

1. INNLEIING

1.1 Tannhelsetilbodet

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 2014 brukarar av tannhelsetenesta.

Dagens tannhelsetenestelov tok til å gjelde 1. januar 1984, og det er behov for ein omfattande gjennomgang og revisjon av lova. Stortingsmelding nr. 14 (2014-2015) om kommunereforma vil, eller kan få, betydning og endre premissane for ansvarsnivå i den offentlege tannhelsetenesta. Dette vil sannsynlegvis ikkje få konsekvensar i kommande økonomiplanperiode.

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

Demografiske endringar, urbanisering og auke mobilitet i arbeidsmarknaden, 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 rekrutterings utfordringar 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

1.3 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 innfor 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.

1.3.1 Resultatmål – kvalitet og pasientsikkerheit

- Kontinuerlig kvalitetsforbetring gjennom strategisk kompetanseplanlegging, utarbeiding av distriktvis kompetanseplanar og systematisk leiar- og medarbeidarutvikling.
- Gi faglege råd og gjennomføre tiltak med utgangpunkt i pasientane sine individuelle behov og føresetnader.
- Henvise pasientar til spesialistar eller til tannlegar med spesialkompetanse når det er nødvendig og til riktig tid.
- Innføre brukarundersøkingar for å evaluere måloppnåing. Ta i bruk nytt avviks- og forbetringssystem 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.

1.3.2 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 tannhelsesekretærer.
- 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.

1.3.3 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 tilfredsstillе 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 kompetanseklínikkar. Desse skal dekke heile fylket og vere lokalisert i nærleiken av større sentra.

1.3.4 Resultatmål – folkehelse og samhandling

- Årleg kontaktmøte mellom fylkestannlegen og overtannlegane for å identifisere satsingsområde for det førebyggjande arbeidet.
- Alle klínikkar 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.
- Revidere samarbeidsavtalane med kommunane om det førebyggjande tannhelsearbeidet innan utgangen av 2015.
- 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.

1.3.5 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.

Pasientgrupper (a-d)	Resultat					Styringsmål for perioden*				
	2014		2016		2017		2018		2019	
	%		%		%		%		%	
a) Barn og ungdom 1-18 år	97%		97		97		97		97	
b) Psykisk utviklingshemma over 18 år	95%		95		95		95		95	
c1) Eldre og uføre i institusjon	83%		90		90		90		90	
c2) Eldre og uføre i heimesjukepleie	70%		65		65		65		65	
d) Ungdom 19-20 år	72%		70		70		70		70	

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

2. BUDSJETTRAMMER FOR TANNHELSESEKTOREN

Tannhelsesektoren har fått tildelt flg. driftsrammer for økonomiplanperioden 2016-2019:

	Netto driftsutgifter				
	Heile 1.000 kroner				
	2016	2017	2018	2019	Sum 2016-2019
50Fylkestannlegen	4205	4205	4205	4205	16820
51Tannhelsetenester	119708	120108	120108	120108	480032
D09Tannhelsetenester	123913	124313	124313	124313	496852

2.1 Prioriterte område

2.1.1 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 eigne 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.

2.1.2 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. 1.3.4).

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.

2.1.3 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. Dersom den offentlege tannhelsetenesta hadde hatt betre kapasitet og breiare kompetanse, hadde vi behandla fleire frå denne gruppa ved offentlege klinikkar.

I 2014 var det registrert 435 rusmisbrukarar som har rett på gratis tilsyn frå den offentlege tannhelsetenesta. Dette er ei auke på 74 personar frå 2013.

Fylkestannlegen må disponere 2,75 mill. kroner av ramma i 2016 for å møte tenestebehovet for denne gruppa. Basert på empiri forventar vi 10% budsjettauke årleg i økonomiplanperioden.

2.1.1 Bemanning og rekruttering

Tannhelsetenesta har med noverande desentraliserte struktur behov for 182 heile stillingar. Rammene som er skissert i økonomiplan 2016 – 2019 gjer det nødvendig å halde omlag 10 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.

Rekrutteringssituasjonen har betra seg dei siste åra som følgje av auke i talet på uteksaminerte tannlegar og ein meir open arbeidsmarknad i lys av den økonomiske krisa i Europa. Det er relativt stor turnover og mobilitet i tannlegestillingar og vi slit med å rekruttere til stabilitet. Halvparten av dei om lag 80 tannlegane som var tilsett i 2010 har slutta i den etterfølgjande 5-årsperioden.

Det er vanskar med å finne dei rette kandidatane til stillingane, spesielt til eitt-teamsklinikkar. Den desentrale klinikkstrukturen i fylket, med mange små klinikkeiningar sett ekstra krav til våre tilsette med omsyn til kommunikasjonsevne og gode samarbeidsegenskaper. Ein tredjedel av søkarane til ledige stillingar i 2015 manglar autorisasjon og vil, dersom dei blir tilsett, 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.

Den føreståande organiseringa i større kompetanseregionar har som mål å utnytte personalressursane meir fleksibelt. Med utgangspunkt i etablering av større kompetanseklinikkar kan vi sikre desentralisert drift på småklinikkane gjennom ambulerings- og turnusordningar.

Vi opplever no rekrutteringsutfordringar også knytt til eit generasjonsskifte blant tannhelsesekretærene. Fylkestannlegen har i eit samarbeidsprosjekt med utdanningsavdelinga igangsett tannhelsesekretærutdanning for elevar med vaksenrett. Våren 2015 er i overkant av 20 nye tannhelsesekretærar uteksaminert. Eit nytt kull er planlagt tatt inn hausten 2016. Også tannpleiarar synest etterkvart også vanskeleg å rekruttere.

I 2014 hadde vi ca. 10 tannlegar ute i svangerskapspermisjon, og den same tendensen kan vi forvente i åra framover. Ei ekstra utfordring i samband med tannlegar i fødselspermisjon er at denne yrkesgruppa har ei avlønning høgare enn refusjonsgrunnlaget, som tilsvarar 6 G. Det inneber at fylkeskommunen må dekke mellomlegget, som utgjer mellom 1 og 1,5 mill. kroner på årsbasis. I praksis har vi då eit tilsvarande beløp mindre til å dekke vikarlønn.

Auka moglegheiter for å bemanne fleire stillingar som følgje av rammeauke i 2015, situasjonen med høg turn-over og rekrutteringsutfordringar, medfører at vi må utlyse og tilsette oftare.

Første halvår 2015 er det gjennomført om lag 30 tilsettingssaker, noko som gir stort press på dei administrative ressursane i tannhelsetenesta. Med mange utlysingar, intervju, oppfølging og kvalitetssikring av nye kandidatar er dette eit tid- og ressurskrevjande arbeid. Fylkestannlegen har våren 2015 utarbeidd eit introduksjonsprogram for nye medarbeidarar som vil bli eit viktig bidrag til trivsel, trygghet, produktivitet og høg behandlingsskvalitet i tannhelsetenesta. God kvalitet i introduksjonsfasen er viktig for å få rask fagleg og sosial integrering av nye tilsette.

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, dialog med kommunane om alternative behandlingslokalitetar gjerne i tilknytning til lokalmedisinske sentra/sjukeheimar (jf. pkt. 1.3.3).

2.1.2 Klinikktutbetringar

Sidan 2002 er det bygd 11 nye tannklinikkar medan 15 klinikkar (inkl. Fiskåbygd, Batnfjord og Elnesvågen) 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 tannklinikkanne 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. I samråd med juridisk avdeling og innkjøpsseksjonen legg fylkestannlegen no premissar for oppfølging av leigeavtalar der utleigarar av klinikklokale blir pålagt å utarbeide vedlikehaldsplanar for klinikklokala. For nye klinikklokale blir det utarbeidd romprogram med kravspesifikasjon som kan nyttast av kommunane i planarbeidet.

Byggje- og vedlikehaldsseksjonen kartlegg no det samla oppgraderingsbehovet i samband med oppfølging av Regional delplan. Arbeidet vil munne ut i ein utviklingsplan for tannklinikkane som vil vere premissgivande for økonomiplanarbeidet framover.

2.1.3 Kompetanseutvikling

Den offentlege tannhelsetenesta gir eit tenestetilbod som krev høg og spesialisert kompetanse, og det er svært viktig at tilhøva leggjast til rette for at alle tilsette kan vedlikehalde og vidareutvikle sin kompetanse i takt med den faglege utviklinga innanfor tannhelsefaget. Fylkestannlegen har i 2012 utarbeidd strategisk kompetanseplan for etaten. Vi har i dag avgrensa handlingsrom når det gjeld utvikling av organisasjonen og leiarutvikling. Tiltak må i dag i all hovudsak finansierast gjennom eksterne OU-midlar etter søknad.

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 (TkMN). Forsking som er klinikknær vil også bli viktig i åra framover, både med tanke på kvalitet, pasienttryggleik og rekruttering.

Vi har utvikla spesialkompetanse på laserstøtta tannbehandling med lasereiningar i både Molde og Ålesund. Positive effektar er at fleire pasientar unngår å måtte leggast i narkose og at vi frigjer narkosekapasitet ved tannbehandling på sjukehusa.

Vi har dei siste åra 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 tenester 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 (TkMN). 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 kr 565 192 kroner (ny indeksregulert sum). 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. Siste året er det bygd opp eit fagleg nettverk med rådgivande faggruppe og fleire kompetanseteam for pasientar som har vore utsett for tortur, overgrep eller har odontofobi (TOO-prosjektet). Arbeidet skjer i samråd og samarbeid med TkMN og Helsedirektoratet.

2.1.6 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.

2.1.7 Takstar for betalande klientell og eigendel for skyssutgifter

Fylkestinget fastset takstar for den offentlege tannhelsetenesta som ledd i budsjettbehandlinga. Etter prisauken pr. 1.1.2015 ligg Møre og Romsdal fylkeskommune på landsgjennomsnittet i timepris og for undersøking. Takstane bør derfor justerast frå 1.1.2016 i samsvar med utviklinga i KPI.

2.1.8 Stipend kjeveortoped på Nordmøre: 0,5 mill. kroner

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. Marknaden for kjeveortopedar i Norge er svært pressa. Vi har ein tannlege under utdanning som er ferdig kjeveortoped 2018 med bindingstid. Ramma må styrkast med 0,5 mill. kroner i perioden 2016-2018.

3. INVESTERINGAR

Investeringsbudsjett i økonomiplanperioden 2016-2019:

	I million kroner				Sum 2016-2019
	2016	2017	2018	2019	
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 kompetanseklirikkar	10,0	10,0	20,0	20,0	60,0
Sum tannhelse	28,0	32,0	21,0	21,0	80,0

Tannhelsetenesta har behov for investeringar på tre 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
- Etablering av kompetanseklirikkar i kvar tannhelsekompetanseregion i fylket. Kompetanseregionane vil vere på plass som administrative einingar frå 1.1.2016.

3.1 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 servicar 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 8 år sidan digitalt røntgen vart 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 inneber ein samla kostnad på ca. 3,7 mill. kroner. Den vidare utskiftinga gjerast innanfor eksisterande rammer.

I 2013 investerte vi i OPG med kefalometri i Molde. Sidan det har vi investert i dette utstyret i Kristiansund, Averøy, Surnadal, Ålesund, Spjelkavik og Ørsta. Målet er at alle dei større klinikkane skal ha dette utstyret som er viktig for god oversiktsdiagnostisering.

3.2 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.

Som følgje av den vanskelege budsjettsituasjonen er oppgraderingar av følgjande klinikkar satt på vent til 2016-2019: Brattvåg, Aukra, Eidsvåg, Aure, Haramsøy, Sykkylven, Valderøy og Åndalsnes. Det ligg føre planer for ny kompetanseklinikk i Ålesund frå 2018/19. Åndalsnes kan og få ny klinikk lokalisert i det planlagte Helsesenteret i 2016/17. Nyrenovert klinikk i Elnesvågen opner i november 2015.

Fylkestannlegen vil erstatte nemninga tannhelsedistrikt med kompetanseregionar frå 1.1.2016 i samsvar med Regional delplan tannhelse og vedtatt økonomiplan 2015-2018. Planen er å utvikle fire kompetanseregionar i fylket (Kristiansund, Molde, Ålesund og Søre Sunnmøre). Modellen inneber ein kompetansetung sentralklinikk i kvar kompetanseregion som skal sikre regionen stabilitet og akuttberedskap også i periodar med vakansar på dei mindre klinikkane. (Jfr pkt 4)

Byggje- og vedlikehaldsseksjonen har kartlagt og analyserer no det samla behovet for oppgradering i samband med oppfølging av Regional delplan. Arbeidet vil munne ut i ein utviklingsplan for tannklinikkane som vil vere premissgivande for investeringsplanen i inneverande økonomiplanperiode.

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