

1 Tannhelsetenestene

Tannhelsetenesta har 37 tannklinikkar i 34 av dei 36 kommunane i fylket og gir tannhelsetenester til klientell som er prioritert i tannhelsetenesteloven: Barn og ungdom 0-18 år, psykisk utviklingshemma, eldre og uføre i institusjon/heimesjukepleie og ungdom 19-20 år. I tillegg har rusmisbrukarar i institusjon, personar som på grunn av eit rusmiddelproblem mottar tenester etter sosialtenesteloven og personar under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) rett til frie tannhelsetenester. Klinikane gir også tilbod til vaksne, betalande klientell. Om lag 30 prosent av befolkninga i fylket var i 2013 brukarar av tannhelsetenesta.

1.1 Mål og hovudutfordringar for tannhelsesektoren

Regional delplan tannhelse, behandla av fylkestinget i 2013, gjer greie for sentrale utviklingstrekk, utfordringar og strategiske vegval for den offentlege tannhelsetenesta i fylket. Planen identifiserer strukturar og organisering som best kan sikre tannhelsetenesta eit kunnskaps- og kompetanseløft til beste for innbyggjarane. Fokuset i planarbeidet er behandlingsskvalitet og pasienttryggleik.

Demografiske endringar, urbanisering og auke mobilitet, teknologisk utvikling og spesialisering er utviklingskrefter som er premissgivande for den framtidige tannhelsetenesta i Møre og Romsdal. Større krav til kvalitet, kompetanse og pasientsikkerheit i en situasjon med rekrutteringsutfordringar og ustabil bemanning, er sentrale utfordringar for tannhelsetenesta fram mot 2025.

Innsatsen for dei prioriterte gruppene skal styrkast med vekt på:

- Kvalitet og pasientsikkerheit
- Robuste kompetansemiljø
- Ei berekraftig klinikkorganisering
- Folkehelsearbeid og samhandling med kommunane

Planen definerer eit normtall på minimum 1000 pasientar i gruppene A og C under tilsyn pr. tannlege og tannpleiar.

Hovudmål for tannhelsetenesta

- Vi skal medverke til å oppretthalde livslang god tannhelse gjennom søkjelys på god kvalitet og pasienttryggleik i tannhelsetenesta.
- Vi skal bygge attraktive fagmiljø med høg fagleg standard og utviklingsmoglegheiter for å vere konkurransedyktige i kampen om riktig kompetanse.
- Vi skal sikre tilgjenge til kvalitativt gode og stabile tannhelsetenester innafor ei rimeleg reiseavstand.
- Vi skal samarbeide med andre delar av helsetenesta, utvikle gode løysingar for kompetansebygging lokalt som sikrar dei mål som er sett for folkehelsearbeidet i tannhelsetenesta.

Resultatmål – kvalitet og pasientsikkerheit

- Kontinuerlig kvalitetsforbetring gjennom strategisk kompetanseplanlegging,
- utarbeiding av distriktsvise kompetanseplanar og systematisk leiar- og medarbeidarutvikling.
- Gi faglege råd og gjennomføre tiltak med utgangspunkt i pasientane sine individuelle behov og føresetnader.

- Henvise pasientar til spesialister eller til tannleger med spesialkompetanse når det er nødvendig og til riktig tid.
- Innføre brukarundersøkingar for å evaluere måloppnåing. Ta i bruk nytt avviks- og forbedringssystem for å dokumentere og synleggjere kvalitet i tannhelsetenesta.
- Evaluere og fornye måltal for talet på pasientar under tilsyn ved rullering av regional delplan tannhelse kvart 4. år.

Resultatmål – kompetanse

- Fagleg oppdatering og vidareutvikling av medarbeidarane gjennom fylkeskommunen sine verktøy for kompetansestyring.
- Stabilisere bemanninga gjennom tilpassa verkemiddel for rekruttering og introduksjon.
- Optimalisere bemanninga og styrke den førebyggjande verksemda ved å auke talet på tannpleiarar.
- Initiere internutdanning på VG3-nivå for å sikre tilgang på tannhelsesekretærar
- Skape ein lærande organisasjon gjennom t.d. å etablere faglege møteplassar/nettverk og ta i bruk e-læringsprogram.
- Vidareutvikle samarbeidet med Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Midt-Norge (TkMN) om kompetanseutvikling og rekruttering av spesialistar og tannlegar med spesialkompetanse.
- Kontinuerleg ta i bruk ny teknologi og nye forskingsbaserte behandlingsmetodar.

Resultatmål – struktur og tenestetilbod

- Forme ei klinikkorganisering som gir dei prioriterte gruppene eit fagleg godt og likeverdig tannhelsetilbod innanfor ein akseptabel reiseavstand.
- Gi eit behandlingstilbod som tek omsyn til demografiske endringar/forventa folketalsvekst og kommunikasjonstilhøve i ulike delar av fylket.
- Alle klinikkeiningar skal tilfredsstillende prinsipp og lovkrav om universell utforming og sikre tilgjenge for funksjonshemma.
- Endringar i klinikkorganisering skal vere basert på faglege, økonomiske og samfunnsmessige vurderingar i samband årleg rullering av økonomiplanen.
- Auke talet på pasientar under tilsyn per behandlar til minimum 1000 pasientar innan 2025 i dei områda der dette er oppnåeleg. I distrikta kan pasienttalet aukast med betalande klientell.
- Bygge spesialist- og spesialkompetanse på 4-5 kompetanseklinikkar. Desse skal dekke heile fylket og vere lokalisert i nærleiken av større sentra.

Resultatmål – folkehelse og samhandling

- Årleg kontaktmøte mellom fylkestannlegen og overtannlegane for å identifisere satsingsområde for det førebyggjande arbeidet.
- Alle klinikkar skal årleg utarbeide ein plan for folkehelsearbeidet som evaluerast i årsmeldinga.
- Årlege kontaktmøte mellom fylkestannlegen og helsetilsynet.
- Revisjon av "Strategiplan for folkehelsearbeidet i tannhelsetenesta" med auka fokus på eksterne samarbeidspartnarar innan 2015.
- Revidere samarbeidsavtalane med kommunane om det førebyggjande tannhelsearbeidet innan utgangen av 2014.
- Samarbeid med kommunane om etablering av undersøkingsrom og enkle behandlingseiningar knytt til kommunehelsetenesta/lokalmedisinske sentra.
- Etablere ei ordning med tilsynstannpleiarar knytt til kommunehelsetenesta/ lokalmedisinske sentra.
- Auke fokuset på tannhelse blant eldre gjennom kompetansehevande tiltak for kommunalt helse-/omsorgspersonell.
- Gjennom målretta informasjon nå heile befolkninga med tannhelsefremmande kunnskap.

Styringsmål på dekningsgrad – tilsyn og behandling

Regional delplan tannhelse (RDT) opererer med måltal for dekningsgrad i planperioden. Dekningsgraden er eit uttrykk for kor mange av dei som har rettar etter tannhelselova som er under tilsyn og behandling. (Med pasientar under tilsyn og behandling reknast undersøkte og behandla pasientar, inkl. planlagt ikkje innkalla, samt etterslep, dvs. pasientar som har fått ny, men forseinka innkalling.) Helsedirektoratet krev no rapportar på 3-årlege periodar, mot tidlegare årlege periodar. Dette inneber i praksis at dekningsgraden må justerast opp frå tidlegare.

Befolkningsgrupper	Re-sultat 2013	Måltal i økonomiplan-perioden 2015-18* (jf. RDT)	Måltal i tannhelseplan 2004-2007
a) Barn og ungdom 1-18 år	96%	97%	93%
b) Psykisk utviklingshemma over 18 år	96%	95%	90%
C1) Eldre og uføre i institusjon	83%	90%	85%
C2) Eldre og uføre i heimesjukepleie	70%	65%	55%
d) Ungdom 19-20 år	70%	70%	60%

*100% dekningsgrad er ikkje realistisk då nokon takkar nei til tilbodet frå den offentlege tannhelsetenesta.

1.2. Framlegg til økonomiplan for fylkestingsramme D09 Tannhelsetenestene

Tannhelsesektoren har fått tildelt flg. driftsrammer for økonomiplanperioden 2015-2018:

Tabellen endres senere av grs

	Netto driftsutgifter				
	Heile 1.000 kroner				
	2015	2016	2017	2018	Sum 2015-2018
50Fylkestannlegen	3803	3803	3803	3803	15212
51Tannhelsetenester	115513	116316	116716	116716	465661
D09Tannhelsetenester	119316	120119	120519	120519	480473

* forslag jfr T 46-12

Frå 2015:

- Budsjettet til tannhelse vart i 2014 styrka med 200 000 kroner til dekning av auka utgifter til rus- og LAR-pasientar. For 2015-2017 er styrkinga trappa opp til høvesvis 300 000 kroner, 400 000 kroner og 500 000 kroner.
- Ramma vart for 2014 styrka med styrka med 0,9 mill. kroner for å dekkje auka kostnader ved dei nye gruppene med gratis tannbehandling (E3 og E4). For åra 2015-2017 er styrkinga gradvis trappa opp med høvesvis 1,2 mill. kroner, 1,5 mill. kroner og 1,8 mill. kroner

Frå 2016:

- I 2015 ligg det inne eit siste trekk på 0,42 mill. kroner i inndekning av underskott frå 2011. Ettersom dette trekket fell vekk frå 2016, er ramma høgda tilsvarande.

- Budsjettet til tannhelse vart i 2014 styrka med 200 000 kroner til dekning av auka utgifter til rus- og LAR-pasientar. For 2016 er styrkinga trappa opp til 400 000 kroner.
- Ramma vart for 2014 styrka med styrka med 0,9 mill. kroner for å dekkje auka kostnader ved dei nye gruppene med gratis tannbehandling (E3 og E4). For 2016 er styrkinga trappa opp til 1,5 mill. kroner.

Frå 2017:

- Budsjettet til tannhelse vart i 2014 styrka med 200 000 kroner til dekning av auka utgifter til rus- og LAR-pasientar. For 2017 er styrkinga trappa opp til 500 000 kroner.
- Ramma vart for 2014 styrka med styrka med 0,9 mill. kroner for å dekkje auka kostnader ved dei nye gruppene med gratis tannbehandling (E3 og E4). For 2017 er styrkinga trappa opp til 1,8 mill. kroner

1.3 Prioriterte område

1.3.1 Endra behandlingsbehov

Faktorar som sjukdomsbildet, demografisk utvikling, nye samfunnstrendar, ny teknologi og konkurranse om attraktiv arbeidskraft legg premissane for prioriteringane i planperioden. St.melding nr. 35 (2006-2007) "Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning" er førande for planlegginga av framtidige tannhelstenester og vektlegg kvalitet, kompetanse, tilgjenge, folkehelsperspektiv og sosial utjamning. Regional delplan Tannhelse speglar desse houdutfordringane. Stortingsmeldinga inneheld fleire forslag, mellom anna om regionalpolitiske tiltak, styrking av forvaltningsnivået, folkehelsearbeidet, kunnskapsoppbygging, utdannings- og personelltiltak og offentleg finansiering av tannhelsetenester til nye grupper. Dagens tannhelsetenestelov tok til å gjelde 1. januar 1984, og det er behov for ein omfattande gjennomgang og revisjon av lova. Ei ny lov om tannhelsetenesta vil vere ei nødvendig oppfølging av stortingsmeldinga og vil venteleg ligge føre i økonomiplanperioden.

Den odontologiske kvardagen har endra seg dei siste 15-20 åra. Parallelt med at tannhelsetilstanden i befolkninga har blitt betydeleg betre dei siste 40 åra, har vi ei forskyving av behandlingsbehov hos ulike pasientgrupper som er omfatta av tannhelsetenestelova. Vi har aldri hatt så litt karies hos barn som no. Seksti prosent av barn frå 0 til 18 år har ikkje behov for operativ tannbehandling i Møre og Romsdal, og innkallingsintervalla er basert på individuelle vurderingar. På sikt vil dei aller fleste barna klare seg med ei innkalling til tannlege eller tannpleiar kvart andre år. Ei lita gruppe barn treng framleis tett oppfølging og mange tannlegebesøk. Ei viktig gruppe er ungdom som fyller 19 og 20 i behandlingsåret. Ungdommane i denne gruppa er i ei fase i livet kor dei ofte utsett tannlegebesøket pga. utdanning og stram økonomi.

Den eldre delen av befolkninga blir stadig meir medisinsk kompliserte å behandle. Behandlinga tar lenger tid og krev ofte ein annan kompetanse hos tannhelsepersonellet enn behandling av yngre pasientar. Dei eldre beheld også sine egne tenner lenger i livsløpet, ofte livet ut. Ressursane må derfor kanaliseras til dei pasientane som treng det mest, og dei treng ofte behandling som er meir spissa kompetansemessig.

1.3.2 Førebygging og samhandling

Det er dei same faktorane som gir god generelle helse som gir god tannhelse, og regional delplan vektlegg å vidareutvikle den offentlege tannhelsetenesta si rolle i samhandling på tvers av forvaltningsnivå og tenestegrenser i det førebyggjande og folkehelsefremmande arbeidet.

I satsinga på meir førebygging er det nødvendig for tannhelsepersonellet å etablere gode og varige alliansar og eit fast og systematisk samarbeid med andre faggrupper, primært i kommunehelsetenesta, som helsesøstre, førskulelærarar, pleie- og omsorgspersonell m.fl. Tannhelsetenesta har eit "følgje med- ansvar" for tannhelsa til befolkninga og skal tilby opplæring og rettleiing av helsepersonell i kommunane slik at desse også kan ivareta tannhelsa til eldre, langtidssjuka og uføre i institusjon/heimesjukepleie, psykisk utviklingshemma og rusmisbrukarar på best mogleg måte.

Tannhelsetenesta har over fleire år jobba målretta med å etablere og utvikle samarbeidsrutinar og avklare ansvarsforholda mellom tannhelsetenesta og kommunenivået. Dette arbeidet skal styrkast i perioden (jf. pkt. 1.5.4).

Verkeområdet for folkehelsekoordinatorstillinga ved fylkestannlegens kontor er ytterlegare definert og innarbeidd i regional delplan. Saman med folkehelsekontaktane i distrikta er stillinga drivkrafta i satsinga på det helsefremmande og førebyggjande arbeidet som skal skje i samråd med kommunane.

1.3.3 Behandling av rusmisbrukarar

I 2005 fekk misbrukarar i rusinstitusjonar rett til frie tannhelsetenester etter tannhelsetenestelova. I 2006 kom ei ny gruppe til, personar som på grunn av eit rusmiddelproblem mottar tenester etter sosialtenestelova. I 2008 fekk personar under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) rett til frie tannhelsetenester. Det er føresett at fylkeskommunane skal sørge for tannhelsetilbodet.

Staten finansierer tannhelsetilbodet til rusmisbrukarar ved rammetilskot til fylkeskommunane. Desse rammene legg til grunn at brukarane blir gitt "nødvendig tannhelsehjelp." Vi opplever stadig oftare at brukarane og tannlegane stiller krav om ei "optimal" behandling, særleg gjeld dette protetisk arbeid, dvs. erstatning av tapte tenner. Rammene opnar ikkje for å gi ei så omfattande og kostbar tannbehandling, og fylkeskommunen må dimensjonere og tilpasse sitt tannhelsetilbod innanfor dei økonomiske rammene.

Det er krevjande å gi eit godt tannhelsetilbod til desse gruppene rusmisbrukarar. Vi har eit godt samarbeid mellom private og offentlege klinikkar, og i fleire distrikt er det gjort avtalar med privatpraktiserande tannlegar om behandling av rusmisbrukarar. Dette er ei ordning som fungerer tilfredstillande, men som er kostbar og tid- og ressurskrevjande.

Fylkestannlegen vil disponere 2,5 mill. kroner av ramma i 2014 for å møte tenestebehovet for denne gruppa. Basert på empiri forventar vi 10 prosent auke i behovet årleg i økonomiplanperioden, jf. opptrapping av budsjettmidlar avsett til dette formålet.

1.3.4 Bemanning og rekruttering

Rammene som er skissert i økonomiplan 2015 – 2018 gjer det nødvendig å halde behandlarårsverk vakante. Kva stillingar som må haldast ledige blir vurdert i forhold til kor ajour klinikkane er med det prioriterte klientellet og kva kandidatar som er tilgjengelege i arbeidsmarknaden. Vakanseperiodar har ei positiv innverknad på lønnsbudsjettet, men negative konsekvensar for behandlingstilbodet.

Det er relativt stor turn-over og mobilitet i tannlegestillingar og vi slit med å rekruttere til stabilitet. Det er vanskar med å finne dei rette kandidatane til stillingane, spesielt til ett-teamssklingkar. Den desentrale klinikkstrukturen i fylket, med mange små klinikkeiningar sett ekstra krav til våre tilsette med omsyn til kommunikasjonsevne og gode

samarbeidseigenskaper. Nær halvparten av søkerane til ledige stillingar i 2014 manglar autorisasjon og vil måtte arbeide under tett fagleg oppfølging og rettleiing frå annan tannlege. Desse vil i realiteten ikkje kunne tilsettast på dei minste klinikkane. Det er mange utanlandske søkarar med liten klinisk praksis frå Norge. Autorisasjon i seg sjølv gjer ikkje kandidatane kvalifiserte til tannlegestillingane. Tannlegane må kunne fungere i ein praktisk klinisk kvardag i eit kollegialt fellesskap.

Vi opplever no rekrutteringsutfordringar også knytt til eit generasjonsskifte blant tannhelsesekretærane. Fylkestannlegen har i samarbeid med utdanningsavdelinga hausten 2014 igangsett vaksenopplæring for å betre tilgangen. Tannpleiarar synest også etterkvart vanskeleg å rekruttere.

Auka moglegheiter for å bemanne fleire stillingar som følgje av rammeauke i 2014, situasjonen med høg turn-over og rekrutteringsutfordringar blant tannhelsesekretærer og tannpleiarar medfører at vi må utlyse og tilsette oftare. Våren 2014 er det gjennomført 26 tilsettingssaker, noko som gir stort press på dei administrative ressursane i tannhelsetenesta.

Den krevjande rekrutteringssituasjonen vil vere premissgivande for organisatoriske og strukturelle tiltak i tråd med målsettingane i regional delplan. Ein må t.d. vurdere alternativ organisering av drifta på enkelte klinikkar, med dialog med kommunane om alternative behandlingslokaltetar gjerne i tilknytning til lokalmedisinske sentra/sjukeheimar.

1.3.5 Klinikktbetringar

Sidan 2002 er det bygd 11 nye tannklinikkar og 12 klinikkar er oppgraderte. Bakgrunnen for denne satsinga er at mange av klinikkane vart etablerte i 1970- og 1980-åra og at dei ikkje lenger fyller dagens standardkrav.

Alle tannklinikane er i leigde lokale, og nødvendige bygningsmessige tilpassingar for å betre tilhøva har medført høgare husleige som tannhelsetenesta har måtte dekkje ved omdisponeringar innanfor driftsbudsjettet

Byggje- og vedlikehaldsseksjonen kartlegg no det samla oppgraderingsbehovet i samband med oppfølging av Regional delplan. Arbeidet vil munne ut i ein utviklingsplan for tannklinikane som vil vere premissgivande for neste økonomiplan 2016-2019.

1.3.6 Kompetanseutvikling

Den offentlege tannhelsetenesta gir eit tenestetilbod som krev høg og spesialisert kompetanse, og det er svært viktig at tilhøva leggast til rette for at alle tilsette kan vedlikehalde og vidareutvikle sin kompetanse i takt med den faglege utviklinga innanfor tannhelsefaget. **Kompetanseutvikling, fagleg innovasjon og ny teknologi kan bli våre beste kort i kampen om å rekruttere og stabilisere dyktige medarbeidarar.**

Vi skal arbeide med kompetanseutvikling gjennom å styrke fagmiljøa. Å sørge for nødvendig dekning av tannlegespesialistar i fylket er ei oppgåve som ligg til fylkestannlegen. Vi har etablert stipendordningar og deltidsstillingar for tannlegar under spesialistutdanning. Dette er eit viktig bidrag til det nettverkssamarbeidet vi er iferd med å bygge opp gjennom Tannhelsetenesta sitt kompetansesenter for Midt-Norge.

Vi har utvikla spesialkompetanse på laserstøtta tannbehandling som eit prøveprosjekt med lasereiningar i både Molde og Ålesund. Positive effektar er at fleire pasientar unngår

å måtte leggest i narkose og at vi frigjer narkosekapasitet ved tannbehandling på sjukehusa.

Vi har tilsett spesialist i kjeveortopedi og spesialist i oral kirurgi og oral medisin. Tenestene kjem heile tannhelsetenesta til gode i tillegg til at den private tannhelsetenesta kan kjøpe teneste av oss.

Den norske tannlegeforening har innført eit krav for sine medlemmer om obligatorisk etterutdanning på 150 timer fordelt på 5 år. Dette har ein prislapp på 650 000 kroner pr. år. Dette vil måtte vidareførast også i denne økonomiplanperioden.

I sak T-37/09 (U-70/09 A) vedtok fylkestinget prinsippa for finansiering av Tannhelsetenesta sitt kompetansesenter for Midt-Norge. Senteret er organisert som eit IKS, og dagleg leiar er nyleg tilsett av styret. Dei tre deltakande fylkeskommunane har kvar ein eigardel på 1/3 i selskapet. Møre og Romsdal sin del er på **565 192 kroner**. Beløpet blir indeksregulert kvart år.

Ein del pasientar har odontofobi eller tannlegeskrekk. Desse, saman med personar som har sjeldne medisinske tilstandar, ønskjer vi å gi eit betre tilbod gjennom å byggje spesialkompetanse. Vi har etablert ei faggruppe som er rådgivande. I denne gruppa, som vi kallar TOO (Tortur, Overgrep og Odontofobi), sit psykolog, tannlege, tannhelsesekretær og konsulent. Arbeidet skjer i samråd og samarbeid med TkMN (tannhelsetenesta sitt kompetansesenter i Midt-Norge) og Helsedirektoratet.

1.3.7 IT-utbygging

Utbygginga av elektronisk administrativt tannlegeprogram, digital røntgen og betalingsterminalar er gjennomført på alle klinikkane. Nye teknologiske utfordringar og moglegheiter ligg og ventar. For å utvikle faglege nettverk og styrke fagmiljøet, vil vi m.a. vurdere videokonferansar etterkvart som dei tekniske løysingane blir mindre kostbare. Det vil kunne bidra til å halde på unge tannlegar også ute i distrikta ved at dei kan søkje faglege råd og drøfte kasus med kollegaer meir effektivt enn i dag.

I starten av 2011 kom Nasjonalt Helsenett på plass. Vi veit framleis lite om kva driftsmessige utfordringar helsenettet vil kunne få, og det kan det bli nødvendig med nye prosjektinitiativ. Dette er eit nytt system som tannhelsetenesta ikkje har erfaring med så langt, og det er usikkert om driftskostnadane i perioden vil bli påverka. Det er spesielt samhandlingsdelen vi enno ikkje kjenner dei økonomiske konsekvensane av.

1.3.8 ESA-dommen

Vi veit enno ikkje i detalj kva følgjer ESA-pålegget om separate rekneskapssystem i den offentlege tannhelsetenesta vil innebere. I skrivande stund ligg det ikkje føre endeleg forskrift som regulerer korleis denne utfordringa skal handterast. Mykje tyder på at fylkeskommunen innan 1. januar 2015 får plikt til å føre tre separate rekneskap for å forhindre ei eventuell krysssubsidiering. Dette inneber rekneskap for fritt klientell, rekneskap for betalande klientell i område der det er konkurranse i vaksenpasientmarknaden og rekneskap for betalande klientell der det ikkje er konkurranse. Dette vil føre til meir byråkrati og ekstra belastning på ein liten administrasjon.

1.3.9 Takstar for betalande klientell og eigendel for skyssutgifter

Fylkestinget fastset takstar for Den offentlege tannhelsetenesta som ledd i budsjettbehandlinga. Etter prisauken pr. 1.1.2014 ligg Møre og Romsdal fylkeskommune

på landsgjennomsnittet i timepris og for undersøking. Takstane bør derfor justerast frå 1.1.2015 med 10 prosent.

Utgiftene til dekking av skyss for prioritert klientell er tredobla på 10 år, medan pasienten sin eigendel på 250 kroner har stått uendra sidan 1993. Med verknad frå 1.1.2015 vil eigendelen derfor bli auka til 550 kroner.

Organisasjonsutvikling

Fylkestannlegens rammer gir lite rom for organisasjonsutviklings tiltak. Vår desentraliserte tenestestruktur, som er i kontinuerlig omstilling som følgje av høg turn-over, har stor nytte av årlege leiarsamlingar. Vi ser den store verdiane som ligg i å utvikle ein inkluderande bedriftskultur for å løyse ut plussferdigheiter hos medarbeidarane. Det er derfor foreslått satt av 250 000 kroner til organisasjonsutvikling i planperioden.

Stipend kjeveortoped på Nordmøre

I løpet av kort tid vil den einaste kjeveortopeden på Nordmøre gå av med pensjon og fylkeskommunen har inngått ei intensjonsavtale om overtaking av spesialistpraksisen i Kristiansund. Vi ynskjer i samarbeid med TkMN å lyse ut stipend for å stimulere tannlegar som ynskjer å etablere seg på Nordmøre til å søkje opptak til spesialistutdanning i kjeveortopedi. Dette kan vise seg å vere eit nødvendig tiltak for å rekruttere spesialist i området. Marknaden for kjeveortopedar i Norge er svært pressa. Vi har derfor satt av 0,5 mill. kroner til stipend for kjeveortoped på Nordmøre i 2015.

Implantat ved tannlaus underkjeve – "Hildur Prosjektet

Regjeringa har vald å omprioritere innanfor rammene for tannhelse og gi støtte til personar som manglar tenner i underkjeven og som ikkje kan bere protesar. Desse pasientane får tilbod om å få 2 implantatoperasjonar for feste av dekkprotese. Det er gode grunner for at det same tilbodet bør gjevast til fritt klientell som høyrer inn under tannhelsetenestelova. Dette krev at vi må vidareutvikle fagkompetanse på området implantologi. Vi foreslår å sette av 0,5 mill. kroner til dette tiltaket i 2015, og kjem ev. tilbake til ytterlegare avsetnad til tiltaket ved neste rullering av økonomiplanen.

2. INVESTERINGAR

Investeringsbudsjett i økonomiplanperioden 2015-2018:

	I million kroner				Sum 2015-2018
	2015	2016	2017	2018	
Produksjonsutstyr	2,0	2,0	2,0	2,0	8,0
Nye/opprusting av klinikkar	3,0	3,0	3,0	3,0	12,0
Investering kompetanseklinikkar	1,0	23,0	27,0	16,0	67,0
Sum tannhelse	6,0	28,0	32,0	21,0	87,0

Tannhelsetenesta har behov for investeringar på to område i økonomiplanperioden:

- Operativt tannlegeutstyr og OPG-røntgen ved dei store klinikkane. Vi ser også at det kan bli nødvendig med ei omlegging frå sensorsystem til fosforplatesystem.
- Nye tannklinikkar/opprusting av eksisterande klinikkar

2.1 Tannlegeutstyr

Vi foreslår vidareføring av investeringar i tannlegeutstyr på det nivået som ligg inne i vedtatt økonomiplan, med 2,0 mill. kroner årleg. Ein oversikt over operasjonsstolar viser at ca. 45 har vore i drift i 10 år eller meir. Dette utgjer nesten 50 % av alle stolane. Ein unit kostar ca. 200.000 kroner i innkjøp. Vi har årlige servisar på alle operasjonsstolane og dette aukar levetida. Vi ser for oss at alle dei 45 stolane vert utskifta etter behov dei neste 10 åra. Kostnad: Ca. 1 mill. kroner pr. år.

Det er no 7 år sidan digitalt røntgen blei innført i Møre og Romsdal. Vi må derfor rekne med utskifting av system og utstyr i tida som kjem. Utskifting må skje enten gjennom nye digitale sensorar eller overgang til fosforplatesystem. Kostnadane vil utgjere ca. 100.000 kroner pr. klinikk. Dagens klinikkstruktur gir ein samla kostnad på ca. 3,7 mill. kroner.

Vi har i 2012 investert i OPG med kefalometri (røntgen) i Molde og skal i løpet av året investere i OPG i Ålesund og Kristiansund. Andre, større klinikkar kan bli aktuelle etter kvart.

4.2 Nye tannklinikkar/opprusting av eksisterande klinikkar

HMS-rapportane viser at det framleis er offentlege tannklinikkar, etablerte i 1970- og 1980-åra, som har behov for standardheving, særleg med tanke på betring av inneklima.

Ein vil i 2015 arbeide med å følgje opp kartlegging av tilstanden til tannklinikane. Det ligg føre planer for ny klinikk i Elnesvågen i 2015 og ny kompetanseklinikk i Ålesund 2018/19.

Som ledd i oppfølginga av Regional delplan tannhelse ønskjer fylkestannlegen å erstatte nemninga tannhelsedistrikt med kompetanseregionar. Planen er å utvikle fire kompetanseregionar i fylket (Kristiansund, Molde, Ålesund og Eiksund). Modellen inneber ein kompetansetung sentralklinikk i kvar kompetanseregion som skal sikre regionen stabilitet og akuttberedskap også i periodar med vakansar på dei mindre klinikkane.

Endringar i klinikkstruktur og eventuell omorganiseringar av enkelte klinikkar vil bli tatt opp i økonomiplansamanheng.