

## TANNHELSE ØKONOMIPLAN 2012 - 2015

### 1. INNLEIING

#### 1.1 Tannhelsetilbodet

Tannhelsetenesta har 38 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 vaksent, betalande klientell. Om lag 30 prosent av befolkninga i fylket var i 2010 brukarar av tannhelsetenesta.

#### 1.2 St.meld. nr. 35 (2006-2007) om tannhelsetenesta

St.meld. nr. 35 (2006-2007) "Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester" vart vedtatt av Stortinget 7. mars 2008. Meldinga inneheld fleire forslag, mellom anna om regionalpolitiske tiltak, styrking av forvaltningsnivået, folkehelsearbeidet, kunnskapsoppbygging, utdannings- og personelltiltak og offentleg finansiering av tannhelsetenester til nye grupper.

Regjeringa opplyser at den vil kome tilbake til dei forslaga som vil gå ut over dagens budsjetttramme i samband med dei årlege, ordinære budsjettprosessane.

Dagens tannhelsetenestelov tok til å gjelde 1. januar 1984. Slik regjeringa vurderer det, er lova forelda. Det vil derfor vere behov for ein omfattande gjennomgang og revisjon av lova. Ei ny lov om tannhelsetenesta vil såleis vere ei nødvendig oppfølging av meldinga. Der er signal frå sentralt hald om inkludering av nye grupper med rett til tannbehandling og med fokus på sosial utjamning.

#### 1.3 Fylkestannhelseplanen

Fylkestinget vedtok 10. desember 2003 tannhelseplan for perioden 2004-2007. Kravet i tannhelsetenestelova om at fylkeskommunen skulle utarbeide ein tannhelseplan for heile befolkninga i fylket vart oppheva i 2002. Vi har likevel sett det som føremålstenleg framleis å ha ein tannhelseplan som ein styringsreiskap for drift og utvikling av tannhelsetenesta. Fylkestinget vedtok i samband med behandlinga av sak T-70/08 (U-113/08 A), Økonomiplan 2009-2012, med budsjett for 2009, å forlengje tannhelseplan 2003-2007 med to år fram til og med 2009. Dette i påvente av oppfølginga av stortingsmeldinga nr. 35 (2006-2007) og revisjonen av tannhelsetenestelova. Som følgje av skifte i stillingane som fylkestannlege og ass. fylkestannlege i 2009 vart ikkje arbeidet med ny tannhelseplan starta opp dette året.

Fylkestannlegen har no igangsett prosessen med **regional delplan tannhelse** (jf. sak U-100/11), som skal gjere greie for sentrale utviklingstrekk, utfordringar og strategiske vegval for den offentlege tannhelsetenesta i fylket. Planen skal identifisere strukturar og organisering som best kan sikre tannhelsetenesta eit kunnskaps- og kompetanseløft til beste for innbyggjarane. Den vidare organiseringa av planarbeidet og korleis medverknad skal sikrast, blir avklara gjennom eit eige planprogram som går ut på høyring i haust. Planprogrammet vil gi retningslinjer for prosessmedverknad og identifisere høyringsinstansar.

Saker vedkomande tannhelsesektoren som ville blitt drøfta og vedtatt i samband med behandlinga av ny tannhelseplan, vil derfor bli tatt opp i økonomiplansamanheng eller lagt fram til politisk behandling som enkeltsaker.

### 2. MÅL FOR SEKTOREN

Mål for tannhelsetenesta er nedfelt i tannhelseplanen 2004-2007:

#### 2.1 Hovudmål

- Alle i Møre og Romsdal skal ha kunnskap nok eller få hjelp til sjølve å kunne førebyggje sjukdom i munnen og ta ansvaret for eiga tannhelse
- Alle i Møre og Romsdal skal få nødvendig behandling for sjukdom i munnen, uavhengig av medisinske, geografiske og sosiale tilhøve
- Tannhelsetenesta i Møre og Romsdal skal ha høg kvalitet og tilfredsstillande kapasitet i alle geografiske område av fylket
- Tannhelsetenesta i Møre og Romsdal skal samarbeide med andre deler av helsetenesta med det mål at alle i fylket skal få det tannhelsetilbodet dei har krav på
- Styrking av fagkompetanse med spesial- og spesialistkompetanse for betre å kunne møte dei faglige utfordringane og ytterlegare styrke kvaliteten på tenesta

## 2.2 Hovedutfordringar for åra 2012-2015

- Styrke det helsefremjande og førebyggjande arbeidet gjennom samarbeid med andre delar av helsetenesta og integrere tannhelse i den generelle partnerskapen for folkehelse
- Rekruttere dei beste tannlegar og tannpleiarar og oppnå større stabilitet i stillingane
- Styrking av fagmiljøa gjennom kompetansebygging og bruk av ny og eigna teknologi for å tilby optimal og mest mogleg smertefrie behandling
- Styrke og kvalitetssikre tilbodet til alle dei frie gruppene
- Opprusting av klinikkar og utstyr

## 3. BUDSJETTRAMMER FOR TANNHELSESEKTOREN

Tannhelsesektoren har fått tildelt flg. driftsrammer for økonomiplanperioden 2012-2015:

		Netto driftsutgifter			
		Heile 1.000 kroner			
		2012	2013	2014	2015
50	Fylkestannlegen	2889	2889	2889	2889
51	Tannhelsetenester	98877	98377	99326	99326
D09	Tannhelsetenester	101766	101266	102215	102215

Investeringsbudsjett i økonomiplanperioden 2012-2015:

	I million kroner				Sum 2012-2015
	2012	2013	2014	2015	
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
Sum tannhelse	5,0	5,0	5,0	5,0	20,0

### 3.1 Konsekvensar av driftsrammene i økonomiplanperioden

Tannhelsetenesta har 170 stillingsheimlar. Med dei rammer som er gitt av fylkestinget, må om lag 15 årsverk eller 9 % av alle stillingane stå ledige av spareomsyn i økonomiplanperioden, slik det også har vore tilfellet dei siste åra. Stillingar må stå ledige for kortare eller lengre periodar med dei konsekvensar dette får for tannhelsetilbodet til befolkninga. Grunna rekrutteringsutfordringar i den offentlege tannhelsetenesta og høg turnover i tannlegestillingane, har det over eit lengre tidsrom til ein kvar tid vore fleire vakante stillingar. Det er klare indikasjonar på at rekrutteringssituasjonen er i ferd med å betre seg, m.a. som følgje av auke i talet på uteksaminerte tannlegar. Dette gir høve til å bemanne fleire stillingar, men stiller oss samtidig ovanfor den paradoksale situasjonen at det ikkje er budsjettrammer til å handtere ein ønska bemanningssituasjon. Denne situasjonen vil vere premissgivande for organisatoriske og strukturelle tiltak gjennom regional delplan for tannhelsetenesta (jf. pkt. 1.3).

Inkludering av nye grupper fritt klientell kan bli utfordrande i kommande periode. Det er sannsynleg at den nye tannhelselova vil komme i løpet av perioden, med fleire oppgåver for den offentlege tannhelsetenesta, m.a. friskhetsk kontroll for dei over 70 år og tannlegevaktorganisering.

### **3.2 Område som gir særlege økonomiske utfordringar for tannhelsetenesta**

#### **3.2.1 Husleige**

Sidan fylkestinget sitt vedtak i 2002 om framtidig klinikkstruktur, er det bygd 11 nye, moderne tannklinikkar og 10 klinikkar er oppgraderte og oppussa. Bakgrunnen for denne satsinga er at mange av klinikkane vart etablerte i 1970- og 1980-åra og ikkje lenger fyller nye standardkrav. Dette har gitt ein vesentleg auke i husleigeutgiftene. Berre for dei klinikkane som har flytta inn i nye lokale i perioden 2007-2009 utgjør den årlege auken ca. 1,5 mill. kroner. Særleg vart husleigeauken for klinikklokala i Molde og Kristiansund stor. I tillegg kjem auka driftsutgifter, m.a. til reinhald, på grunn av nye reinhaldskrav på tannklinikkar.

Eide tannklinikkk vil stå ferdig i starten av 2012. Her har vi ikkje hatt husleigeutgifter eller personal-kostnader på mange år. Husleigeutgift er stipulert til kr. 285.000.- og utgifter til tilsetning av tannlege, kr. 682.000.-. Vidare vil tannklinikken i Valldal vere klar for innflytting i utgangen av 2012/ byrjinga av 2013. Det er enno for tidleg å kostnadsberekne husleige her. Andre klinikkar som er aktuelle for oppgradering i løpet av perioden, er Brattvåg og Spjelkavik. Det er etter kvart også andre klinikkar som treng oppgradering.

#### **3.2.2 Rekruttering av tannlegar og tannpleiarar**

Sidan rekrutteringsproblema i tannhelsetenesta for alvor begynte å gjere seg gjeldande på midten av 1990-talet, har fylkeskommunen opplevd sviktande rekruttering til offentlege tannlegestillingar, med få eller ingen norske søkjarar. Sommaren 2011 kan innvarsle eit vendepunkt for rekrutteringsarbeidet. Vi har no søkjarar til dei fleste ledige stillingane. Situasjonen gir oss utfordringar, gjennom at det ikkje er budsjettammer til å handtere ein ønska bemanningssituasjon, ikkje minst sett frå kommunane sin synsstad.

Mange av tannlegane har etterkvart passert 62 år, og vi må sette i verk tiltak for å halde dei yrkesaktive. Seniortannlegane er stabile, dei har rutine og lokalkunnskap, som gjer at dei t.d. kan sette innkallingsintervalla slik at vi framleis kan nå måltala for tilsyn i samsvar med mål for tannhelsetenesta i Møre og Romsdal fylkeskommune.

Tannpleiarar synest etterkvart å vere like vanskeleg å rekruttere som tannlegar. St.melding 35 gir føring på 1 tannlege på 2-3 tannpleiarar. 1:3 er det forholdstalet som synest mest kostnadseffektivt. I Møre og Romsdal er forholdstalet i dag 1:5 mot 1:7 for få år sidan. Det synest vanskeleg å endre dagens forholdstal i den klinikkstrukturen som vart vidareført av fylkestinget i 2003.

#### **3.2.3 Tannhelsetenesta sitt kompetansesenter i Midt-Norge**

I sak T-37/09 (U-70/09 A) vedtok fylkestinget prinsippa for 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. Kvar av deltakarane skal årleg betale inn kr 500.000 til drifts- og utviklingsformål. Dette er nye årlege kostnader for tannhelsetenesta frå og med 2010.

Den norske tannlegeforening har innført eit obligatorisk krav for sine medlemmer om obligatorisk etterutdanning på 150 timer fordelt på 5 år. Dette har ein prislapp på kr 650.000.- pr år.

#### **3.2.4 Behandling av rusmisbrukarar**

Staten finansierer tannhelsetilbodet til rusmisbrukarar ved auka rammetilskot til fylkeskommunane. Desse rammene legg til grunn at brukarane blir gitt "nødvendig tannhelsehjelp."

Det har vore ein sterk auke i utgiftene til behandling av rusmisbrukarar dei siste to åra. Dei statlege løyvingane vil såleis ikkje lenger dekkje dei faktiske behandlingkostnadane, til tross for auka statlege løyving med kr 500 000.- i 2010. Vi har etter rammene omlag kr. 4000.- pr. rusmisbrukar. Dette er lite, med tanke på at personar i denne gruppa ofte har eit stort behandlingsbehov etter mange år med forsømt helse.

Vi opplever stadig oftare at brukarane og tannlegane stiller krav om ei "optimal" behandling, særleg gjelder dette protetiske arbeid, dvs. erstatning av tapte tenner. Dei statlege rammene opnar ikkje for å gi ei så omfattande og kostbar tannbehandling som brukarane ofte ønskjer eller krev. Vi legg derfor til grunn at fylkeskommunen må dimensjonere og tilpasse sitt tannhelsetilbod innanfor dei statlege økonomiske rammene. Dagleg må fylkestannlegen fagleg vurdere kva som er nødvendig behandling i enkeltsaker. Dette er ofte krevjande vurderingar og kan bety mykje for den enkelte pasient.

### 3.3 Satsingsområde i økonomiplanperioden

I tannhelseplana vart det lagt opp til ei auka satsing på to grupper prioritert klientell, eldre og uføre i institusjon/heimesjukepleie og barn. Dette har blitt følgt opp ved at arbeidet i tannhelsetenesta har vore prega av ei fornya satsing på helsefremjande og førebyggjande arbeid. Denne satsinga skal bidra til betre helse gjennom å betre tannhelsa, og måla er betre tannhelse blant barn, eldre og uføre. Ei anna 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.

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 vil arbeide med å etablere ei faggruppe som kan være rådgivande.

Folkehelsekoordinator er no ei fast stilling i 60%. Verkeområdet for denne stillinga vil bli ytterlegare definert og innarbeidd i regional delplan (jf. pkt. 1.3), og skal, saman med folkehelsekontaktane i distrikta og i kommunane vere drivkrafta i satsinga på det helsefremmande og førebyggjande arbeidet. Førebyggjande arbeid er eit hovudmål i Lov om tannhelsetenesta. Meir førebygging gir mindre behandling.

I St.meld. nr. 35 (2006-2007) heiter det at regjeringa vil styrke tannhelse som del av folkehelsearbeidet, og sørgje for at dette blir integrert i den generelle partnerskap for folkehelse i fylkeskommunar og kommunar. Det er viktig at tannhelsetenesta sitt potensial som deltakar i det generelle folkehelsearbeidet blir utnytta optimalt og vidareutvikla. Det er dei same faktorane som gir god generelle helsa som gir god tannhelsa.

I lys av desse utfordringane må det sikrast at tannhelsetenesta inngår eit strategisk samarbeid med andre aktørar. Ein viktige samarbeidspartnar er kommunane, med helsestasjons- og skolehelsetenesta, barnehagar/skolar/SFO, pleie- og omsorgstenesta, rusmiddelomsorga og kommunalt personell som yter hjelp til fysisk og psykisk utviklingshemma og den kommunale.

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 som helsesøstre, førskulelærarar, pleie- og omsorgspersonell m.fl. Tannhelsetenesta har sidan 2006 jobba målretta med å etablere og utvikle samarbeidsrutinar og avklare ansvarsforholda mellom tannhelsetenesta, pleie- og omsorgstenestene og helsestasjonane m.v. Dette arbeidet skal styrkast i perioden.

Stortinget vedtok i 2005 og 2006 at grupper rusmisbrukarar skal få eit regelmessig og oppsøkjande tannhelsetilbod. 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 sørgje for tannhelsetilbodet.

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 det er og ei ordning som er kostbar og som krev store saksbehandlingsressurser m.a. fordi at behandlingar med ein kostnad på meir enn kr. 10 000.- skal godkjennast av fylkestannlegen. Dersom den offentlege tannhelsetenesta hadde hatt betre kapasitet og meir målretta kompetanse, hadde vi behandla fleire frå denne gruppa ved offentlege klinikkar.

Vi skal arbeide med kompetanseutvikling gjennom å styrke fagmiljøa. Å sørgje 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.

## 4. STYRINGSMÅL

### 4.1 Dekningsgrad – tilsyn og behandling

Pasientgrupper (a-d)	Resultat		Mål	Forslag til styringsmål			
	2010		2010	2012	2013	2014	2015
		%	%	%	%	%	%
a) Barn og ungdom 1-18 år		95	93	93	93	93	93
b) Psykisk utviklingshemma over 18 år		93	90	90	90	90	90
c1) Eldre og uføre i institusjon		71	85	85	85	85	85
c2) Eldre og uføre i heimesjukepleie		60	55	55	55	55	55
d) Ungdom 19-20 år		54	60	60	60	60	60

Ein rapport om dekningsgrad viser at det er vanskelegare å innfri kravet til dekningsgrad i dei klinikkane som ofte har utskiftingar av tannlegar. Vi ser også at dei klinikkane som har hatt ei stabil bemanning ikkje har vanskar med å innfri krava til dekningsgrad.

## 5. ANDRE OPPGÅVER OG TILTAK

### 5.1 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. Ei prosjektstilling i IT-seksjonen vart oppretta i implementeringsfasen. Vi veit 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. Følgande kostnader er kjent:

- Årsavgift : kr. 120.000.- (årleg avgift)
- Oppgradering av office 2010 på klinikkane : kr. 600.000.-
- Utfasing av gamle skrivarar og innføring av nye scannarar på alle klinikkane: kr. 250.000.-

#### 5.1.1 Digitalisering av papirarkiv

Papirjournalar frå alle klinikkar samlast inn og digitaliserast for fjernarkivering i sentralt arkiv. Dette arbeidet har pågått sidan 2007, og vi arkivtenesta veit ikkje kor lang tid det vil ta å slutføre denne prosessen. I første omgang er det antyda ei 100% stilling ved arkivtenesta i 2011 og 2012. Det vil utgjere en meirkostnad på kr.400.000.- pr år.

### 5.2 Tannklinikklokala - helse, miljø og sikkerhet (HMS)

HMS-rapportane viser at det framleis er offentlege tannklinikkar som har behov for standardheving, særleg med tanke på betring av inneklima. Dette gjeld både generell ventilasjon og såkalla

punktavslag, særleg på dei klinikkane som vart etablerte i 1970- og 1980-åra, i ei tid med andre standardkrav enn i dag.

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. Vi viser her til kommentarane under pkt. 3.2.1.

Etter fylkestingsvedtaket i 2002 om klinikkstruktur, er det sett i verk eit relativt omfattande arbeid med oppgradering/oppussing av tannklinikkar, i enkelte tilfelle også med flytting til nye klinikklokale. Vi forventer at oppgradering av klinikken i Sunndalsøra og Elnesvågen, samt ny klinikk på Eide, vil vere ferdig i 2012.

Som følge av den vanskelege budsjettsituasjonen er følgjande klinikkar satt på vent til 2012-2015: Valldal, Aukra, Brattvåg, Eidsvåg, Aure, Fiskåbygd, Haramsøy, Spjelkavik, Sykkylven, Valderøy og Åndalsnes.

Det må lagast ny framdriftsplan for det vidare oppgraderingsarbeidet for klinikkane etter at regional delplan er klar i løpet av 2012.

### 5.3 Takstar for betalende klientell

Fylkestinget fastset takstar for Den offentlege tannhelsetenesta. Takstane vart siste gong regulerte 1. januar 2011. Det vart lagt til grunn at takstane frå 1. januar 2011 skulle tilsvare eit landsgjennomsnittet for timehonorar og undersøking. Etter prisauken i 2011 ligg Møre og Romsdal fylkeskommune framleis under landsgjennomsnittet i timepris og for undersøking. Takstane bør derfor aukast frå 2012 med 10%.

## 6. INVESTERINGAR

### 6.1. INVESTERINGSOMRÅDE

Tannhelsetenesta har behov for investeringar på to område i økonomiplanperioden:

1. Operativt tannlegeutstyr og OPG røntgen ved dei store klinikkane. Vi ser også at det kan bli nødvendig med ei omlegging frå sensorsystem til fosforplatesystem.
2. Nye tannklinikkar/opprusting av eksisterande klinikkar som følge av fylkestinget sitt vedtak i 2002 om framtidig tannklinikstruktur skal følgjast vidare opp.

#### 6.1.1. Tannlegeutstyr

Vi foreslår vidareføring av investeringar i tannlegeutstyr på det nivået som ligg inne i vedtatt økonomiplan, med 2,0 mill. kroner årleg. Dette inneber at vi i åra framover i rimeleg grad kan gjennomføre eit ønskjeleg fornyingsprogram for utstyr. Vi ser for oss OPG røntgen i første omgang i Molde, Ålesund og Kristiansund. Dette vil ha ein totalkostnad på ca. 1,2 mill. kroner fordelt på 2-3 år.

#### 6.1.2. Nye tannklinikkar/opprusting av eksisterande klinikkar

På bakgrunn av fylkestinget sitt vedtak i 2002 om klinikkstruktur i tannhelsetenesta, vil vi vidareføre planleggingsarbeid og iverksetjing når det gjeld etablering av nye klinikkar og klinikkoppgraderingar. Vi viser her til kommentarane under pkt. 5.2