20 årene, men få står klare til å erstatte dem.

I tillegg til en aldersskjev befolkning, er det også lavere fødselsrater og svakere nettoinnflytting i mange nordnorske regioner. Sammen gir dette en langt mer krevende befolkningsutvikling enn det landet som helhet opplever.

Basert på framskrivninger med konstante sysselsettingsandeler, når Nord-Norge toppen i antall sysselsatt i 2026 med om lag 253.000 sysselsatte. Deretter vil tallet falle hvert eneste år frem til 2050.

Omfanget av nedgangen avhenger av hvilken befolkningsprognose man legger til grunn. For den mest optimistiske prognosen legges til grunn Statistisk sentralbyrås befolkningsprognose og referansebanen for sysselsettingsandelene. For den mest pessimistiske prognosen legges til grunn Telemarksforsknings befolkningsprognose og framskrivningsbanen med uendrede sysselsettingsandeler:

SSBs referansebane viser en nedgang fra nesten 253.000 i 2026 til litt over 240.000 sysselsatte i 2050, et fall på ca. fem prosent.

Telemarksforsknings framskrivning indikerer en nedgang til under 218.000 sysselsatte, tilsvarende mer enn 14 prosent nedgang fra 2026-nivået.

Mens total sysselsetting i Nord-Norge er ventet å synke fra 2026 og utover, peker prognosene på en klar vekst i offentlig sektor. Hovedårsakene er en kraftig økning i antallet eldre pleietrengende, noe som vil skape større behov for helse- og omsorgstjenester. Framskrivningene forutsetter at offentlig sektor vokser i takt med det demografiske behovet, men dette gir ingen rom for forbedrede tjenester. Skal kvaliteten opprettholdes eller forbedres, må effektiviteten øke. Ellers vil ressursene bli strukket.

Prognosene viser at antallet sysselsatte i Nord-Norge vil falle etter 2026, samtidig som det vil bli behov for flere ansatte i offentlig sektor.

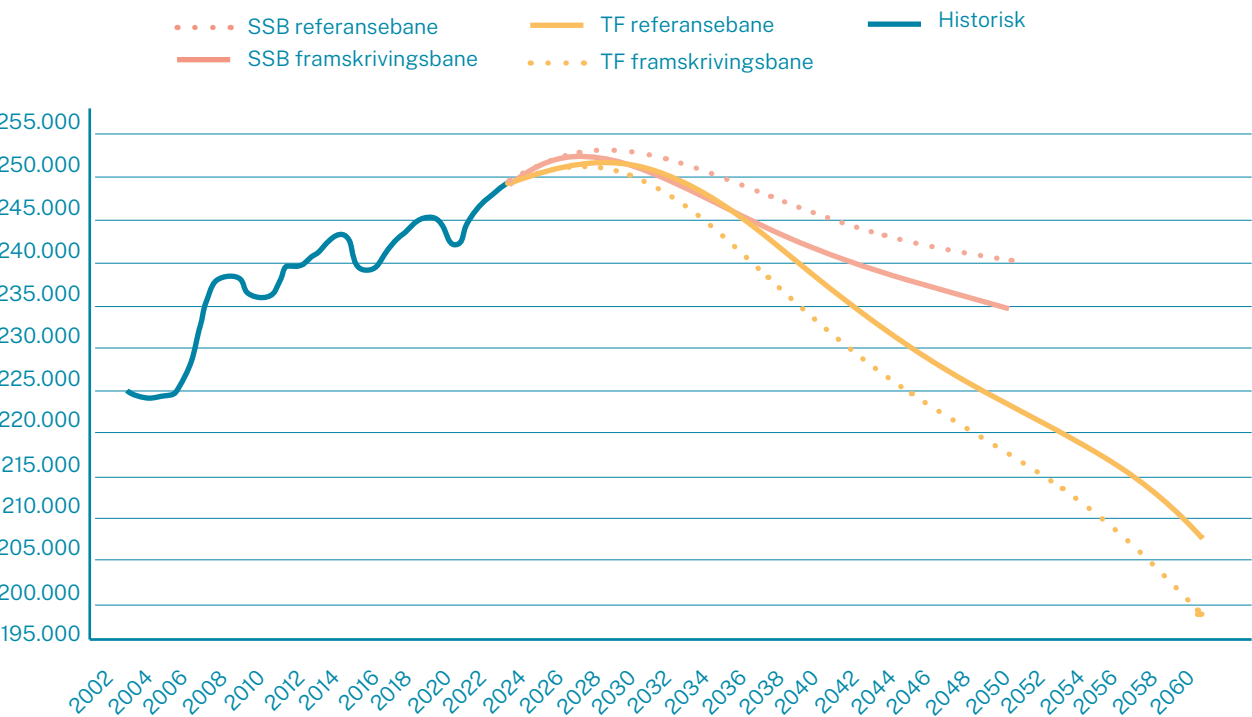
Et sentralt spørsmål er hvilken sektor som i størst grad vil slite med rekruttering. Framskrivningene for tilgjengelig sysselsetting i næringslivet er basert på forutsetningen om at offentlig sektor lykkes med å rekruttere de ansatte den har behov for. Det er imidlertid ikke gitt at det vil skje.

Privat sektor har større fleksibilitet, og kan lettere konkurrere om arbeidskraft ved å tilby høyere lønn dersom knappheten øker. Dersom dette skjer, kan det bli offentlig sektor som får de største utfordringene med å rekruttere.

I de mest perifere kommunene i Nord-Norge vil utfordringen bli særlig stor. Der kan det bli vanskelig å skaffe nok arbeidskraft til å dekke behovet innen helse, omsorg og andre kommunale tjenester. Dette kan sette prinsippet om generalistkommuner under press. En mulig konsekvens er at omsorgstjenester og andre offentlige oppgaver i større grad må sentraliseres regionalt.

[\(Kampen om arbeidskraften blir tøffest i nord - Kunnskapsbanken\)](#)

Faktisk og framskrevet antall sysselsatte i Nord-Norge, med konstante sysselsettingsandeler



3.6 Behandlingsbehov

Tannhelseutvalget innhentet data om befolkningens bruk av tannhelsetjenester fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (Hunt4) og fra befolkningsundersøkelsen som Vista Analyse gjennomførte på oppdrag fra utvalget.

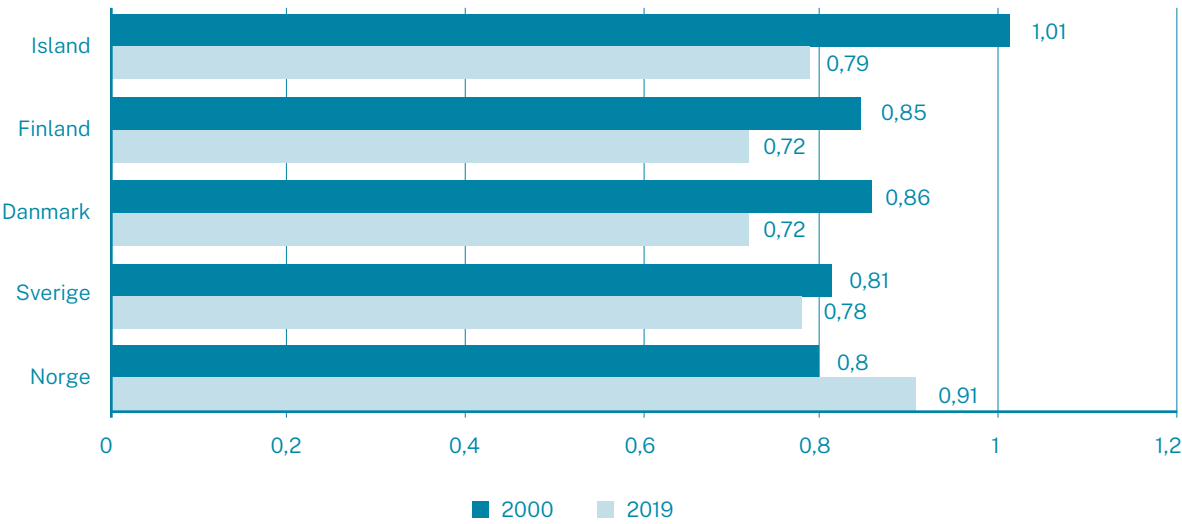
Undersøkelsene viser i hovedtrekk at:	befolkningen om lag like ofte til tannlegen som tidligere.
- De fleste går regelmessig til tannlegen. - De fleste besøk hos tannlege eller tannpleier skyldes innkalling til tannhelsekontroll. - Personer bosatt i de minst sentrale kommunene går sjeldnere til tannlege enn personer bosatt i mer sentrale kommuner. - Besøk hos tannlegen består i dag i større grad av kun tannhelsekontroll enn for ti år siden. - Den mest vanlige behandlingen, utenom tannhelsekontroll, er rensing av tennene. Deretter følger fylling av hull. - For de fleste typer behandling er det en reduksjon i omfang gjennom de seneste ti årene. Likevel går	- Av dem som ikke har vært hos tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene, oppgir 26–47 prosent som årsak at de ikke har hatt behov. I alt 27–35 prosent oppgir at årsaken er, eller blant annet er, at de ikke hatt råd. I alt 14–23 prosent oppgir at årsaken er, eller blant annet er, at de er redde for å gå til tannlege. - Rundt 8–11 prosent av befolkningen (16 år og eldre) har udekket behov for tannhelsetjenester. Økonomi oppgis som den vanligste årsaken til at voksne har udekket behov for tannhelsetjenester. Andelen som oppgir udekket behov i Norge er klart høyere enn gjennomsnittet i EU som er på 4,8 prosent. (NOU 2024: 18, s. 64)

3.7 Tilgjengelighet til tannhelsetjenester i Norge

I en global rangering av land, målt etter tannlegedekning per innbygger i 2019, ligger Norge på tredje plass.

I Norden er Norge nå det landet med høyest tannlegedekning, og det eneste landet som har økt tannlegedekningen etter 2000. I Sverige, Danmark, Finland og på Island, har tannlegedekningen falt i samme periode:

Antall tannleger per 10 000 innbyggere i de nordiske landene i 2000 og 2019



Om lag en firedel av landets tannleger arbeider i offentlig sektor. Tannlegedekningen av offentlig ansatte tannleger er vesentlig høyere i Nord-Norge enn i Sør-Norge. Dette har sammenheng med lav privat tannlegedekning i nord (Helse- og omsorgsdepartementets Prop. 1 S (2023-2024)).

Dekningen i tannhelsetjenester varierer med sentralitet slik at befolkningen i mindre sentrale kommuner må reise lenger for å få behandling hos tannlege, særlig hos spesialist.

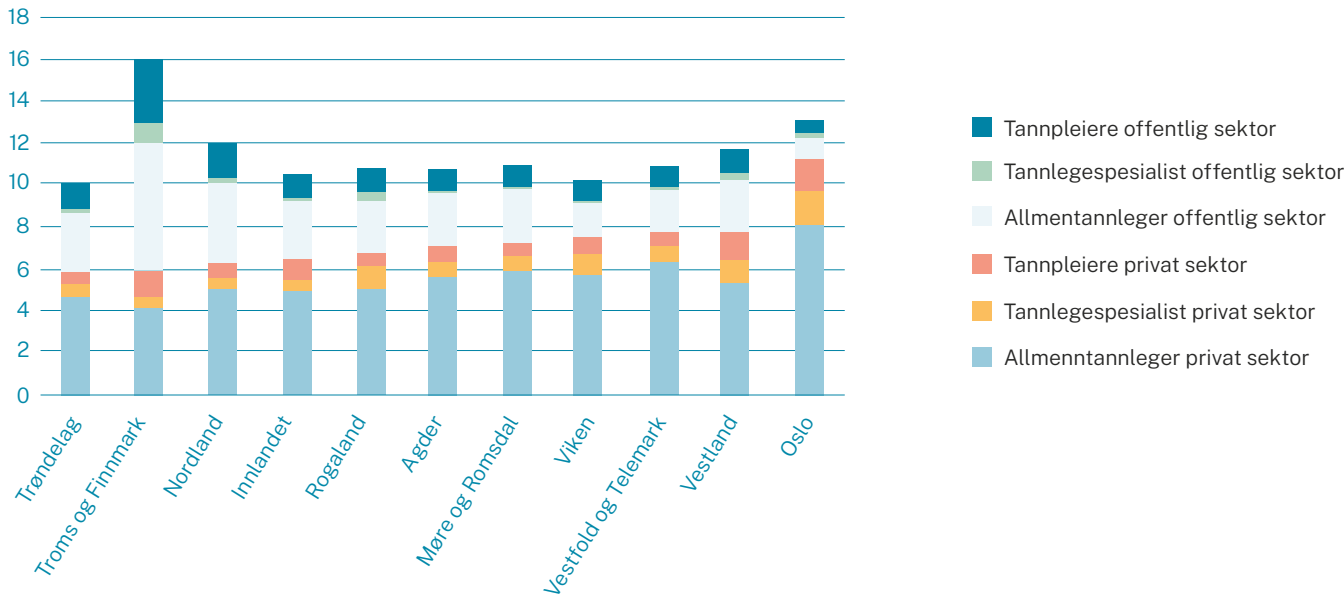
Tabell 3.5 Tannlegedekning, antall årsverk per 10 000 innbyggere

Sentralitet	Befolkning 2022	Tannleger	Private tannleger	Offentlige tannleger	Antall spesialister	Antall private allmenn-tannleger	Antall private spesialister
1	1042653	11,21	10,15	1,06	2,01	8,23	1,92
2	1388098	9,75	8,15	1,61	1,71	6,56	1,59
3	1383132	8,45	6,59	1,86	0,9	5,76	0,84
4	882613	8,09	5,47	2,62	0,63	4,95	0,52
5	496699	6,89	3,89	3	0,42	3,58	0,3
6	232075	4,44	1,25	3,19	0,09	1,21	0,04
Legelisten.no	5425270	8,94	7,02	1,93	1,2	5,91	1,1
KUHR		9,2			1,3		
SSB Årsverk		9,2	6,7	2,5	1,1	5,8	0,9

En kartlegging av Vista Analyse viser at det er gjennomgående at små og usentrale kommuner ikke har et tjenestetilbud i egen kommune. De aller fleste har likevel et tilbud i en nærliggende kommune, som det ser ut til at de benytter

(Holden et al., 2023). Tabellen nedenfor viser antall årsverk per 10 000 innbyggere (tannpleier og tannleger med og uten spesialitet, fylkesfordelt, 2022):

Behandlere per 10 000 innbyggere



Tabellen nedenfor viser antall avtalte årsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste per 10 000 innbyggere (fylkesvis, 2024):

Fylke	Tannlegeårsverk 2024	Tannpleierårsverk 2024
Østfold	8,7	1,6
Akershus	7,6	1,8
Oslo	10,4	2
Innlandet	8,1	2,3
Buskerud	8,8	1,8
Vestfold	9,1	1,9
Telemark	10	1,3
Agder	8,7	1,6
Rogaland	9	1,9
Vestland	9,3	2,7
Møre og Romsdal	9,7	1,7
Trøndelag	8,1	1,9
Nordland	9,6	2,4
Troms	12,1	4,7
Finnmark	8,8	4,3
Landet (EAFK)	9	2,1

(<https://www.ssb.no/statbank/table/14530/tableViewLayout1/>)
Andelen avtalte tannlege- og tannpleierårsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste (2024) ligger i Nordland over landsgjennomsnittet.

3.8 Dekning av tannhelsepersonell i Norge

3.8.1 Dekning av tannhelsesekretærer

I rapporten Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040 (Statistisk sentralbyrå, 2023a) fremgår det at det utdannes for få tannhelsesekretærer og at det kan bli mangel på denne yrkesgruppen over tid.

3.8.2 Dekning av tannpleiere

Tannpleierdekningen i Norge har økt med 11 prosent på landsbasis fra 2015 til 2022, fra 1,8 tannpleiere per 10 000 innbyggere i 2015 til 2,0 i 2022 (Helse- og omsorgsdepartementets Prop. 1 S (2022-2023)). Tannpleierdekningen er høyest i Nord-Norge. Rapporten Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040 (Statistisk sentralbyrå, 2023a) viser at det vil være en klar vekst i etterspørselen etter tannpleiere fram mot 2040.

3.8.3 Dekning av tannleger

I rapporten Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040 (Statistisk sentralbyrå, 2023a) anslår Statistisk sentralbyrå i sine framskrivninger at det fram til 2040 kan bli rikelig tilgang på tannleger i Norge. Det er en del usikkerhet forbundet med forutsetningene for etterspørselen etter tannleger i årene framover, men med nøkterne anslag for veksten i etterspørselen går det mot et overskudd av tannleger.

(NOU 2024: 18, s. 64-69)

3.9 Rekruttering og utviklingstrender

Omfanget av ubesatte stillinger i den offentlige tannhelsetjenesten viser at flere fylkeskommuner har problemer med rekruttering. Spesielt gjelder dette Møre og Romsdal, men også fylkene i Nord-Norge og Trøndelag. For flere fylkeskommuner er det krevende å rekruttere til stillinger i mindre sentrale strøk og små klinikker. (NOU 2023: 4, s. 96)

Det er en generell utfordring at mange kommuner er små, med begrensede ressurser og med utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell (Meld. St. 9 (2023-2024); NOU 2023: 4). Dette gjelder også tannhelsepersonell. (NOU 2024: 18, s. 233)

Mange søkere til ledige stillinger i tannhelsetjenesten er nyutdannede eller har kort erfaring. Disse har behov for tett oppfølging over tid for å sikre at de har den nødvendige kompetansen og tryggheten som kreves av dem i jobben som tannhelsepersonell. En viktig forutsetning er klinikker med store nok fagmiljøer med erfarne ansatte som kan veilede. Større fagmiljø hvor ansatte kan lære av hverandre, stimulere til fagutvikling samt yte kollegastøtte, vil sikre det totale pasienttilbudet, særlig innenfor diagnose, behandlingsplanlegging og selve behandlingen.

3.10 Oppgavedeling

Oppgavedeling i tannhelsetjenesten betyr at ulike typer helsepersonell (tannhelsesekretærer, tannpleiere og tannleger) deler ansvar og utfører oppgaver som er i tråd med deres kompetanse.

Fordeler med oppgavedeling er:

- **Fleksibilitet:** Oppgavedeling gir fleksibilitet i bruk av personellressurser, slik at man kan tilpasse seg lokale behov og utfordringer.
- **Kvalitetsheving:** Ved å utnytte kompetansen til ulike helsepersonellgrupper, heves kvaliteten på tjenestene.
- **Effektivisering:** Oppgavedeling bidra til å effektivisere tjenesten og reduserer ventetider.
- **Pasientsikkerhet:** Ved å dele ansvaret og utføre oppgaver i tråd med kompetansen, økes pasientsikkerheten.
- **Kostnadseffektivitet:** Oppgavedeling bidrar til å redusere kostnader.

Riktig oppgavedeling er viktig for god samhandling og en bærekraftig bemanning av tannhelsetjenesten. Dette forutsetter store nok fagmiljøer på tannklinikkene, der alle tre profesjonene (tannhelsesekretærer, tannpleiere og tannleger) i tilstrekkelig grad er tilgjengelige.

3.11 Helsefremmende og forebyggende arbeid

God tannhelse skapes ikke på en tannklinikk. Den skapes gjennom grundig tannpuss to ganger daglig med fluortannkrem, gjennom å begrense sukkerinntaket fra mat og drikke og gjennom bruk av tanntråd eller mellomromsbørster ved behov. Så er det viktig med regelmessig tannhelsekontroll for å avdekke evt. sykdom. Innkallingsintervallene ligger mellom 12 og 24 måneder. Mange har god tannhelse, og har da behov for en tannhelsekontroll annethvert år.

Det er avgjørende med et godt samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester for å nå målet om mest mulig egenomsorg ved hjelp av forebyggende arbeid, og at de som trenger hjelp til å ivareta egen tann- og munnhelse, får det. Særlig viktig er dette for pasienter i institusjon og hjemmesykepleie.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland har de siste årene utviklet blant annet et digitalt inn- og utmeldings-skjema for kommunene, et e-læringskurs om munn- og tannhelse for ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester og informasjonsmateriell om tann- og munnhelse som kommunene kan bruke under forebyggende hjemmebesøk.

Satsing på utadrettet helsefremmende og forebyggende arbeid må fortsette og videreutvikles, slik at fylkeskommunen i samarbeid med kommunene legger til rette for best mulig tann- og munnhelse blant våre pasienter der de oppholder seg mest.

3.12 Utviklingstrekk

3.12.1 Mobilt behandlingsutstyr

Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland har mobilt behandlingsutstyr tilgjengelig i hvert klinikkområde. Utstyret er en komplett mobil behandlingsenhet, som er egnet for forebyggende og noe grad operativ tannpleie, og brukes ved behandling av pasienter som ikke kan forflytte seg til en tannklinikk. Behandlingen gis f.eks. på et sykehjem eller i egen bolig.

3.12.2 Tannlegebuss

3.12.2.1 Tidligere vurderinger av tannlegebuss i Nordland

Spørsmålet om mobil tannklinikk, «tannlegebuss», ble tidligere stilt i forbindelse med forbehandlingen av FT-sak 112-2018 - Tannhelse for framtida. Det ble da innhentet erfaringer fra andre fylker. Fylkestannhelsesjefen fikk tilbakemelding fra blant andre tannhelsetjenesten i daværende Aust-Agder fylkeskommune, som hadde vurdert en slik løsning, men hadde ikke valgt å gå videre med det. Her ble det referert til tidligere vurderinger som hadde vært gjort både i Sør-Trøndelag og Nordland. Nordland hadde i en tidligere sak administrert av daværende fylkestannhelsesjef Tove Brubak imidlertid valgt å avvente hva som skjedde i Sør-Trøndelag.

3.12.2.1.1 Kirkens Bymisjon «Tannlege på hjul»

Høsten 2021 fikk ledelsen i tannhelsetjenesten i Nordland en presentasjon av prosjektet «Tannlege på hjul» i regi av Kirkens Bymisjon i Oslo. Prosjektet hadde som målgruppe å gi et lavterskel tannhelsetilbud til utsatte grupper som papirløse migranter og rusavhengige i Oslo sentrum. I ettertid kan vi lese i en masteroppgave som er skrevet om prosjektet, at det har vært en del tekniske utfordringer, som f.eks. at varmeanlegget i bilen ikke fungerte, noe som reduserte muligheter for både praktisk tannbehandling og journalskriving. Det var også en utfordring for de som venter på behandling, da løsningen ikke hadde noe venterom. (-15 grader utetemperatur). Det var også problem med aggregatet som skulle levere strøm til tannlegeutstyret, noe som førte til flere tilfeller av driftsstans. Det ble påpekt behov for personer med kompetanse på drift av mobil tannklinikk, noe som er utfordrende siden en slik løsning aldri har vært brukt i Norge tidligere.



(Maharajasingam, Nasufi & Ritland_H19_“Tannlege på hjul” En kvalitativ studie av frivillig helsearbeid.) Vi har fått vite at bussen også har vært utsatt for hæververk og innbrudd, da den har stått parkert på et ikke-bevoktet sted når den ikke har vært i bruk.

I masteroppgaven som nevnes over, refereres det til et tilsvarende prosjekt i Storbritannia, «Sixteen years on the road: a mobile dental unit for vulnerable communities in Bradford», som har pågått i 16 år, og som leverer tannhelsetjenester til personer som har vanskeligheter med å oppsøke et ordinært tannhelsetilbud (hjemløse, rusavhengige, psykisk syke mv.). Omfanget av behandling har begrenset seg til undersøkelse, diagnostikk og enkel tannbehandling (fyllinger og proteser).

(Sixteen years on the road: a mobile dental unit for vulnerable communities in Bradford - PMC)

3.12.2.2 Bakgrunn for å gå videre med prosjektet «Tannlegebuss» i Nordland fylkeskommune

I den politiske plattformen for fylkesrådet i Nordland 2023-2027, står det i kapittel 6: «Fylkesrådet vil

- Se på muligheten for å opprette et mobilt tannhelsetilbud.

Opprettelsen av et slikt tilbud skal ikke gå ut over dagens tannklinikker. I forbindelse med dette ble det bestemt å gjennomføre en studietur for å se på hvordan tannlegebuss-er brukes i andre land.

3.12.2.3 Videre arbeid

Fylkestannhelsesjefen foretok noen undersøkelser for å finne ut hvor i Norden en tilsvarende løsning har vært tatt i bruk, utenom den løsningen tannhelsetjenesten allerede hadde fått presentert fra Kirkens Bymisjon. Deretter ble det sendt ut forespørsler om løsningen og om det var mulig å få til et møte for å lære mer om tilbudet. Han fikk svar fra det private firmaet HjemmeTandplejen A/S i Køge, den kommunale tannhelsetjenesten Hillerød Tandpleje i Danmark, samt den «fylkeskommunale» Folktandvården Region Kronoberg i Sverige.

Det ble deretter besluttet i samråd med ansvarlig fylkesråd at det skulle arrangeres en studiereise til Danmark og Sverige for å se løsningene som var i bruk. Studieturen ble foretatt 26.-29. november 2024.

Deltakere på studiereise

- Bjørn Larsen, fylkesråd for næring (Frp)
- Lise Henriette Rånes, fylkesråd for utbygging og eiendom, ansvarlig fylkesråd for tannhelsetjenesten (H)
- Henrik Schmidt, fylkestannhelsesjef (tannlege)
- Espen Qvigstad, jurist eiendomsforvaltning, rådgiver
- Øystein Brusevold Bærø, fylkesfagsjef tannhelse (tannlege)
- Torbjørn Fauske, hovedtillitsvalgt Den norske tannlegeforening (NTF) (tannlege) (deltok på besøkene i Køge og Hillerød, 27.11.2024)

Virksomhetene/områdene som ble besøkt

1. HjemmeTandplejen A/S, (privateid firma), Køge, Region Sjælland, Danmark
2. Tandplejen, Hillerød Kommune (offentlig tannhelsetjeneste), Hillerød, Region Hovedstaden, Danmark
3. Folktandvården Region Kronoberg, Växjö, Region Kronoberg (offentlig tannhelsetjeneste)

3.12.2.3.1 HjemmeTandplejen A/S

Køge kommune har nær 63 000 innbyggere som tilsvarer samlet innbyggertall i Bodø og Fauske kommuner, 63 539 (2024). Arealet er med sine 258 km2 omkring 1/10 av Bodø og Fauskes samlede areal (2 603 km2).

HjemmeTandplejen er et privat firma lokalisert med base i Køge, som yter tannhelsetjenester både til grupper av pasienter i den kommunale tannpleien etter avtale, fengselstannpleie og til betalende pasienter på oppdrag fra arbeidsgivere som ønsker at de ansatte skal ha tilbud nærmere arbeidsplassen. Hjemmebasen i Køge er alltid utgangspunkt og møtested for de ansatte før de kjører ut til sine daglige oppdrag.

Firmaet har mobilt tannlegeutstyr, tilsvarende som tannhelsetjenesten i Nordland allerede har, og er beskrevet i kapittel 3.11.1. som brukes der pasientene ikke kan oppsøke verken ordinær tannklinikk eller tilbud som gis i tannlegebuss.

Tannlegebussløsningen er en bobil-lignende konstruksjon som er montert på en bil. Selve «kassen» med behandlingsrommet er bygget separat. Denne er levert av en lokal leverandør i samarbeid med leverandør av dentalt utstyr. Inne i kassen er det kun et behandlingsrom. Vann til

håndvask mv. kobles på ekstern vannforsyning, mens som vannforsyning til tannlegeutstyret brukes medbrakt rensset vann på flasker. Klinikkkrommet er svært enkelt utstyrt, men muliggjør likevel å kunne tilby fullverdig tannbehandling.

Bussen må kobles til ekstern strøm- og vannforsyning samt avløp. Dette er sårbart for frost. Ventilasjon og oppvarming av klinikkkrommet skjer via ventilasjonsanlegg plassert over taket på førerhuset, og bruk av dette genererer en del til dels sjenerende bakgrunnsstøy. Man er avhengig av å bruke anlegget dersom utetemperaturen tilsier det.

Det er ingen garderobe- eller toalettfasiliteter om bord i bussen, verken for ansatte eller pasienter. Det finnes ingen mulighet for å komme inn i bussen for personer som er avhengige av rullestol eller som ikke kan gå i trapp.

Personellet som betjener bussen, starter alltid sin arbeidsdag på firmaets base, hvor de også skifter til klinikktøy. Ved arbeidsdagens slutt bringes brukt utstyr tilbake til basen hvor det blir rengjort og sterilisert. Det er en ansatt tannhelsesekretær med førerkort for tyngre kjøretøy som kjører bussen. Bussen kjøres også ut og inn til basen daglig.

Tilgang til IKT (journalssystem og røntgen) går over 5G-nett.



3.12.2.3.2 Tandplejen, Hillerød Kommune

I Danmark er det offentlige tannhelsetilbudet organisert på kommunalt nivå. Hillerød kommune ligger på Sjælland, og har en befolkning på 54 422 i 2024, omtrent som Bodø kommune (53 712). Arealet av hele kommunen er 214 km2, og er dermed arealmessig på en størrelse midt mellom Sømna kommune (194 km2) og Bø kommune (247 km2) i Nordland.

Den kommunale tannpleien tilbyr «omsorgstandpleje» til personer med fysisk eller psykisk nedsatt funksjonsevne som har problemer med å benytte det ordinære tannhelsetilbudet i kommunen.

Bakgrunnen for å etablere mobilt tilbud var kostnadsstyrt. Eksisterende tannbehandlingstilbud på omsorgssentre og boliger var for dårlig etter det danske arbeidstilsynets vurdering, slik at man fikk pålegg om enten å oppgradere disse til mer fullverdige klinikker eller å etablere et mobilt tannhelsetilbud.

I Hillerød er også det mobile tannhelsetilbudet til dels gitt gjennom en tannlegebuss (en løsning som ligner løsningen til HjemmeTandplejen), og gjennom mobilt utstyr som kan fraktes dit pasienten befinner seg for å yte tannhelsehjelp i egen bolig.

Tannlegebussen er ganske lik løsningen til HjemmeTandplejen. Den er utstyrt for å kunne yte fullverdig tannbehandling. Den største forskjellen er at det er en lasterampe bak og pasientheis montert i taket av klinikkkrommet, slik at det er mulig å få bevegelseshemmede pasienter inn i behandlingsstolen. Heller ikke her er det garderobe- eller toalettløsning i bilen. Med unntak av større oralkirurgiske inngrep, gjøres alle typer behandling i bussen.

Personellet som betjener bussen, har daglig utgangspunkt på hjemmeklinikken i Hillerød og kjører daglig dit hvor bussen befinner seg. Det er leverandøren av utstyret som



kjører bussen til aktuell lokasjon, og har ansvar for tilsyn, vedlikehold og service. Som regel står bussen 1-2 måneder på hver lokasjon. Maskinrommet er tilgjengelig fra utsiden, og avgir en del støy inn i behandlingsrommet.

Varmekilden er en varmevifte (varmeapparat), men det er ikke noe annet ventilasjonsanlegg, og det oppgis at løsningen dermed er sårbart for fukt, som igjen fører til oppvekst av muggsopp. Innnetemperaturen reguleres med å lufte gjennom vinduene. Dersom det er kaldt ute, og man skal ha en pasient i rullestol inn, vil man slippe ut all varmen av rommet dersom man åpner luken til lasterampen.

3.12.2.3.3 Folktandvården Region Kronoberg

Kronobergs län (fylke) ligger i Sør-Sverige, og administrasjonssenteret er Växjö. Hele fylket har et areal på 8 466 km², og er dermed omkring under 30 % av Nordland (38 462 km²) i areal. Innbyggertallet er 203 476, som er omkring 40 000 færre enn i hele Nordland (2024).

I forbindelse med en prosess med nedleggelse av flere tannklinikker i fylket for noen år siden ble det som avbøtende tiltak etablert et mobilt tannhelsetilbud. En tilsvarende løsning var ikke tidligere prøvet i Sverige, slik at konseptet ble utviklet fra start. Det var en nå pensjonert tannlege og en tannhelsesekretær som utviklet løsningen i samarbeid med leverandør av dentalt utstyr og karosserifabrikant. Denne sto ferdig i 2017, og kostet på dette tidspunktet 6,3 millioner svenske kroner, i dag ville den ha kostet nærmere 8 millioner SEK. I norske kroner tilsvarer dette ca. 8 620 000 etter dagens kurs.



Tannlegebussen er et utvidbart rom montert på et lastebilkarosseri. Den ene sideveggen er uttrekkbar, slik at når denne er trukket ut får klinikkrommet ca. 30 % større areal enn ved transport.

Klinikkrommet er betydelig større i denne løsningen enn ved de to foregående. Dette gjør at den også fremstår mer som en ordinær tannklinikk. Det er eget rom for rengjøring og sterilisering av instrumenter, og et spiserom for de ansatte. Inngangspartiet for rullestolbrukere går inn i en sluse som også fungerer som venterom. Det er montert takheis for å flytte rullestolbrukere over i tannlegestolen.

Samtidig er det heller ikke i denne løsningen toalett- eller garderobefasiliteter. Man er også avhengig av ekstern strømforsyning, men bussen kan fungere med medbragte/ installerte vann- og avløpstanker.

Løsningen er sårbar mht. skadedyr, som mus. Mus trenger en svært liten åpning (~0,5 cm) for å trenge seg inn i konstruksjonen. Det har også vært en hendelse med at et ekorn har hatt tilhold i konstruksjonen når den sto parkert, og man fant ved service 10-12 kg eikenøtter lagret i hulrom/kanaler i konstruksjonen.

Bussen har så langt blitt tatt vare på av en tannhelsesekretær som både kjører bussen, assisterer ved behandling og står for daglig renhold og vedlikehold. Regelmessig service av tannlegeutstyr blir utført av dentalleverandør, mens et bilverksted utfører vedlikehold på lastebilen. Sekretæren har meget god innsikt over de tekniske installasjonene og er svært løsningsorientert når det kommer til utfordringer med funksjonene om bord.



Foto: Caroline Im

3.12.2.4 Vurdering av de tre løsningene

De to bobilløsningene som vi så på i Danmark anses ikke som aktuelle å bruke i tannhelsetjenesten i Nordland. Det var for dårlige forhold for de som skulle bemanne klinikken, i det det mangler både muligheter for garderobe og toalett, samtidig som en eventuell oppvarming og ventilasjon av behandlingsrommet medfører støyproblematikk. Kun å bruke åpne vinduer for ventilasjon i et røft klima, antar vi de fleste vil betrakte som uaktuelt. Ved tilrettelegging for behandling av pasienter med bevegelseshemming vil man måtte åpne hele bakveggen på bobilen for å få en rullestol inn, slik at man kan heise pasienten inn i behandlingsstolen. Da vil all varme i rommet samtidig slippes ut. Dette var en problemstilling som ble spesielt påpekt under besøket i Hillerød. I tillegg til å være et praktisk problem, vil dette bli en HMS-utfordring for de ansatte. De danske tannlegebuss-løsningene er derfor ikke vurdert videre verken av hensyn til økonomi eller praktiske driftsforhold.

Den løsningen som var nærmere å kunne være akseptabel var den svenske. Selv denne hadde også mangler i forhold til toalett- og garderobeforhold, som kanskje kunne vært

løst i en tilsvarende løsning som utvikles i Norge. I motsatt tilfelle er løsningen svært sårbar om man ikke har avtale med «noen» om å få benytte slike fasiliteter.

Buss-løsningen i Sverige kostet 6,3 millioner svenske kroner (SEK) å bygge i 2017. Folketandvården har selv anslått at den ville kostet omkring 8 millioner SEK i dag, noe som tilsvarer 8,6 millioner norske kroner (NOK). Hvor mye løsningen ville koste i Norge, vet vi ikke. Ingen aktører har erfaring med mobile klinikker i denne størrelsen, så utvikling måtte i så fall være et prosjekt i samarbeid med leverandør av dentalt utstyr, og eventuelt å innhente ytterligere erfaringer fra Sverige. Et forsiktig anslag på kostnadene vil nok være mer enn NOK 10 000 000 pr. buss. Investeringen for én buss blir derfor langt over innsparingskravet i økonomiplanperioden.

Når bemanningen er utfordret både pga. ledige stillinger og høyt sykefravær, blir det vanskelig å se hvordan en bussløsning kan driftes innenfor egne rammer uten at det går ut over driften på andre områder.



Det er samtidig en del uløste spørsmål knyttet til et eventuelt bussprosjekt:

- Hvem står for daglig renhold av bussen der den er parkert?
- Akutte reparasjoner og teknisk support
- Hvem kjører bussen (størrelsen krever sertifikat for stor lastebil)?
- Teknisk kompetanse til den som bemanner bussen, for å forstå installasjonene om bord.
- Hvem skal bemanne bussen? Skal det være egne stillinger, eller stillinger som er knyttet til spesifikke tannklinikker?
- Skal man dagpendle til bussen, eller skal man overnatte på stedet?
- Hvor mange busser trenger man i Nordland? I Danmark og Sverige betjener bussene geografiske områder som er brøkdeler av arealet av Nordland fylke.

Ut fra observasjonene i Sverige, er det helt essensielt at det er en person som bemanner bussen som også har god oversikt over de tekniske løsningene om bord, slik at man unngår driftsstans pga. tekniske forhold man i utgangspunktet kan løse selv. Det anses som en stor utfordring dersom bussen bemannes med personell som ikke har denne oversikten, og at bussen da vil ha en høy risiko for driftsstans.

Under dialogmøtene stilte noen kommuner spørsmål ved hvordan en tannlegebuss-løsning skal kunne bidra til bedre rekruttering til den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland. Fagforeningene i tannhelsetjenesten stiller seg heller ikke positive til en slik løsning.



4.

Samhandling og brukerinvolvering

4.1 Kommunedialog

Følgende kommuner fikk invitasjon til å gjennomføre dialogmøter med fylkeskommunen:

Bindal, Bodø, Evenes, Gildeskål, Hamarøy, Hattfjelldal, Leirfjord, Lurøy, Narvik, Nesna, Rødøy, Træna og Vega.

Fellesnevner for disse kommuner er at fylkeskommunen drifter flere tannklinikker i kommunen eller at fylkeskommunens tannklinikk betjenes helt eller delvis gjennom ambulerings i kommunen. Både politisk og administrativ ledelse og medvirkningsorganer ble invitert til å delta i dialogmøtene. Under dialogmøtene kom det blant annet innspill om samferdsels-tilbud, offentlig-privat samarbeid, Nordsjøturnus og desentralisert tannpleier- og tannlegeutdanning.



4.1.1 Samferdselstilbud

Flere kommuner spilte inn at det kan bli en utfordring å reise til nærmeste tannklinikk med dagens samferdselstilbud for personer som er avhengig av offentlig transport. Kollektivtilbudet i distriktene er hovedsakelig begrenset til lovpålagt skoleskyss, samt distrikts/regionbusser til nærmeste by, region- eller kommunesenter.

Et tannlegebesøk kan dermed ta en hel dag ettersom skole- og regionbusser gjerne kun går på morgen og ettermiddag. Gjennom skolens sommerferie er det ganske store deler av fylket som ikke i det hele tatt har et busstilbud.

Fylkeskommunens handlingsrom er svært begrenset. Både gjennom stor kostnadsvekst og begrensede budsjetter, men også på grunn av stor mangel på bussjåfører i distriktene.

Det er dermed lite sannsynlig at busstilbudet i distriktene vil øke for å kompensere for et eventuelt bortfall av lokalt tannhelsetilbud.

Nordland fylkeskommune er løyvemyndighet for drosjene, men har i liten eller ingen grad påvirkning på det lokale tilbudet. Det styres utelukkende av kommersielle forutsetninger.

En time hos tannlegen må fremover for å redusere reisebelastningen for den enkelte i større grad koordineres med andre gjøremål som innbyggerne i dag må reise ut av kommunen for å få utført.

4.1.2 Offentlig-privat samarbeid

Privat sektor utfører størstedelen av tannbehandlingen for den voksne delen av befolkningen. Det er fri etablering av tannlege-/tannpleiervirksomhet.

De vanligste organisasjonsformene for privat tannlegevirksomhet er å drive som enkeltpersonforetak eller aksjeselskap, men markedsstrukturen er i endring. Tradisjonelt har den private tannhelsetjenesten bestått av små enheter, først og fremst solopraksiser, men i løpet av de siste 25 årene er det blitt mer vanlig blant tannleger å arbeide i gruppepraksis eller kjede. Andelen solopraksis har sunket fra ca. 60 prosent i 1997 til ca. 24 prosent i dag.

Integrerte praksiser med spesialist og tannpleier i tillegg til allmenntannlege, er også blitt vanligere. Særlig forekommer slike integrerte praksiser blant klinikkene som er del av en kjede.

Tannlegekjedene er i kraftig vekst, og skjer hovedsakelig gjennom oppkjøp eller fusjoner av eksisterende klinikker.

(NOU 2024: 18, s. 94)

I dialog med kommunene har det kommet innspill om privat-offentlig samarbeid, der private tannleger kan bruke fylkeskommunale tannklinikker med reduserte åpningstider til å behandle voksne betalende pasienter for å øke utnyttelsen av klinikklokalene.

Ifølge fylkeskommunens IKT-seksjon, vil det bare være mulig for private tannleger å bruke fylkeskommunale tannklinikker hvis de kan bruke fylkeskommunens elektroniske journalsystem og røntgenløsning.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland bruker et elektronisk journalsystem med en felles database, som brukes av alle fylkeskommunale tannklinikker. Det brukes digitale røntgensystemer på alle tannklinikker, og disse er koblet direkte opp mot databasen der det lagres helseinformasjon for alle pasienter i tannhelsetjenesten. Det er etablert et styringssystem for personvern og

informasjonssikkerhet i den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland som følger «Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten», slik at krav til konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og robusthet er ivaretatt når det gjelder sikring av personopplysninger.

Det er bare fylkeskommunens tannhelsepersonell som skal få tilgang til elektronisk pasientjournalsystem når de yter tannhelsehjelp eller administrerer slik hjelp. Til vanlig har tannhelsepersonell i ett klinikkområde kun ubegrenset adgang til pasientene i eget klinikkområde, men ved f.eks. akutt tannhelsehjelp, vil det være mulig å åpne pasientjournaler fra øvrige deler av fylket.

Privat virksomhet med separate krav til, og selvstendig ansvar for regnskap vil heller ikke kunne benytte betalingsløsningene som ligger inne i fylkeskommunens journalsystemer eller i øvrige systemer, slik de er rigget i dag.

Det vil derfor ikke være mulig at private tannleger kan bruke fylkeskommunens elektroniske journalsystem og røntgenløsning.

Det er heller ikke noe alternativ å benytte eget medbrakt datautstyr for å få tilgang til eget elektronisk journalsystem, da dette fortsatt ikke vil fungere mot fastmontert røntgenutstyr på fylkeskommunens tannklinikker. Det vil heller ikke være mulig å bruke fylkeskommunens internettlinje for å koble på medbrakt datautstyr pga. fylkeskommunens sikkerhetspolicy.

I tillegg vil en slik ordning kreve en del regnskapsmessig merarbeid for fylkeskommunen. I tilfeller der tjenesten ytes av private tannleger ved utleie av fylkeskommunale tannklinikker med utstyr, plikter fylkeskommunen å påse at krav som følge av EØS-avtalens regler om offentlig støtte og ESAs vedtak likevel overholdes.

4.1.3 Nordsjøturnus

Noen kommuner tilbyr nordsjøturnus for å løse utfordringer blant annet med å bemanne legevakter, særlig i distriktskommunene hvor det å rekruttere og å beholde allmennleger har vist seg å være vanskelig.

Nordsjøturnus innebærer at leger jobber intenst på én arbeidsplass i en periode, med like lang eller lengre friperiode, f.eks. to uker på jobb og fire uker fri.

Mange kommuner som har innført nordsjøturnus, opplyser at det gir merkostnader. Med en rotasjonsordning vil kommunen trenge om lag dobbelt så mange leger, og ofte har leger i rotasjonsordning en lønn som tilsvarer en full stilling. Dermed blir kommunens lønnskostnader veldig mye høyere. I tillegg dekker også ofte kommunene utgifter til pendling, bolig og reise.

I Nordland har f.eks. Hattfjelldal kommune innført en rotasjonsordning for å rekruttere leger. I denne ordningen jobber leger redusert tid mot en årslønn på 1,3 millioner kroner for en 60 prosent stilling.

Kommunenenes Sentralforbund (KS) påpeker at slike ordninger fører til økte kostnader for kommunene.

Enkelte kommuner som har hatt ekstremt høye kostnader på innleie av vikarer fra bemanningsforetak, har oppnådd en kostnadsbesparelse ved å gå over til en rotasjonsordning.

For den offentlige tannhelsetjenesten vil en slik løsning være ekstremt dyrt og veldig lite ressurseffektiv.

Før det første har tannhelsetjenesten ikke behov for å ha tannleger i bakvakt hele døgnet, og det er begrenset hvor mange timer om dagen en tannlege kan utføre tannbehandling uten at det går utover behandlingskvaliteten.

For det andre vil det da være naturlig at arbeidsgiver dekker utgifter til bolig og reise, som vil øke kostnadene med en slik løsning enda mer.

4.1.4 Desentralisert tannpleier- og tannlegeutdanning

Siden 2009 har 24 medisinstudenter ved UiT hvert år tatt de siste to studieårene i Bodø gjennom den såkalte Bodøpakken. Undersøkelser har vist at det ikke er urimelig å anta at man gjennom en desentralisert modell og med å eksponere studenter for et lokalsykehus, primærhelse-tjenesten, by og omkringliggende områder, kan skape både faglige og personlige bindinger som reduserer risikoen for flytting ut av utdanningsområdet etter uteksaminering.

Tannleger utdannes i Norge i Bergen, Oslo og Tromsø. Tannlegeutdanningen ved UiT følger også en desentralisert modell, og studieplanen inneholder ekstern praksis

på fylkeskommunale tannklinikker i 7. og 10. semester. I Nordland tas det imot tannlegestudenter fra UiT på Sandnesjøen tannklinikk, Mosjøen tannklinikk, Rana tannklinikk, Saltvern tannklinikk, Vågan tannklinikk og Narvik tannklinikk.

Fylkeskommunen har kontaktet Nordlandssykehuset for å få mer informasjon om Bodøpakken og se om det har noen overføringsverdi for tannlegeutdanningen. Fylkeskommunen skal også kontakte Nord universitet for å høre om muligheter for å opprette tannpleierutdanning ved universitetet.

4.2 Medvirkning

Det ble gjennomført dialogmøter med hovedtillitsvalgte og klinikklederne i den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland. I tillegg ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant alle ansatte i den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland for å få belyst medarbeiderperspektivet. 127 ansatte besvarte spørreundersøkelsen.

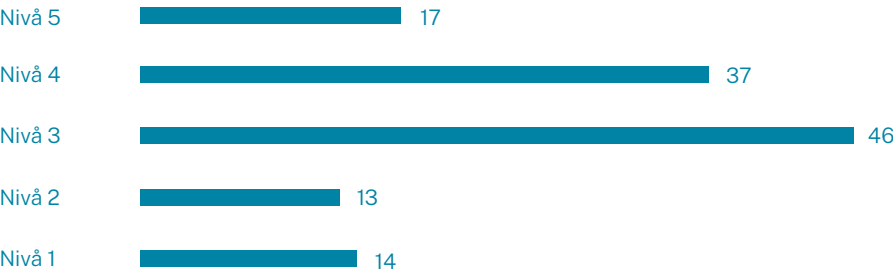
Resultater:

Ambulerer du til en annen tannklinikk i dag?

Ja	37
Nei	90



Hva tenker du om vilkårene for å ambulere? (1: veldig dårlig, 5: veldig bra)



3,24
Gjennomsnittlig
vurdering

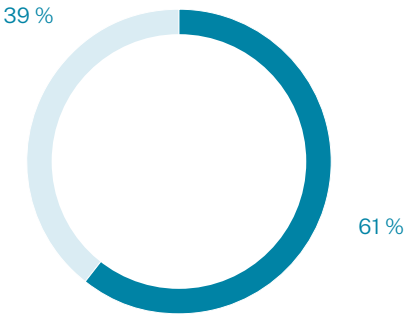
Dersom det ble aktuelt, kunne det være mulig for deg å oppholde deg flere dager sammenhengende ved ambuleringsklinikken?

Ja	64
Nei	63



Vil det ha konsekvenser for deg dersom en ambuleringsklinik i ditt klinikkområde skulle blitt vedtatt lagt ned?

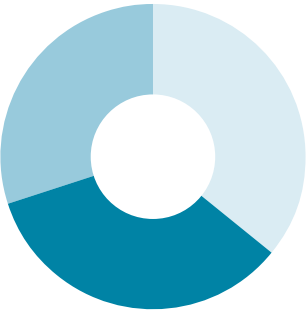
Ja	50
Nei	77



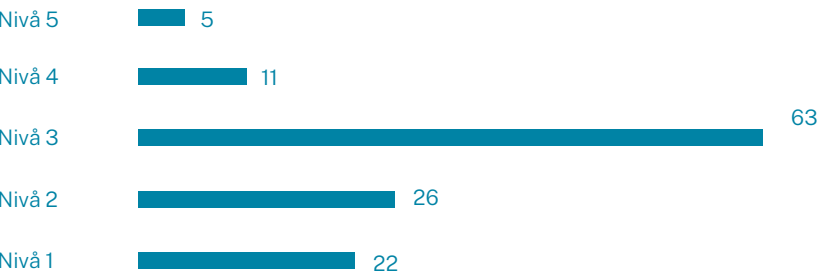
Hvilke konsekvenser vil det ha for deg?

Økonomisk	18
Arbeidsmiljømessig	15
Annet	17

Annet: økonomisk (8), arbeidsmiljømessig (5), flere pasienter på nærmeste tannklinik (2), Annet (2, «Familie», «Slitsomt»)



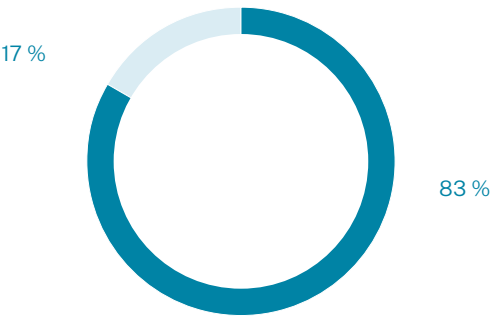
Hvordan vurderer du at arbeidsmiljøet i ditt klinikkområde vil bli påvirket dersom en ambuleringsklinik blir vedtatt lagt ned? (1: veldig negativt, 5: veldig positivt)



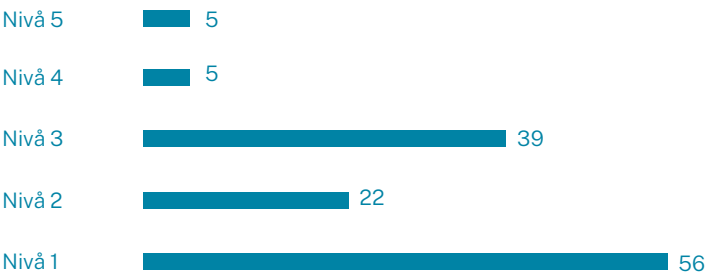
2,61
Gjennomsnittlig vurdering

I saken er vi bedt om å vurdere tannlegebuss. Kunne du tenkt deg å jobbe på en tannlegebuss?

Ja	21
Nei	106



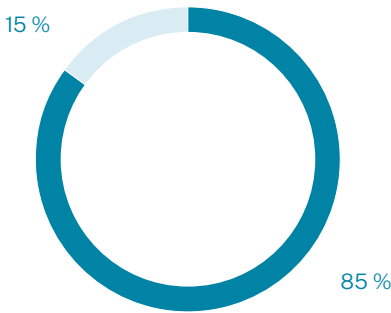
Hvordan tror du rekrutteringmulighetene er for personell til en tannlegebuss? (1: veldig dårlig, 5: veldig bra)



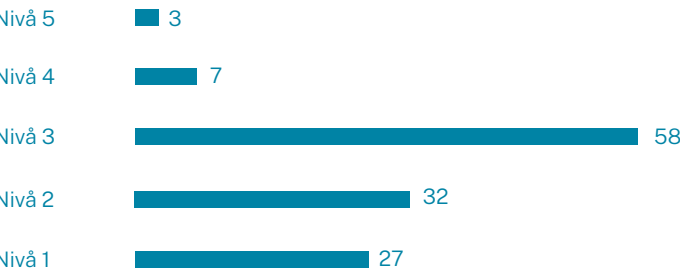
2,06
Gjennomsnittlig vurdering

Er du interessert i å jobbe i en skiftordning med ettermiddags- og kveldsarbeid?

Ja	19
Nei	108



Hvordan påvirker utskifting i stillinger arbeidsmiljøet på din klinikk? (1: veldig negativt, 5: veldig positivt)



2,43
Gjennomsnittlig vurdering

I spørreundersøkelsen fikk de ansatte også mulighet å komme med innspill til hvordan driftskostnadene i den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland kan reduseres og hva Nordland fylkeskommune kan gjøre for å bli en mer attraktiv arbeidsgiver.

Når det gjelder hvordan driftskostnadene i den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland kan reduseres, så kom det oppsummert følgende innspill:

Reduksjon i antall klinikker	Legge ned ambulerings-og enmannsklinikker, sammen slåing av klinikker som ligger geografisk nært
Stabilitet	Mindre turnover, bedre arbeidsmiljø, redusere sykefraværet, økt fokus på tilstedeværelse, bedre lønnsbetingelser, flere ansattegoder, nordsjøturnus
Drift	Jobbe mer effektivt, mer oppgavedeling og delegering, vurdere drift i eide lokaler istedenfor leide, god lagerstyring, begrense administrasjon til det nødvendigste, vurdere behov for leder-og administrative stillinger, skiftarbeid, behandling av flere voksne betalende pasienter, begrense behandling av voksne betalende pasienter, tydeligere definisjon av nødvendig tannbehandling for å finne rett behandlingsnivå, øke kjøregodtgjørelse, bruk av leasingbiler istedenfor leiebiler, færre fysiske møter og samlinger
Innkjøp	Mer fleksibilitet, innkjøp av forbruksvarer utenom rammeavtalen, vurdere behov for kjøp av tolketjenester
IKT	Velfungerende og raske IKT-løsninger

Det har kommet også innspill på å innføre ikke-møtt gebyr for prioriterte pasientgrupper. Det er forskriftsregulert at det ikke er anledning til å ta ikke-møtt gebyr fra prioriterte pasienter, så dette ligger utenfor fylkeskommunens handlingsrom. Men fylkeskommunen har gitt høringsinnspill til Helse- og omsorgsdepartementet at dette bør vurderes.

Når det gjelder hva Nordland fylkeskommune kan gjøre for å bli en mer attraktiv arbeidsgiver, så kom de fleste innspill på bedre lønnsbetingelser og flere ansattegoder. Viktigheten av et variert pasientklientell, godt utstyrte tannklinikker, gode muligheter for kompetanseutvikling, god internkommunikasjon og et godt arbeidsmiljø med nærværende ledelse og gode holdninger blant de ansatte ble også spilt inn av flere.

Det kom også noen innspill om at Nordland fylkeskommune var en fin, attraktiv og trygg arbeidsplass.

5. Forslag til fremtidig organisering av tjenestestrukturen

5.1 Ny klinikkstruktur

Med dagens økonomiske ramme må fylkeskommunen redusere antall tannklinikker for å fortsatt kunne gi befolkningen kvalitative gode og stabile tannhelsetjenester.



Foto: Katarzyna Zygnerska

5.1.1 Klinikker som opprettholdes

Alstad, Andøy, Bankgata, Brønnøy, Fauske, Hadsel, Hamarøy, Herøy, Korgen, Leirfjord, Lurøy, Lødingen, Mosjøen, Myre, Mørkved, Narvik, Rana, Rognan, Røst, Saltvern, Sandnessjøen, Sortland, Steigen, Straume, Sømna, Sørvågen, Trofors, Træna, Vestvågøy, Værøy, Vågan og Ørnes.

5.1.2 Klinikker som er foreslått samlokalisert

Tannklinikk	Samlokaliseres med	Reisevei mellom tannklinikkene (KM)
Ballangen tannklinikk	Narvik tannklinikk	41
Bindal tannklinikk	Sømna tannklinikk	64
Bogen tannklinikk	Narvik tannklinikk	44
Drag tannklinikk	Hamarøy tannklinikk	38
Hattfjelldal tannklinikk	Trofors tannklinikk	34
Inndyr tannklinikk	Ørnes tannklinikk	42
Konsvikosen tannklinikk	Lurøy tannklinikk Rana tannklinikk	42 101
Nesna tannklinikk	Sandnessjøen tannklinikk	42
Tjongsfjord tannklinikk	Ørnes tannklinikk	51
Vega tannklinikk	Brønnøysund tannklinikk	50

Noen innbyggere bor langt unna sin nærmeste tannklinikk, og derfor vil avstanden for dem være vesentlig lengre.

5.1.3 Sonemodell

Den foreslåtte nye klinikkstrukturen vil fortsatt være mye mer desentralisert enn i de fleste andre fylkeskommuner, siden Nordland er et langstrakt fylke med spredt bosetting. Derfor er det helt nødvendig med ytterligere tiltak for å bedre rekruttering og stabilisering for å kunne levere stabile tannhelsetjenester og redusere faren for slitasje og økt sykefravær på tannhelsepersonell på grunn av stillingsvakanser.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland har vært i kontakt med andre fylkeskommuner for å høre om deres rekrutterings- og stabiliseringstiltak. Trøndelag fylkeskommune har brukt en sonemodell i den offentlige tannhelsetjenesten. Det foreslås å innføre en sonemodell i den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland der klinikker deles inn i 3 soner basert på hvor krevende det er å rekruttere til ledige stillinger og beholde ansatte i stillinger.

Sone 1 (ingen store utfordringer)	Sone 2 (noe utfordrende)	Sone 3 (mest utfordrende)
Bankgata tannklinikk, Saltvern tannklinikk, Alstad tannklinikk, Mørkved tannklinikk, Narvik tannklinikk, Rana tannklinikk, Vestvågøy tannklinikk, Vågan tannklinikk	Leirfjord tannklinikk, Korgen tannklinikk, Rognan tannklinikk, Steigen tannklinikk, Hamarøy tannklinikk, Myre tannklinikk, Andøy tannklinikk, Hadsel tannklinikk, Brønnøysund tannklinikk, Sandnessjøen tannklinikk, Mosjøen tannklinikk, Fauske tannklinikk, Sortland tannklinikk	Sømna tannklinikk, Herøy tannklinikk, Ørnes tannklinikk, Sørvågen tannklinikk, Lødingen tannklinikk, Straume tannklinikk

Når det gjelder tannhelsetjenestens tre profesjoner (tannhelsesekretærer, tannpleier og tannleger), så håndteres de som følgende i den foreslåtte sonemodellen:

Tannhelsesekretærer:
Alle tannhelsesekretærer får 30.000 kr. utover garantilønn. I de lokale forhandlinger 2024 fikk gruppen et tillegg på 12.000 kr., så det gjenstår 18.000 kr. per årsverk for å komme opp i 30.000 kr. Det utdannes for få tannhelsesekretærer, og det er vanskelig å rekruttere til ledige stillinger uansett i hvilken sone tannklinikken ligger. Derfor må hele gruppen løftes.

Tannpleiere:
Alle tannpleiere får 30.000 kr. utover garantilønn. I de lokale forhandlinger 2024 fikk gruppen et tillegg på 17.000 kr., så det gjenstår 13.000 kr. per årsverk for å komme opp i 30.000 kr. Det utdannes for få tannpleiere, derfor må hele gruppen løftes. I tillegg er det mer krevende å rekruttere tannpleiere til tannklinikker i sone 2 og mest krevende å rekruttere til tannklinikker i sone 3, så tannpleiere som jobber på tannklinikker i disse sonene vil i tillegg få et sonetillegg.

Tannpleiere og tannleger som jobber på tannklinikker i sone 1 får ingen sonetillegg.

Sone 2:
Tannpleiere som jobber på tannklinikker i sone 2 får et sonetillegg på 30.000 kr.
Tannleger som jobber på tannklinikker i sone 2 får et sonetillegg på 60.000 kr.

Sone 3:
Tannpleier som jobber på tannklinikker i sone 3 får et sonetillegg på 60.000 kr.
Tannleger som jobber på tannklinikker i sone 3 får et sonetillegg på 90.000 kr.

Sonetillegget gis som et funksjonstillegg. Når en ansatt bytter arbeidssted til en tannklinikk utenfor sonen, mister vedkommende sonetillegget. Dermed vil sonetillegget virke både rekrutterende og stabiliserende. Forslag til sonemodell har blitt drøftet med fagforeningene i den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland. Den foreslåtte sonemodellen vil øke lønnskostnadene med 5,7 mill. kr. per år.

På den andre siden vil økt stabilitet gir en gevinst siden turnover vil gå ned og antall nødvendige rekrutteringsprosesser reduseres. Turnover koster organisasjoner mye penger, og Human Capital Institute (HCI) beregner kostnadene i Norge til å være 1,5 ganger årslønnen. Hvis fylkeskommunen klarer å redusere årlig turnover på tannlegestillinger med seks etter innføring av sonemodellen, så vil gevinsten basert på nybegynnerlønn være større enn de økte lønnskostnadene.

5.2 Konsekvenser ved samlokalisering av klinikker

Følgende målsetninger ligger til grunn for den helhetlige gjennomgangen av klinikkstrukturen i den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland:

1. Nordland fylkeskommune skal være blant de tre beste fylkene når det gjelder tannhelsen for barn og unge i aldersgruppen 5, 12 og 18 år.
2. Nordland fylkeskommune skal systematisk styrke det forebyggende arbeid innen tannhelsetjenesten.
3. Nordland fylkeskommune skal tilby tannbehandling av høy kvalitet.
4. Nordland fylkeskommune skal redusere ventetiden hos tannhelsetjenesten.
5. Nordland fylkeskommune skal sikre optimal bruk av ressursene i tannhelsetjenesten.

For å vurdere forslag til ny klinikkstruktur opp mot målsetningene, brukes følgende fem vurderingskriterier: pasientsikkerhet og kvalitet, pasientproduktivitet, pasienttilfredshet, godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljøer, bærekraftig ressursbruk og reisevei.

5.2.1 Vurderingskriterier

Pasientsikkerhet og kvalitet

Tannhelsetjenestens samfunnsoppdrag er å sikre gode tannhelsetjenester til Nordlands befolkning. Fylkeskommunen har ansvar for å yte lovpålagte tannhelsetjenester av god kvalitet til prioriterte pasientgrupper.

Likeverdige tannhelsetjenester er et sentralt element i vurderingskriteriet. Tannhelsetjenesten er en regional tjeneste, og pasientene skal motta samme pasientsikkerhet og kvalitet uavhengig om innbyggeren har valgt å bosette seg i by eller land.

Pasientproduktivitet

Vurderingskriteriet er tett koblet til effektiv ressursbruk. Pasientproduktivitet er behandlingskostnadene per pasient og påvirkes av aktivitetsnivå, ressursinnsats og ressursutnyttelse. Pasientproduktivitet kan beskrives som et mål på hvor effektivt tannhelsetjenester leveres til våre pasienter. Det er flere perspektiver som må hensyntas i vurderingen av pasientproduktivitet:

- Faktorer som antall konsultasjoner per årsverk og ressursutnyttelse som sikrer at rett tjeneste gis til rett tid. Høy pasientproduktivitet innebærer at flere pasienter får nødvendig behandling på en effektiv måte, samtidig som kvaliteten på tjenestene opprettholdes. Kapasitet og kontinuitet i tjenesten er nøkkelparametere.
- Faktorer som mest mulig helsegevinst sett opp mot ressursinnsatsen. Dette innebærer riktig valg av behandling til riktig tid, samt fokus på forebyggende tiltak. Slik kan vi begrense fremtidig ressursbehov og unngå unødvendige behandlinger og undersøkelser

Ansatte som samarbeider i team og sammen utgjør høy grad av kunnskap og erfaring, er en vesentlig forutsetning for effektiv ressursbruk.

Pasienttilfredshet

Pasienttilfredshet beskriver hvor fornøyde pasientene er med tannhelsetjenestene de mottar. Det inkluderer aspekter som kvaliteten på behandlingen, kommunikasjon med tannhelsepersonell, ventetider, og hvor godt pasientenes behov og forventninger blir møtt.

Godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljøer

Vurderingskriteriet består av to elementer, som i all hovedsak drar i samme retning:

Et godt arbeidsmiljø:

Arbeidsmiljø handler om hvordan arbeid organiseres, planlegges og gjennomføres. Det inkluderer alle forhold på arbeidsplassen som påvirker arbeidstakernes helse, sikkerhet og trivsel. Arbeidsmiljøet kan deles inn i flere hovedområder: Psykososialt, organisatorisk, fysisk, kjemisk og biologisk arbeidsmiljø.

Et sterkt fagmiljø:

Endringer i demografi, pasientenes sykdomsbilde og behandlingsmuligheter stiller høye krav til kompetanse. Dette omfatter både tannhelsefaglig spesialkompetanse og bred, tverrfaglig kompetanse. Et sterkt fagmiljø kan beskrives som et miljø hvor ulike profesjoner samhandler og bidrar med kunnskapsdeling og kompetanseutvikling i fellesskap. Samlokalisering og stabilitet er suksessfaktorer, både for fagmiljøet for å levere god kvalitet og likeverdige tjenester. Et slikt fagmiljø vil være viktig for attraktiviteten til tannhelsetjenesten, og kritisk både for rekruttering og for å beholde ansatte.

Et godt arbeids- og fagmiljø som bidrar til kunnskapsdeling og kompetanseutvikling for å styrke profesjonsutøverne i ulike behandlingssituasjoner, er avgjørende i både pasientkvalitet og pasientproduktivitet.

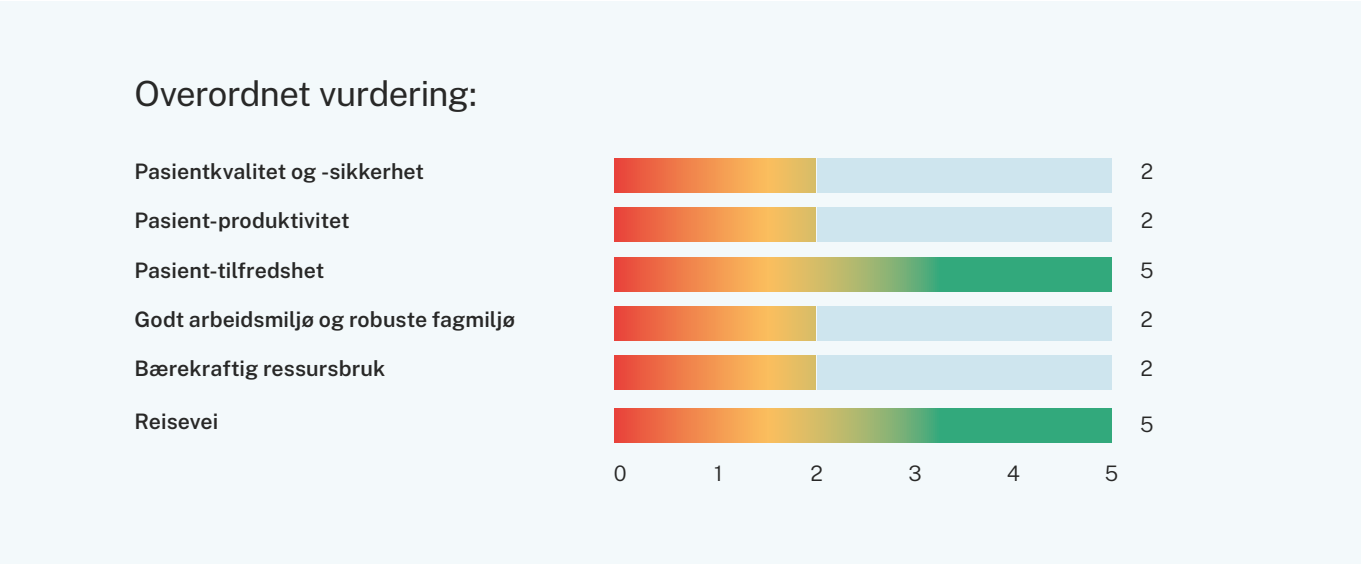
Bærekraftig ressursbruk

Vurderingskriteriet handler om hvilket handlingsrom tannhelsetjenesten har til å drive på en måte som sikrer langsiktig økonomisk stabilitet og god ressursutnyttelse av begrensende ressurser. I tillegg handler det også om ansvarlig og effektiv ressursbruk som tar hensyn til både demografiske endringer og samfunnssikkerhet. Vi må tilstrebe en effektiv offentlig sektor, slik at begrensede ressurser kan bidra der de trengs mest i samfunnet, eksempelvis helse og omsorg og forsvaret.

Reisevei

Nordland er et langstrakt fylke med lange avstander og spredt bosetting. Kollektivtilbudet er begrenset i deler av fylket. Samtidig har de færreste av innbyggerne behov for hyppig behandling.

5.2.2 Vurdering eksisterende tannklinikkstruktur



Pasientkvalitet og -sikkerhet

Tannhelsetjenesten leverer generelt gode og trygge tjenester. Tidligere gjennomførte brukerundersøkelser scorer høyt på brukertilfredshet.

Pasientkvalitet og -sikkerhet scorer ned på oransje i vurderingen:

- Klinikkstrukturen motvirker en helhetlig og samordnet tjeneste med god kontinuitet og høy produktivitet.
- Små klinikker blir sårbare hvis man står uten en av yrkesgruppene over tid. Mangler det tannpleierressurser, må tannlegen utføre både tannpleierens oppgaver og nødvendige behandlinger. Dette vil på sikt føre til at klinikken ikke vil kunne ha den pasientgjennomstrømningen som er nødvendig for å overholde oppsatte innkallingsintervall. Konsekvensen av slike kapasitetsbrudd er at pasientene får et dårligere tilbud med forsinket innkallingsintervall.
- Tannklinikker med bare en tannlege, må holde stengt hvis tannhelsesekretæren er borte og det ikke kan skaffes vikar.
- Små klinikker som ikke er i daglig drift, er mer utsatt for opphopning av bakterier/vannbåren smitte i behandlingsunitene. Det er derfor behov for særskilte rutiner for gjennomskylling som tar tid. Bakteriene, i hovedsak legionella, er stort sett ikke farlig for friske personer, men for medisinsk kompromitterte pasienter kan smitte fra tannlegeutstyr bli farlig.

Dagens tannklinikkstruktur motvirker arbeidet med riktig pasientkvalitet og -sikkerhet.

Pasientproduktivitet

Pasientproduktivitet er behandlingskostnadene per pasient som påvirkes av aktivitetsnivå, ressursinnsats og ressursutnyttelse.

SSBs analyser fra 2018 viser at «de siste årene har behandlingsutgiftene i den offentlige tannhelsetjenesten økt. Det er det blitt flere årsverk tannleger og tannpleiere, men det behandles i gjennomsnitt færre pasienter». Dette kan blant annet forklares med at man innkaller barn med lite karies sjeldnere til rutineundersøkelser enn tidligere, noe som gjelder også for den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland.

Det er mye tid hos behandlerne som går til andre ting enn klinisk tid med pasienten, som sykefravær, ikke-møtt pasienter, lunsj og administrativt arbeid og reisetid, oppstarts rutiner av mindre klinikker, interne møter, pasientrelatert arbeid som ikke er kliniske.

Det er i dag 172 behandlingsrom på våre 42 tannklinikker. 36 behandlingsrom står til enhver tid tomme på grunn av at klinikker er stengt, eller at ansatte ambulerer til klinikker med redusert åpningstid og behandlingsrommet på hovedklinikken står tomt.

Dersom pasientproduktiviteten ikke økes, vil man måtte øke kapasiteten gjennom flere ansatte for å ta inn etterslepet og nye pasientgrupper. Økt produktivitet vil ha en umiddelbar effekt på vurderingskriteriet bærekraftig ressursbruk.

Pasientproduktivitet skårer lavt i vurderingen av eksisterende tannklinikkstruktur:

- Det er lavere pasientproduktivitet på en liten klinikk med få behandlere, men den enkelte behandler kan være meget produktivt uavhengig av klinikkstørrelsen.
- Det er en større sårbarhet på mindre klinikker, særlig for sykefravær og uforutsette hendelser.
- Små klinikker kan mangle utstyr og kompetanse til enkelte behandlinger, og pasienten må dermed innkalles på nytt på større klinikk. Dette medfører ineffektiv ressursbruk for behandlerne og pasientene.
- Ansatte som reiser til en tannklinikk som er åpen enkelte dager i uken eller året, vil reise og starte opp klinikken i arbeidstiden. Dette er ikke pasientproduktivt arbeidstid.
- Ved sykefravær hos en tannlege, vil tannhelsesekretæren på en liten klinikk ikke ha pasientproduktivt arbeid tilgjengelig.
- Ved sykefravær hos tannhelsesekretær på en liten klinikk, vil pasientproduktivitet til tannlegen reduseres betraktelig.

Dagens tannklinikkstruktur motvirker arbeidet med tilstrekkelig pasientproduktivitet.

Pasienttilfredshet

Innbyggerne opplever gode tjenester og tannhelsetjenesten får i all hovedsak gode tilbakemeldinger fra pasientene. Kort reisevei oppleves nok som positivt for de fleste. Men noen av klagen som mottas går på lang ventetid. Årsaken til lange ventelister skyldes stor belastning på gjeldende klinikk og/eller manglende ressurser på grunn av vakante stillinger. Dette gjelder spesielt klinikker i utkantstrøkene hvor ansettelsesprosesser kan trekke ut i tid.

Enkelte pasienter opplever også at klinikker med dårlig universell tilpasning er vanskelig tilgjengelig.

Godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljøer

Godt arbeidsmiljø:

Arbeidsmiljø handler om hvordan arbeidet organiseres, planlegges og gjennomføres. Det inkluderer alle forhold på arbeidsplassen som påvirker arbeidstakernes helse, sikkerhet, og trivsel. Forebyggende arbeidsmiljøarbeid basert på kunnskap om hva som har effekt er en god investering, da det kan redusere sykefravær og forbedre virksomhetens resultater.

Arbeidsmiljøet kan deles inn i flere hovedområder: psykososialt-, organisatorisk-, fysisk- og kjemisk og biologisk arbeidsmiljø.

Psykososialt arbeidsmiljø omfatter de sosiale og psykologiske aspektene ved arbeidsplassen, som relasjoner mellom kollegaer, ledelse, arbeidsbelastning, og mulighet for personlig utvikling. En god arbeidskultur har positive effekter på helse, motivasjon, og produktivitet blant ansatte. I Nordland fylkeskommune er det et felles ansvar for ledere og medarbeidere å praktisere organisasjonspolitikken og skape en kultur preget av tillit, åpenhet og lojalitet. Sykefraværstall og resultater fra medarbeiderkartlegginger er indikatorer som kan si noe om status på det psykososiale arbeidsmiljø. Hvis dagens situasjon fortsetter, vil det vedvarende høye langtidsfraværet kunne føre til større negative konsekvenser for ansatte, pasienter, ressursutnyttelse og økonomi.

Organisatorisk arbeidsmiljø inkluderer hvordan arbeidet er strukturert og organisert, inkludert arbeidsoppgaver, ansvarsfordeling, og arbeidsprosesser. Resultater fra medarbeiderkartlegginger knyttet til faktorene rolleklarhet, autonomi og mestringsorientert ledelse kan si noe om hvordan struktur og organisering av arbeidet påvirker ansattes opplevelse av disse faktorene. Det er viktig med å fortsatt understøtte disse områdene positivt, for å unngå

ineffektiv drift og misforståelser, unødvendig slitasje på ansatte og i verste fall påvirke kvaliteten på tjenesteleveransen og pasientens opplevelse av denne.

Fysisk arbeidsmiljø omfatter de fysiske forholdene på arbeidsplassen, som ergonomi, støy, lysforhold, og sikkerhet. God fysisk tilrettelegging kan bidra til å redusere risikoen for arbeidsrelaterte skader og sykdommer. Innen ergonomi har det blitt gjort et godt arbeid med informasjon og opplæring av ansatte på arbeidsstillinger og effekten av pauser og øvelser for å minske belastning fra statiske arbeidsstillinger. Midlertidig nedstenging av tannklinikker har vært nødvendig som følge av at lokalene ikke har hatt forsvarlig standard for å sikre det fysiske arbeidsmiljøet. Videreføres dagens klinikkstruktur vil man måtte fortsette å bruke økonomiske og personellressurser på å slukke branner, heller enn å kunne drifte effektivt og være i forkant og drive forebygging i større grad enn det som er mulig i dag. Konsekvensene av et dårlig fysisk arbeidsmiljø er økt risiko for arbeidsrelaterte skader og sykdommer og redusert produktivitet, en økt risiko som man da må akseptere dersom man går for dagens klinikkstruktur.

Kjemisk og biologisk arbeidsmiljø inkluderer eksponering for kjemiske stoffer, biologiske agenter, og andre miljøfaktorer som kan påvirke helsen. Forebyggende tiltak og riktig håndtering av farlige stoffer er viktige for å sikre et trygt arbeidsmiljø. Et eksempel på kjemisk eksponering er fyllingsmaterialer. Feilaktig håndtering av sprøytespisser og andre skjærende avfall kan utsette ansatte for biologiske agenter. Tannhelsetjenesten har i samarbeid med bedriftshelsetjenesten utarbeidet egne rutiner for hvordan den ansatte skal følges opp etter å ha blitt eksponert for biologiske agenter.

Sterke fagmiljøer:

Et sterkt fagmiljø kjennetegnes ved høy kompetanse og mulighet for faglig utvikling og samarbeid på tvers av ulike profesjoner. Et sterkt fagmiljø er avgjørende for rekruttering av nye ansatte og for å beholde ansatte. Mangler en eller flere profesjoner vil en klinikk vanskelig utvikle et godt profesjonsfaglig fagmiljø. Tendensene i arbeidsmarkedet tilsier at det vil bli vanskeligere å rekruttere autoriserte tannhelsesekretærer og tannpleiere i fremtiden. Tilgangen på tannleger er bedre, da det utdannes flere norske tannleger i utlandet, enn det utdannes i Norge.

Nyutdannede ved små klinikker får i dag en begrenset tilgang til profesjonsfaglige sparringspartnere i det daglige. De er avhengig av møteplasser på tvers av klinikkene. Mangel på sparringspartnere kan skape usikkerhet hos den enkelte behandler og risikoen for ulik behandling av lignende tilfeller blir større. Dette er både ressurskrevende og ineffektivt og er med på å fragmentere fagmiljøene og forringe arbeidsmiljøet.

Små klinikker er særlig sårbare hvis man står uten en av yrkesgruppene over lengre tid. Mangler det tannpleierressurser, må tannlegen utføre både tannpleierens oppgaver og nødvendige behandlinger.

En tannklinikk med bare én tannlege, må holde stengt hvis tannhelsesekretæren er borte og det ikke kan skaffes vikar. Konsekvensen av slike kapasitetsbrudd er at pasientene får et dårligere tilbud med forsinket innkallingsintervall, som forlenger ventelistene.

Uten ytterligere tiltak vil mangel på kvalifiserte ansatte sammen med fragmenterte fagmiljø kunne påvirke kvaliteten i tjenesten negativt, og det vil være vanskelig å opprettholde et godt faglig og sosialt miljø. Manglende satsing på kompetanseutvikling vil kunne føre til redusert faglig kvalitet og mindre effektiv ressursutnyttelse.

For at dagens klinikkstruktur skal være et reelt alternativ og sikre en forsvarlig videreføring av dagens situasjon, må det inkludere økt innsats og ressurser. Dette innebærer blant annet økte kostnader for kompetanseutvikling og tiltak for å sikre stabil bemanning og redusere turnover. Dagens organisering av tannhelsetjenesten vanskeliggjør av disse grunner videreutviklingen av sterke fagmiljøer.

Bærekraftig ressursbruk

Dette avsnittet er knyttet til de økonomiske forholdene rundt dagens klinikkstruktur. Det er ikke først og fremst økonomiske begrunnelser som bør legges til grunn for en ny struktur i tannhelsetjenesten. Det er hensynet til arbeidsmiljø og sykefravær, fagmiljø, ledelsesutfordringer og medarbeidernes mulighet til å god kvalitet og effektivitet i arbeidet sitt, som bør vektlegges.

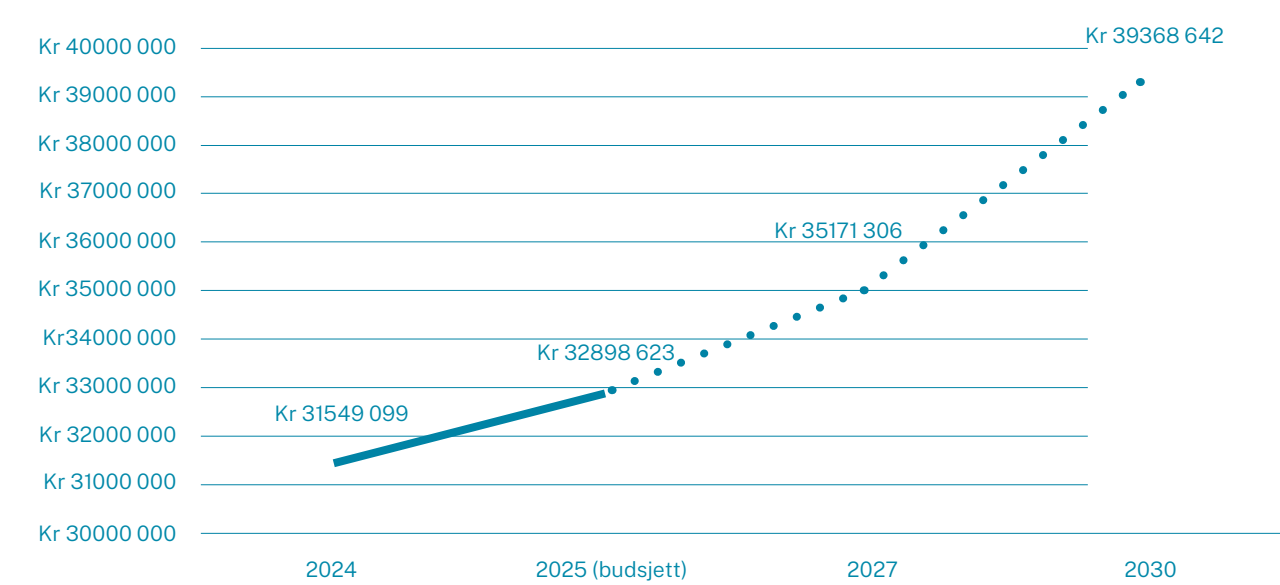
Dagens klinikkstruktur er ikke bærekraftig. Det må effektivisering til for å levere likeverdige og gode tannhelsetjenester til innbyggerne i Nordland, innenfor stadig mindre økonomisk handlingsrom. Alternativet til effektivisering er omprioritering fra andre sektorer for å finansiere en videreføring av dagens klinikkstruktur. En slik løsning vil kreve økt investerings- og driftsbudsjett.

Nødvendige oppgraderinger i dagens klinikkstruktur:

Nødvendige oppgraderinger og investeringer av klinikker, for en forsvarlig videreføring av dagens situasjon, er basert på vurderingene gjort nedenfor. Alle tall er oppgitt i 2025 kroner. Basert på dette vil en videreføring av dagens klinikkstruktur innebære følgende:

- Seks klinikker der lokalenes tilstand er dårlig. Behov for strakstiltak og en total oppgradring av klinikken i løpet av 1-2 år.
- Elleve der lokalene har en ok tilstand, men det er behov for omfattende oppussing/ oppgradring i løpet av 1-5 år.
- 25 klinikker er per nå tilfredsstillende tilstand og har kun behov for mindre tiltak/ oppgradring i løpet av 1-5 år.
- Én klinikk skal inn i nye lokaler i løpet av høsten 2025 og er ikke kartlagt.

Forventet leiekostnad etter nødvendig oppgradering



Over de neste fem årene forventes økning i husleiekostnad å være ca. 6,5 mill. kroner utover normal prisstigning. Forventningen er basert på at vi fortsetter å leie lokaler slik som i dag.

I dag står 36 behandlingsstoler ubrukt til enhver tid. Dette betyr i praksis at vi betaler for kapasitet som ikke brukes. Det er sett nærmere på leiekostnad per faktisk brukt stol, hvor vi har justert for bruksgrad. For eksempel vil en behandlingsstol på en klinikk som er åpen en dag i uken ha bruksgrad 0,2, mens en behandlingsstol på en klinikk som har åpent alle virkedager, ha bruksgrad 1,0. I tabellen under har vi trukket frem et eksempel på en tannklinikk med lav bruksgrad, samt en tannklinikk med full bruksgrad:

Klinikk	Antall pasienter	Antall behandlingsstoler	Bruksgrad	Husleie	Leiekostnad/stol	Leiekostnad/faktisk brukt stol
Alstad	3 883	4	97,5 %	Kr 1 100 216	Kr 275 054	Kr 282 106,7
Bindal	396	1	25 %	Kr 295.000	Kr 295.000	Kr 1 180 000

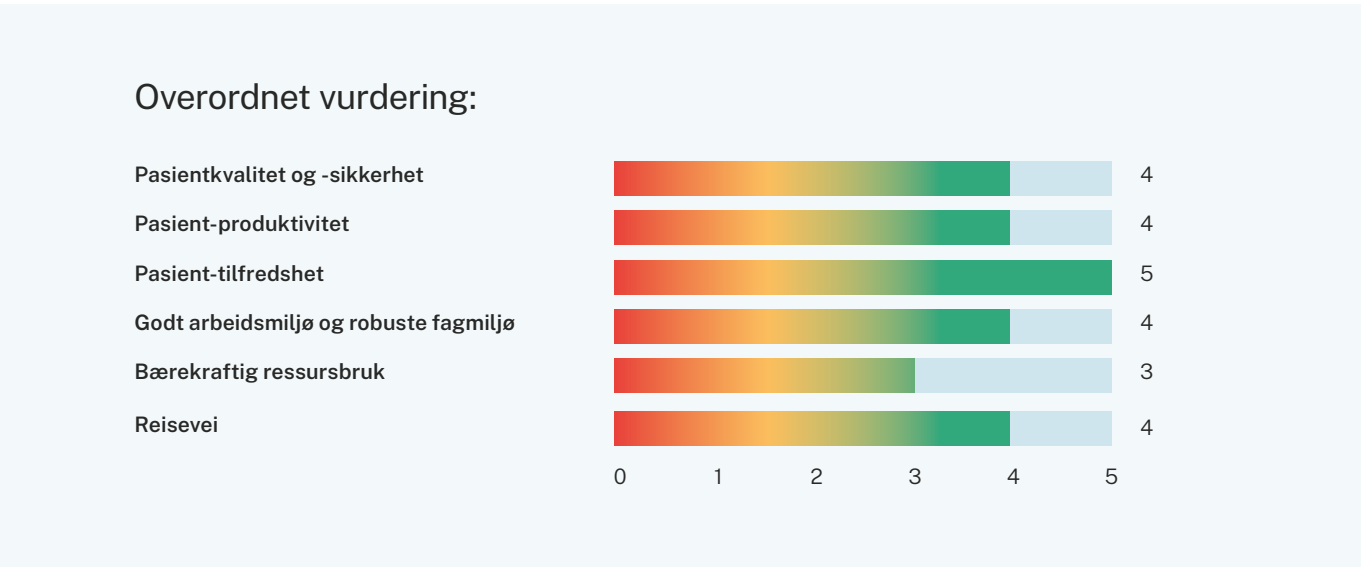
Som det fremgår av eksempelet, er leiekostnaden per brukte stolandel betydelig høyere ved Bindal tannklinikk sammenlignet med Alstad tannklinikk. I tillegg er det nødvendig med snarlig oppussing av Bindal tannklinikk, noe som forventes å medføre en ytterligere økning i leiekostnadene. Alstad tannklinikk, derimot, har allerede tilfredsstillende lokaler.

Fra et økonomisk synspunkt, vil dagens klinikkstruktur motvirke formålet om en ressurseffektiv tannhelsetjeneste og muligheten til å levere gode tjenester. Spesielt gjelder dette på lengre sikt, da en mer effektiv struktur vil medføre betydelige gevinster. Men også i et kortsiktig perspektiv vil det være positivt med endring av strukturen, spesielt siden vi nå står overfor en situasjon med stadig mindre økonomisk handlingsrom. Da en videreføring av dagens situasjon vil kreve betydelige kostnadsøkninger for å opprettholde nødvendig standard på lokaliteter og utsyr, vil en slik beslutning måtte føre til omprioritering av midler fra andre områder i fylkeskommunen.

Reisevei

Dagens klinikkstruktur er veldig desentralisert. Med unntak av Beiarn, Dønna, Flakstad, Sørfold og Vevelstad, har alle kommuner i Nordland en fylkeskommunal tannklinikk tilgjengelig. Av 42 tannklinikker har 14 klinikker redusert åpningstid. Ytterligere 8 tannklinikker har i perioder redusert åpningstid.

5.2.3 Vurdering av forslag til ny klinikkstruktur



Pasientkvalitet og -sikkerhet

Pasientkvalitet og -sikkerhet er i foreslått klinikkstruktur vurdert som bedre enn i dagens klinikkstruktur. Den nye klinikkstrukturen vil medvirke til gode og likeverdige offentlige tannhelsetjenester til Nordland befolkning. På flere av tannklinikkene vil det være pasientgrunnlag som gjør det økonomisk forsvarlig å gjøre investeringer i dyrt utstyr som vil øke pasientkvaliteten.

Pasientproduktivitet

Pasientproduktivitet er i den foreslåtte klinikkstrukturen vurdert som mye bedre enn i dagens klinikkstruktur. Flere behandlere samlet per tannklinikk gir mulighet for en mer mangfoldig kompetansesammensetning, både i fag og erfaring. Det vil øke kapasiteten og legge til rette for økt pasientproduktivitet, både ressursutnyttelse per årsverk og mulig helsegevinst mot ressursinnsats. Mindre reising for tannhelsepersonellet fører til økt produktivitet.

Pasienttilfredsheten

Pasienttilfredsheten vil for enkelte oppleves noe redusert i starten ved at innbyggerne opplever at de mister noe nært, og ikke enda har opplevd den økte kvaliteten og sikkerheten. På sikt vil innbyggerne verdsette gode, likeverdige, stabile og ressurseffektive offentlige tjenester til tross for at noen får økt reisevei.

Godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljøer

Godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljøer scorer i den foreslåtte klinikkstrukturen mye høyere enn i dagens klinikkstruktur, selv om noen klinikker fortsatt er for små til å få fullt utbytte på grunn av størrelsen. Klinikkstrukturen legger til rett for forsterkede fagmiljøer gjennom økt mangfoldig kompetanse og økt samhandling på tvers av behandlerne:

- Bedre mulighet for kollegial støtte både faglig og psykososialt; bedre utgangspunkt for å videreutvikle felles kultur, medbestemmelse, ledelse og bedre samarbeid på tvers av fagområder.
- Ny klinikkstruktur vil gi økt variasjon i tjenesten og medføre bedre mulighet for kompetanseutvikling, et sentralt element for å rekruttere og beholde medarbeidere.
- Ny struktur med færre klinikker er mindre sårbar og redusert slitasje ved fravær, samtidig vil avbøtende tiltak være mindre ressurskrevende og belastende på ansatte. Flere og mer effektive muligheter for tilrettelegging uten at det går utover øvrige ansatte.

Bærekraftig ressursbruk

Bærekraftig ressursbruk i foreslått klinikkstruktur vurderes som mye bedre enn i dagens klinikkstruktur opp mot effektiv ressursbruk og mindre økonomisk handlingsrom, særlig på lang sikt. Dette er en klinikkstruktur som vil medvirke til økt pasientproduktivitet og flere muligheter for økt kapasitet uten nye investeringer i behandlingsrom og utstyr. Med 15 færre behandlingsrom reduseres samtidig husleie- og investeringskostnadene sammenlignet med dagens klinikkstruktur. Det kan også skapes stordriftsfordeler ved:

- Deling av avansert utstyr. Moderne tannhelsetjenester forutsetter kostbart medisinsk-teknisk utstyr. Dette kan være intraorale skannere, avansert røntgen eller mikroskop. I de fleste tilfeller kan flere tannleger og tannpleier dele på slikt utstyr.
- Ikke-skalerbare oppgaver. En rekke oppgaver må utføres én gang per klinikk uansett størrelse og bruksgrad. Dette kan for eksempel være vedlikehold av medisinsk-teknisk utstyr, kvalitetssikringssystemer, beredskapsplaner og vernetjenesten.

- Utstyr som ikke er direkte relatert til antall ansatte. Dette kan være utstyr på sterilrom, IT-infrastruktur, og annet teknisk utstyr. I mange tilfeller kan man velge en litt større modell, som likevel medfører en vesentlig lavere kostnad enn to små.
- Økt fleksibilitet i forhold til tilgjengelig kapasitet generelt og i forbindelse med fravær. Flere ansatte gir bedre muligheter for å dekke opp ved korttidsfravær og flere som kan dele på tilbudet om akutt behandling. Det vil gi bedre tannhelsetilbud til pasientene.
- Økt gjennomstrømming av materialer reduserer risiko for at disse går ut på dato og må kastes, samtidig som klinikkene kan ha større lager og redusert risiko for at det oppstår mangel på viktige materialer.

Ny klinikkstruktur vil medføre reduserte utgifter til klinikklokaler og ambulering, totalt 7,8 mill. kr. 4,3 mill. kr. er reduserte kostnader til klinikklokaler og utstyr, og 3,5 mill. kr. er reduserte utgifter til ambulering og reduksjon i arbeidstid som går til transport mellom tannklinikker.

Klinikk	Kostnader klinikklokaler	Ambuleringskostnad	Sum kostnader
Ballangen	kr 508 780	kr 593 910	kr 1 102 690
Bindal	kr 400 130	kr 433 857	kr 833 987
Bogen	kr 523 258	kr 13 553	kr 536 811
Drag	kr 519 441	kr 393 891	kr 913 331
Hattfjelldal	kr 362 129	kr 255 154	kr 617 284
Inndyr	kr 422 966	kr 248 785	kr 671 752
Konsvikosen	kr 174 457	kr 358 886	kr 533 343
Nesna	kr 622 864	kr 834 283	kr 1 457 147
Tjongsfjord	kr 416 443	kr 170 143	kr 586 586
Vega	kr 333 630	kr 208 521	kr 542 151
Sum	kr 4 284 099	kr 3 510 982	kr 7 795 082

Utover dette er fylkeskommunen forpliktet til å dekke skyssutgiftene for noen prioriterte pasientgrupper. Refusjon av skyssutgifter reguleres av «Forskrift om dekning av skyssutgifter for pasienter under § 1-3 i Lov om tannhelsetjeneste som søker tannhelsehjelp i Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland (skyssutgiftsforskriften)».

Skyssrefusjonen for perioden 2021 til 2024				
	2021	2022	2023	2024
Skyssrefusjon	Kr 730 604	Kr 892 818	Kr 939 453	Kr 1 054 011
Færre tannklinikker medfører økte refusjoner for skyssutgifter. Refusjon av skyssutgifter forventes å øke med 0,7 mill. kr.				

Reisevei

Reiseveien til nærmeste tannklinikk øker for pasientene tilhørende klinikker som stenges.

Tannklinikk	Nærmeste tannklinikk	Reisevei mellom tannklinikkene (KM)	Reisetid i minutter (Gulesider.no)
Ballangen tannklinikk	Narvik tannklinikk	41	41
Bindal tannklinikk	Sømna tannklinikk	64	91
Bogen tannklinikk	Narvik tannklinikk	44	43
Drag tannklinikk	Hamarøy tannklinikk	38	44
Hattfjelldal tannklinikk	Trofors tannklinikk	34	35
Inndyr tannklinikk	Ørnes tannklinikk	42	50
Konsvikosen tannklinikk	Lurøy tannklinikk	42	65
Nesna tannklinikk	Sandnessjøen tannklinikk	42	70
Tjongsfjord tannklinikk	Ørnes tannklinikk	51	82
Vega tannklinikk	Brønnøysund tannklinikk	50	70

Score på reisevei vurderes i den foreslåtte klinikkstrukturen lavere enn i dagens klinikkstruktur. Dette til tross for at tannhel-sen er god og at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten oppsøkes sjelden av de fleste innbyggerne.

Lengre reisevei vil medføre konsekvenser for både pasienter og pårørende eller kommunene som evt. må følge pasienten til klinikken. Konsekvensene vil bli særlig store for pasienter som ikke disponerer egen bil og som ikke er i stand til å benytte kollektivtransport.

Mulige konsekvenser er:

- Økt fravær fra undervisning og arbeid for pasientene
- Økt fravær fra arbeid for pårørende som følger pasienter til klinikken
- Mer ressursbruk av kommunalt helse- og omsorgspersonell til nødvendig følge av pasienter til klinikken
- Pasienter utsetter eller unngår nødvendig tannbehandling

5.2.4 Underlag og vurderinger for klinikker som er foreslått samlokaliserte

Her følger litt underlagsmateriale for vurdering-ene knyttet til hver enkelt klinikk som er foreslått samlokalisert. Ved informasjon om avstand mellom klinikkene som foreslås sammenslått, er vi bevisst at det bor pasienter som får denne reiseveien lagt til sin reisedistanse per i dag.

Ballangen tannklinikk

Ballangen tannklinikk har 846 pasienter under tilsyn og 2 behandlingsrom med en utnyttelsesgrad på 70 %. Klinikken er åpen opptil 5 dager i uken. Bemanningssituasjonen har vært ustabilt over flere år, og i dag ambulerer tannpleier og tannlege fra Narvik tannklinikk. Pasienter og ansatte (1 tannhelsesekretær i 100 % stilling) vil bli overflyttet til Narvik tannklinikk. Avstand mellom Ballangen tannklinikk og Narvik tannklinikk er 41 km. Pasientene vil dermed oppleve en lengre reisevei. På den andre siden vil de framover være tilknyttet en tannklinikk som har åpen alle hverdager og som på grunn av sin størrelse er mindre sårbart ved fravær i stillinger. Det vil også bli brukt betydelig færre arbeidstimer til reisetid for å forflytte seg mellom tannklinikkene, slik at mer arbeidstid kan brukes til pasientbehandling.

Bindal tannklinikk

Bindal tannklinikk har 396 pasienter under tilsyn og 1 behandlingsrom med en utnyttelsesgrad på 25 %. Klinikken er i snitt åpen 1 dag i uken, og er en ren ambuleringsklinikk uten fast ansatte. Pasienter vil bli overflyttet til Sømna tannklinikk. Avstand mellom Bindal tannklinikk og Sømna tannklinikk er 64 km. Pasientene vil dermed oppleve en lengre reisevei. På den andre siden vil de framover være tilknyttet en tannklinikk som har åpen alle hverdager. Det vil også bli brukt betydelig færre arbeidstimer til reisetid for å forflytte seg mellom tannklinikkene, slik at mer arbeidstid kan brukes til pasientbehandling.

Bogen tannklinikk

Bogen tannklinikk har 778 pasienter under tilsyn og 1 behandlingsrom med en utnyttelsesgrad på 90 %. Klinikken er åpen alle hverdager. Pasienter og ansatte (1 tannhelsesekretær i 100 % stilling og 1 tannlege i 100 % stilling) vil bli overflyttet til Narvik tannklinikk. Avstand mellom Bogen tannklinikk og Narvik tannklinikk er 44 km. Pasientene vil dermed oppleve en lengre reisevei. På den andre siden vil de framover være tilknyttet en tannklinikk som på grunn av sin størrelse er mindre sårbart ved fravær i stillinger.

Drag tannklinikk

Drag tannklinikk har 562 pasienter under tilsyn og 2 behandlingsrom med en utnyttelsesgrad på 55 %. Klinikken er åpen 4 dager i uken. Noen av de ansatte ambulerer til Drag tannklinikk. Avstand mellom Drag tannklinikk og Hamarøy tannklinikk er 38 km. Pasienter og ansatte (1 tannhelsesekretær i 100 % stilling, 1 tannhelsesekretær i 80 % stilling og 1 tannpleier i 100 % stilling) vil bli overflyttet til Hamarøy tannklinikk. Tannhelsesekretær og tannpleier ambulerer til Hamarøy tannklinikk. Pasientene vil dermed oppleve en lengre reisevei. På den andre siden vil de framover være tilknyttet en tannklinikk som har åpen alle hverdager. Det vil også bli brukt betydelig færre arbeidstimer til reisetid for å forflytte seg mellom tannklinikkene, slik at mer arbeidstid kan brukes til pasientbehandling.

Hattfjelldal tannklinikk

Hattfjelldal tannklinikk har 522 pasienter under tilsyn og 2 behandlingsrom med en utnyttelsesgrad på 30 %. Klinikken er åpen 3 dager i uken. Tannpleier og tannlege ambulerer til Hattfjelldal tannklinikk. Avstand mellom Hattfjelldal tannklinikk og Trofors tannklinikk er 34 km. Pasienter og ansatte (1 tannhelsesekretær i 100 % stilling) vil bli overflyttet til Trofors tannklinikk. Pasientene vil dermed oppleve en lengre reisevei. På den andre siden vil de framover være tilknyttet en tannklinikk som har åpen alle hverdager. Det vil også bli brukt betydelig færre arbeidstimer til reisetid for å forflytte seg mellom tannklinikkene, slik at mer arbeidstid kan brukes til pasientbehandling.

Inndyr tannklinikk

Inndyr tannklinikk har 351 pasienter under tilsyn og 1 behandlingsrom med en utnyttelsesgrad på 70 %. Klinikken er åpen 2-3 dager i uken. Tannhelsesekretær og tannlege ambulerer til Inndyr tannklinikk. Avstand mellom Inndyr tannklinikk og Ørnes tannklinikk er 42 km. Pasienter og ansatte (1 tannpleier i 50 % stilling) vil bli overflyttet til Ørnes tannklinikk. Pasientene vil dermed oppleve en lengre reisevei. På den andre siden vil de framover være tilknyttet en tannklinikk som har åpen alle hverdager. Det vil også bli brukt betydelig færre arbeidstimer til reisetid for å forflytte seg mellom tannklinikkene, slik at mer arbeidstid kan brukes til pasientbehandling.

Konsvikosen tannklinikk

Konsvikosen tannklinikk har 303 pasienter under tilsyn og 1 behandlingsrom med en utnyttelsesgrad på 40 %. Klinikken er åpen 2 dager i uken, og er en ren ambuleringsklinikk uten fast ansatte. Avstand mellom Konsvikosen tannklinikk og Lurøy tannklinikk er 42 km (101 km til Rana tannklinikk). Pasienter vil bli overflyttet til Lurøy tannklinikk. Pasientene vil dermed oppleve en lengre reisevei. På den andre siden vil de framover være tilknyttet en tannklinikk som har åpen alle hverdager. Det vil også bli brukt betydelig færre arbeidstimer til reisetid for å forflytte seg mellom tannklinikkene, slik at mer arbeidstid kan brukes til pasientbehandling.

Nesna tannklinikk

Nesna tannklinikk har 736 pasienter under tilsyn og 3 behandlingsrom med en utnyttelsesgrad på 23,3 %. Klinikken er åpen 3 dager i uken. Tannpleier og tannlege ambulerer til Nesna tannklinikk. Avstand mellom Nesna tannklinikk og Sandnessjøen tannklinikk er 42 km. Pasienter og ansatte (1 tannhelsesekretær i 100 % stilling) vil bli overflyttet til Sandnessjøen tannklinikk. Pasientene vil dermed oppleve en lengre reisevei. På den andre siden vil de framover være tilknyttet en tannklinikk som har åpen alle hverdager. Det vil også bli brukt betydelig færre arbeidstimer til reisetid for å forflytte seg mellom tannklinikkene, slik at mer arbeidstid kan brukes til pasientbehandling.

Tjongsfjord tannklinikk

Tjongsfjord tannklinikk har 236 pasienter under tilsyn og 1 behandlingsrom med en utnyttelsesgrad på 25 %. Klinikken er i snitt åpen 1 dag i uken, og er en ren ambuleringsklinikk uten fast ansatte. Avstand mellom Tjongsfjord tannklinikk og Ørnes tannklinikk er 51 km. Pasientene vil dermed oppleve en lengre reisevei. På den andre siden vil de framover være tilknyttet en tannklinikk som har åpen alle hverdager. Det vil også bli brukt betydelig færre arbeidstimer til reisetid for å forflytte seg mellom tannklinikkene, slik at mer arbeidstid kan brukes til pasientbehandling.

Vega tannklinikk

Vega tannklinikk har 251 pasienter under tilsyn og 1 behandlingsrom med en utnyttelsesgrad på 25 %. Klinikken er i snitt åpen 1 dag i uken, og tannhelsesekretær, tannpleier og tannlege ambulerer til klinikken fra Brønnøysund tannklinikk. Avstand mellom Vega tannklinikk og Brønnøysund tannklinikk er 50 km. Pasienter og ansatte (1 tannhelsesekretær i 20 % stilling) vil bli overflyttet til Brønnøysund tannklinikk. Pasientene vil dermed oppleve en lengre reisevei. På den andre siden vil de framover være tilknyttet en tannklinikk som har åpen alle hverdager. Det vil også bli brukt betydelig færre arbeidstimer til reisetid for å forflytte seg mellom tannklinikkene, slik at mer arbeidstid kan brukes til pasientbehandling.

Nordland fylkeskommune
8048 Bodø

post@nfk.no
www.nfk.no

