



## EIN FRAMTIDSRETTA KLINIKK- OG TENESTESTRUKTUR

Prosjektrapport frå arbeidsgruppa

SFJ2019: TANNHELSEUTGREIINGA - FASE II

### MÅL

*Ei vidareutvikla og kvalitetsorientert tannhelseteneste basert på målretta førebyggjande innsats og profesjonell klinisk praksis til beste for pasientane.*

Sogn og Fjordane fylkeskommune

15.12.2015

## Innleiing

Den overordna målsetjinga for denne delen av omstillingsarbeidet er å utvikle ein moderne og framtidsretta klinikk- og tenestestruktur med høgt fagleg fokus for den offentlege tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane. Det samla budsjettet for klinikk- og tenestestrukturen skal liggje innanfor ei samla økonomisk ramme tilsvarande 11 mill.kr lågare enn budsjettet for 2014. Utgreiinga syner at eit slikt nedtak kan realiserast innan 01.01.2019.

Målet er å utvikle ein klinikkstruktur som kan tilby innbyggjarane i Sogn og Fjordane stabile tannhelsetenester av høg fagleg kvalitet. Klinikane må ha ein storleik som gjer at dei kan ta hand om pasientane ved vakansar, feriar og permisjonar. Storleiken på tannklinikane er og avgjerande for at folkehelsearbeidet kan koordinerast med samarbeidspartane på ein effektiv og god måte. Innbyggjarane skal ha mest muleg likeverdige tenester med tanke på tilgjenge og kvalitet. Tannhelsetenester skal leverast med effektiv ressursbruk og i tråd med BEON-prinsippet, dvs. best eigna omsorgsnivå.

**Målsetjinga er å vidareutvikle ei kvalitetsorientert tannhelseteneste basert på målretta førebyggjande innsats og profesjonell klinisk praksis til beste for pasientane.**

### Kommune- og regionreform

Stortinget har slutta seg til regjeringa sitt forslag om å gjennomføre ei kommune- og regionreform. Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) gjorde i St.meld. 14 (2014-15) *Kommunereforma – nye oppgåver til større kommunar* framlegg om å overføre det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetenesta til større kommunar. Det blir i meldinga understreka at tannhelsetenesta har grenseflater mot fleire kommunale tenesteområde. KMD legg til grunn at ei integrering av den allmenne tannhelsetenesta med det kommunale helsefremjande og førebyggjande arbeidet, samt med helse- og omsorgstenesta i kommunane, vil gje faglege og økonomiske vinstar.

Overføring av den fylkeskommunale tannhelsetenesta til kommunane vil innebere at kommunane overtek drifta av dei offentlege tannklinikane som fylkeskommunane driv i dag. Det vil såleis vere opp til den enkelte kommune å avgjere i kva grad klinikkstrukturen skal vidareførast eller om denne skal endrast. Kommunar som i den fylkeskommunale driftsmodellen ikkje har tannklinik, og som heller ikkje får dette etter ei kommunesamanslåing, vil bli pålagde å samarbeide med andre kommunar om tilgjenge og tenestetilbod. KMD viser til at slike samarbeidsløysingar også vil kunne gjelde tannlegevakt, tannhelsetilbod til personar med særskilde behov, opplæring og liknande. Større kommunar vil etter KMD si vurdering kunne organisere tannhelsetenestene på ein god og kostnadseffektiv måte.

Ved ei overføring av allmenntannhelsetenestene til kommunane er det etter departementet si vurdering føremålstenleg at også ansvaret for spesialisttannhelsetenester vert overført. Kommunar som ikkje har tilsett eigne spesialistar, eller som ikkje har organisert regionale odontologiske kompetansesentra, vil kunne samarbeide med kommunar som har slike tenester, eventuelt kjøpe tenester frå private aktørar. Kommunal- og moderniseringsdepartementet understrekar at overføringa av tannhelsetenestene til større kommunar må greiast nærare ut, både når det gjeld korleis dette skal konkretiserast og når det gjeld tidspunktet for gjennomføringa.

Kommunal- og forvaltningskomiteen på Stortinget behandla kommunal- og moderniseringsdepartementet sitt framlegg om overføring av tannhelsetenestene til kommunane i juni (jf. Innst. 333 S (2014-15)). Komiteen sitt fleirtal slutta seg til at ansvaret for tannhelsetenestene bør overførast til kommunane. Komiteen slo i behandlinga også fast at kommunane bør stå fritt til å organisere dette ansvarsområdet enten i eigen regi, i eit samarbeid med andre kommunar eller gjennom eit avtalebasert samarbeid med private aktørar. Komiteen konkluderte i si behandling med at regjeringa må vurdere tiltak som legg til rette for å vidareføre kompetansmiljøa vi i dag har i regionale kompetansesentra og innanfor spesialisttannhelsetenesta.

Arbeidsgruppa har registrert signala frå både Kommunal- og moderniseringsdepartementet og kommunal- og forvaltningskomiteen på Stortinget. Då det vert lagt opp til vidare offentlege utgreiingar om innhald og framdrift for ei ev. overføring av det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetenesta til større kommunar, har vi valt å gjennomføre tannhelseutgreiinga med fokus på at fylkeskommunen i fleire år framleis vil vere eigar og driftsansvarleg for den offentlege tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane.

### **Arbeidsgruppa sitt arbeid**

Denne utgreiingsrapporten summerer opp fase II av utgreiingsarbeidet innanfor den fylkeskommunale tannhelsetenesta. Fase I definerte overordna prinsipp og føringar for den framtidige klinikk- og tenestestrukturen i fylket. Arbeidsgruppa har i fase II vore samansett slik:

- Elisabet Skrede – konstituert fylkestannlege
- Clara Øberg – konstituert direktør for tannhelsetenesta
- Tove Måren – førstekonsulent i tannhelsetenesta
- Britt Elise Sønnesyn – rådgjevar i tannhelsetenesta
- Elin Johanne Schei Stuhaug – tillitsvaldrepresentant Parat og Delta
- Øystein Sivertsen – tillitsvaldrepresentant Tannlegeforeninga
- Paal Fosdal – assisterande fylkesrådmann
- Rolf Årdal – prosjektleiar for omstillingsprosjektet «SFJ 2019»
- Ole I. Gjerald – prosjektsekretær for omstillingsarbeidet «SFJ 2019»

Faggruppa har hatt følgjande arbeidsmøte:

- Prosjektgruppemøte, 08.06.15
- Arbeidsmøte 1, 18.06.15
- Arbeidsmøte 2, 10.08.15
- Undervegsrapportering til styringsgruppa, 19.08.15
- Arbeidsmøte 3, 31.08.15
- Arbeidsmøte 4, 14.09.15
- Arbeidsmøte 5, 28.09.15
- Arbeidsmøte 6, 07.12.15

# Innhold

Innleiing.....	1
Innhold .....	3
Samandrag .....	4
1. Plangrunnlag.....	6
1.1 Mandatet.....	6
2. Organisering og status i tannhelsetenesta .....	7
2.1 Dagens leiingsstruktur.....	7
2.2 Personale.....	8
2.3 Tannklinikkar .....	8
2.4 Pasientgrunnlag for tannhelsetenesta per 31.12.2014 .....	9
3. Mål og strategi for Den offentlege tannhelsetenesta .....	10
3.1 Helsefremjande og førebyggjande arbeid.....	10
3.2 Samarbeid .....	10
3.3 Behandlingsbehov.....	11
3.4 Generasjonsskifte i tannhelsetenesta .....	12
3.5 Kvalitet og læring.....	12
4. Demografiske prognosar for Sogn og Fjordane .....	12
4.1 Utvikling .....	12
5. Reiseavstand og tilgjengelegheit .....	14
5.1 Fylkestinget si forskrift om dekking av skyssutgifter.....	14
5.2 Reiseavstand.....	14
5.3 Eldre pasientar og mobilitet .....	15
5.4 Utvida opningstid ved tannklinikane.....	16
6. Effektivisering av drift, ressursbruk og administrasjon/fag .....	16
6.1 Fagmiljø og rekrutteringskraft .....	16
6.2 Oppgåvedeling og kompetansekrav.....	17
7. Økonomi.....	17
7.1 Investeringar.....	17
7.2 Potensielle innsparingstiltak.....	18
7.3 Risikovurdering.....	20
7.4 Kommentar til innsparingstiltak .....	20
8. Forslag til ny klinikkstruktur.....	21
8.1 Bakgrunn for forslaget .....	21
8.2 Modell for ny klinikkstruktur .....	22
8.3 Funksjonsfordeling i ein ny klinikkstruktur .....	23
8.4 Personalsamansetjing i 2019 .....	23
8.6 Referansar .....	25
Vedlegg 1 – Lov- og regelverk.....	26
Vedlegg 2 – Omgrep.....	27
Vedlegg 3 – Framskrive folketal etter region, alder, tid m.m. ....	28
Vedlegg 4 – Reiseavstand.....	29

## Samandrag

1.	Utgreiing
	Ein framtidsretta klinikk- og tenestestruktur for tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane.
2.	Kort omtale av utgreiinga (ev. sentrale utfordringar og dilemma i konsekvensvurderingane)
	Den overordna målsetjinga for denne delen av omstillingsarbeidet er å finne fram til ein moderne og framtidsretta klinikk- og tenestestruktur med høgt fagleg fokus for den offentlege tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane. Det samla budsjettet for klinikk- og tenestestrukturen skal liggje innanfor ei samla økonomisk ramme tilsvarande 11 mill.kr lågare enn budsjettet for 2014. Utgreiinga syner at eit slikt nedtak kan realiserast innan 01.01.2019.
3.	Økonomisk innsparingspotensiale
	<p>Fylkeskommunen kan spare 11 mill.kr ved å omorganisere tannhelsetenesta etter framlagde modell. Arbeidsgruppa skisserer følgjande opptrappingsmodell for innsparinga:</p> <p><b>2015:</b> 3 000 000 <b>2016:</b> 2 320 000 <b>2017:</b> 2 970 000 <b>2018:</b> 2 710 000</p> <p><b>Sum: 11 000 000</b></p> <p><u>Innsparingstiltak:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• legge naturlege avgangar på innsparing</li><li>• redusere bemanning i administrasjon/leiing</li><li>• effektivisere folkehelsearbeidet</li><li>• auke takstane</li><li>• spare inn på vedlikehald og diverse fellesfunksjonar/fellesutgifter</li><li>• redusere kursmidlar</li><li>• redusere rekrutterings- og stabiliseringstiltak for tannlegar</li><li>• flytte dentalverkstaden til Fylkeshuset</li><li>• redusere husleige og driftskostnader</li><li>• redusere behov for reinhald</li><li>• redusere ambuleringsutgifter</li><li>• redusere skysstgifter</li><li>• noko auke i inntening</li><li>• redusere IKT-utgifter</li></ul>
4.	Administrativt innsparingspotensiale
	Fylkeskommunen kan spare 2,6 årsverk knytt til leiing og administrasjon ved å omorganisere tannhelsetenesta etter framlagde modell.

5.	Grunnprinsippa sin innverknad på utgreiinga og konsekvensvurderingane
	<p><u>Kvalitet i vidareførde oppgåver:</u> Samfunnet er i stadig utvikling, og utviklingstakta akselererer. Dette rører også ved tannhelsetenesta, som er stilt overfor nye utfordringar som følgje av endringar i økonomiske rammevilkår og grunnlag for tenestekvalitet, stabilitet og pasientsikkerheit. Ein ny klinikkstruktur legg vekt på at omsynet til brukarane blir ivareteke. Trass i at vi får reduksjon i tal klinikkar, vil vi innanfor ein ny modell oppnå ei rekkje føremoner som meir stabile tenester for brukarane ved ferieavvikling/sjukefråvær, større tilgjenge med utvida opningstider og utvikling av tenestene med omsyn til kvalitet og utstyr.</p> <p><u>Funksjonelle bu- og arbeidsmarknadsområde:</u> I <a href="#">Strategisk handlingsplan for tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane fylkeskommune (2010-2013)</a>, er det lagt til grunn at akseptabel reisetid mellom skule/heim/arbeid og tannklinikken er ein time kvar veg (og/eller 50 km). I føreslegen modell er det forsøkt å sikre at flest mogeleg pasientar har eit tannhelsetilbod innanfor ei reisetid på 1 time.</p> <p><u>Fylkeskommunen si rolle i den regionale partnerskapen:</u> Folkehelselova gjev føringar om at fylkeskommunen skal fremje folkehelse og støtte kommunane sitt folkehelsearbeid. Den offentlege tannhelsetenesta er ein viktig bidragsytar, og tannhelsepersonell skal delta aktivt i folkehelsearbeidet.</p> <p><u>Langsiktige avgjerder innanfor tenesteområdet:</u> Framlagd modell er eit forslag til ein moderne klinikkstruktur for å imøtekomme behova for tannhelsetenester i framtida.</p>
6.	Andre prinsipp og særleg viktige omsyn knytt til tenesteområdet
	<p><i>Strategisk handlingsplan for Den offentlege tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane 2010-2013</i> er lagt til grunn for arbeidet.</p>
7.	Alternativ organisering eller innretning på tenesteområdet/-tilbodet
	<p>Utgreiinga gjer framlegg om ei ny organisering av den offentlege tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane.</p>
8.	Eventuelle behov for ytterlegare avklaringar/utgreiingar
	<p>Arbeidsgruppa ser ikkje på noverande tidspunkt behov for ytterlegare utgreiingar.</p>

# 1. Plangrunnlag

## 1.1 Mandatet

Tannhelseutgreiinga fase II har følgjande mandat frå Fylkesrådmannen:

1. Prosjektet skal produsere ei gjennomarbeidd og konsekvensbevisst utgreiing som grunnlag for ein ny tannhelseklinikkstruktur i Sogn og Fjordane innan 01.10.2015.
2. Ein skal særleg kartleggje og vurdere framtidig lokalisering av tannklinikkar ut frå:
  - folketal med prognose for framskriving, tal prioritert klientell
  - reiseavstand for pasientar
  - rekruttering av tannhelsepersonale
  - lokalisering av private tannlegar
  - personalsamansetjing i tannhelsetenesta, inkludert kostand ved flytting av tilsette
  - administrativt støttepersonale
  - innsparingspotensial ved endring i struktur, personalsamansetjing og effektivisering (inkl. digitalisering)
  - konsekvensar for pasientar og tilsette ved samlokalisering av tannklinikkar
  - vurdere skyssutgifter ved ny klinikkstruktur
  - nye lokale/utvide eksisterande klinikkar om naudsynt

I *Strategisk handlingsplan 2010 – 2013*<sup>1</sup> har klinikkstruktur vore tema der målet er å etablere ein klinikkstruktur med omsyn til pasientgrunnlag, tilgjengeleg fagpersonell, teknisk utstyr og tilgang på private tannhelsetenester. *Organisering og klinikkstruktur for Den offentleg tannhelsetenesta (2011)*<sup>2</sup> er eit tillegg til Strategisk handlingsplan. FU sak 58/11 *Arbeidet med ny klinikkstruktur for Den offentlege tannhelsetenesta* er såleis ikkje berre ein konsekvens av økonomiske innsparingskrav, men eit nødvendig tiltak for å imøtekomme framtidens behov for tannhelsetenester. Om lag alle fylkeskommunane i Norge har gjennomført eller er i ferd med å gjennomføre reduksjon i talet tannklinikkar i den offentlege tannhelsetenesta, nokre gjennom strukturplan, andre gjennom økonomiplan og fortløpande vurderingar.

	Folketal 2015 (SSB)	Tannklinikkar per i dag	Forholdstal per i dag
<b>Hedmark</b>	195 153	20	9758
<b>Oppland</b>	188 807	20 (frå 34)	9440
<b>Telemark</b>	171 953	15 (frå 50)	11463
<b>Møre og Romsdal</b>	263 719	35 (vedtatt vidare reduksjon)	7535
<b>Finnmark</b>	75 605	18 (vedtatt vidare reduksjon)	4200
<b>Troms</b>	163 453	22	7430
<b>Nordland</b>	241 682	30 (frå 64)	8056
<b>Sogn og Fjordane</b>	109 170	28	3898

Tabellen viser at andre fylker vi kan samanlikne oss med har eit tydeleg høgare tal innbyggjarar per klinikk enn Sogn og Fjordane. Klinikkreduksjon er vedtatt i Møre og Romsdal og Finnmark, og dette vil igjen auke forholdstalet.

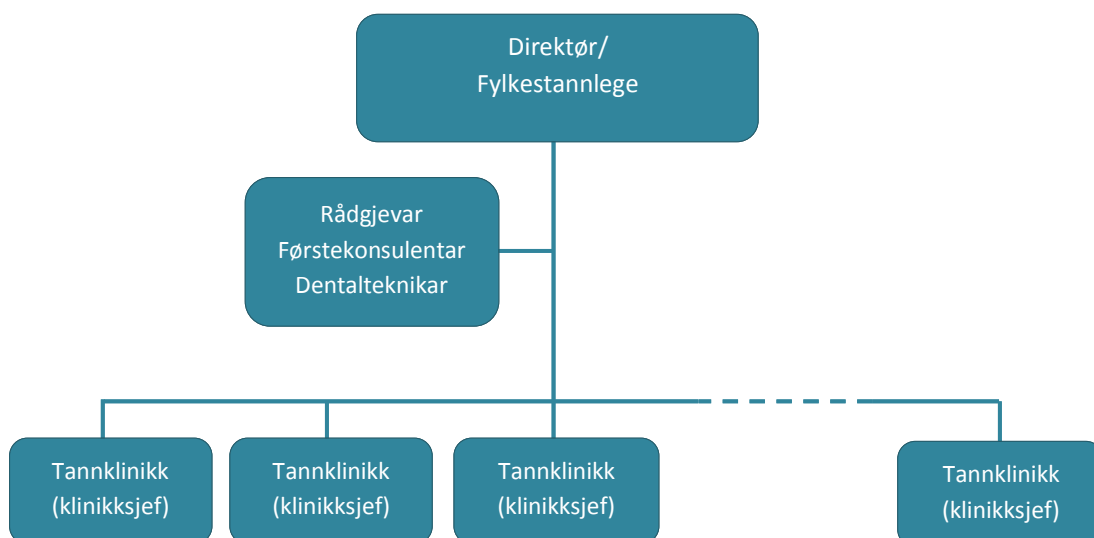
Forventningar og krav blir stilte til dei tenestene vi som offentleg tannhelseteneste skal tilby brukarane våre. Vi ønskjer å vere best på alle område innanfor vårt fagfelt, både når det gjeld førebygging og behandling. Som leverandør av ei offentleg teneste må vi nytte ressursane på ein god og effektiv måte og vere vaken for endringar og utviklingstrekk som gir nye premisser for det beste og tryggaste tannhelsetilbodet.

Det har det siste tiåret vore ei rivande utvikling på det tannmedisinske fagfeltet, og vesentleg endra rammeføresetnader for å rekruttere og halde på tannhelsepersonell. Sjølv om tannhelsa blant folk har vorte god, ser vi eit skifte i behandlingsbehovet. Høg endringstakt gir nye premisser og utfordrar oss på å tenke nye tankar om organisering.

## 2. Organisering og status i tannhelsetenesta

### 2.1 Dagens leiingsstruktur

Den offentlege tannhelsetenesta har lovpålagde oppgåver og skal først og fremst yte tenester til prioritert klientell. Sjå vedlegg 1 for lovgrunnlag.



Figur 1. Tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane fylkeskommune frå 01.01.2012 .

Den offentlege tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane er organisert som ein institusjon direkte underlagt fylkesrådmannen. Direktør for tannhelsetenesta er fagleg og administrativ leiar. Sentralleiinga for den offentlege tannhelsetenesta – leiing og administrasjon – er lokalisert på fylkeshuset i Leikanger. Det er 4 merkantile stillingar som er desentraliserte som følge av omorganiseringa i 2013, der ein valde å ikkje flytte dette personalet (Høyanger, Sogndal, Stryn, Måløy).



## 2.2 Personale

Tannhelsetenesta har per 1.10.2015 om lag 130 tilsette, og er den mest desentraliserte tenesta til Sogn og Fjordane fylkeskommune. Dei tilsette er fordelte på ca. 40 tannlegar, 20 tannpleiarar, 56 tannhelsesekretærar og 6 reinhaldarar i den utøvande tenesta, og 8 tilsette på administrativt nivå. Om lag 50% av dei tilsette er over 50 år, og 20% er over 60 år.

Reinhaldarane er fordelte på 9 klinikkar, dei andre klinikkane har reinhald gjennom byrå. 0,40 av tannlegestillingane er klinisk teneste med narkosepasientar på Førde sentralsjukehus.

I 2014 vart det utført totalt ca. 112 årsverk. Kvart år vert ca. 35 000 pasientar undersøkte og behandla, fordelt på om lag 28 000 pasientar i prioriterte grupper og 7000 betalande pasientar.

	Årsverk 2014
Tannlege	40,80
Tannpleiar	15,60
Tannhelsesekretær	45,45
Reinhaldar	1,91
Administrasjon/fag	7,60
Dentalteknikar	1,00
Sum årsverk	111,76

## 2.3 Tannklinikkar

Det er i dag 28 offentlege tannklinikkar i Sogn og Fjordane. Tradisjonelt har det vore ein eller fleire tannklinikkar i kvar kommune. Tannklinikkane vi har i dag er av ulik storleik. Det er 9 einmannsklinikkar og 8 ambuleringsklinikkar (Hardbakke, Hornindal, Innvik, Bremanger, Naustdal, Balestrand, Vassenden og Svelgen).



## 2.4 Pasientgrunnlag for tannhelsetenesta per 31.12.2014

Tabellen syner samla tal pasientar, ferdigbehandla og under tilsyn, i dei ulike gruppene.

Gruppe:	Totalt tal personar per 31.12.2014	Tal pasientar undersøkt, ferdigbehandla	Tal pasientar som ikkje møter eller takkar nei	Prosentdel pasientar under tilsyn
Gruppe A2	22 851	19 709	115	97%
Gruppe B	487	430	8	96%
Gruppe C1	1 035	850	20	87%
Gruppe C2	2 180	1 539	148	80%
Gruppe D	3 226	2 138	241	83%
Rus	157	73	13	80%
Fengsel		45		

- Gruppe A: Barn og unge frå 3-18 år
- Gruppe B: Psykisk utviklingshemma personar over 18 år
- Gruppe C1: Pasientar på institusjon
- Gruppe C2: Pasientar med heimesjukepleie
- Gruppe D: Ungdom frå 19–20 år.

Det har i dei siste tiåra vore ei markert betring i tannhelsa. Tidlegare vart alle kalla inn til tannhelsekontroll minst ein gong årleg. Den store betringa i tannhelsa, spesielt i gruppene born, unge og unge vaksne, har ført til at tida mellom kvar tannhelsekontroll no skal vere i gjennomsnitt 18 md. for pasientar i denne gruppa. Intervalla blir fastsette individuelt for kvar enkelt pasient.

## 3. Mål og strategi for Den offentlege tannhelsetenesta

### 3.1 Helsefremjande og førebyggjande arbeid

Førebygging er ein grunnpilar for den offentlege tannhelsetenesta, og blir ein viktig innsatsfaktor i den fylkeskommunale satsinga på folkehelsearbeidet. Rettleiaren *Tenner for livet – helsefremjande og førebyggjande arbeid (1999)*<sup>3</sup> er eit verktøy for planlegging og gjennomføring av tannhelsefremjande og førebyggjande arbeid.

Hesledirektoratet arbeider med eit oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide eit program for reduksjon av sosiale ulikheiter, i første omgang hjå barn og unge. Del 1 skal ferdigstillast hausten 2015 og implementerast i tannhelsetenesta i 2016. Dei sosiale skilnadane i helse aukar i Noreg, truleg også i Sogn og Fjordane. Dette må tannhelsetenesta ta omsyn til både i planlegging og i tiltaksarbeid. Vi har ei særleg plikt til å syte for at dei strategiar, arbeidsmåtar og tiltak vi satsar på kan bidra til å jamne ut helseskilnadane i fylket vårt. I tillegg må vi rette oss direkte mot risikogrupper og risikopasientar med befolkningsretta og individretta tiltak.

Tannhelsetenesta i Norge har oppnådd gode resultat gjennom helsefremjande og førebyggjande arbeid. Tannhelse blant barn og unge er i stadig betring, og stadig fleire vaksne og eldre beheld sine egne tenner lenger i livsløpet, ofte livet ut. Det er få område i den offentlege helsetenesta som kan vise til like gode resultat på det førebyggjande feltet som tannhelsetenesta. Tannsjukdom har i hovudsak dei same risikofaktorane som ikkje-smittsame sjukdommar, og sunn tannhelse er grunnleggjande for god allmennhelse.

Det vil framover vere viktig å vidareutvikle den offentlege tannhelsetenesta si samhandlingsrolle i det førebyggjande og folkehelsefremjande arbeidet. Samhandling handlar om å sette pasientane i sentrum gjennom samarbeid mellom profesjonar og mellom verksemder, uavhengig av organisering, driftsform og forvaltningsnivå. God kvalitet føreset at avgjerder om behandling og førebygging er basert på påliteleg kunnskap om effekt av tiltak. Det strategiske folkehelsearbeidet i tannhelsetenesta skal vere både befolkningsretta og individretta.

I Stortingsmelding nr. 35 *"Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester"*<sup>4</sup> blir det lagt vekt på kor viktig det er med samarbeid mellom sektorane for å oppnå resultat i folkehelsearbeidet.

### 3.2 Samarbeid

Folkehelselova gjev føringar om at fylkeskommunen skal fremje folkehelse og understøtte kommunane sitt folkehelsearbeid. Den offentlege tannhelsetenesta er ein viktig bidragsytar, og tannhelsepersonell skal delta aktivt i folkehelsearbeidet (folkehelselova 2011<sup>5</sup>). Tannhelsetenesta har eit "følgje med"-ansvar for tannhelse til innbyggjarane og skal tilby opplæring og rettleiing av helsepersonell i kommunane slik at desse også kan ivareta tannhelse til eldre, langtidssjuke og uføre i institusjon/heimesjukepleie, psykisk utviklingshemma og rusmisbrukarar på best mogleg måte.

Ein del av tannhelsetenesta sin aktivitet er knytt til «tiltak utanfor klinikk». I det ligg det at tannhelsetenesta er i samhandling og dialog med ulike aktørar for å ivareta oppdraget med å sikre tilgjengelege tannhelsetenester av fagleg høg kvalitet.

Tannhelsetenesta har stor kompetanse i førebygging i eige fagfelt, som skal nyttast i samarbeid med andre aktørar frå andre helserelevante fagfelt. Gjennom eit systematisk og framtidsretta arbeid har tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane arbeidd fram gode samarbeidsmodellar og avtaler med andre samfunnsaktørar. Vi har pr. i dag inngått forpliktande samarbeidsavtalar med kommunane på tenestnivå:

- samarbeidsavtale med helsestasjon
- samarbeidsavtale med tenesta for PU
- samarbeidsavtale med pleie- og omsorgstenesta
- samarbeidsavtale med rusomsorga
- samarbeidsavtale med barnevernstenesta

Tannhelsetenesta skal ha fokus på rettleiing og undervisning til pleie og omsorgspersonell, og til andre som yter service til personar med ulike behov.

### 3.3 Behandlingsbehov

Kvardagen for tannhelsepersonell har endra seg dei siste 15-20 åra. Parallelt med at tannhelsetilstanden til innbyggjarane har blitt markant betre dei siste 40 åra, har vi ei forskyving av behandlingsbehov hos ulike pasientgrupper som er omfatta av tannhelsetenestelova. Ressursane må derfor kanalisert til dei pasientane som treng det mest.

I *Tenner for livet 1-99* heiter det:

*Tidligere har det vært vanlig å innkalle de fleste brukere til årlig kontroll. Det finnes en rekke faglige, økonomiske og etiske grunner for endring av disse rutinene både i offentlig og privat tannhelsetjeneste. Undersøkelser har vist at det er faglig forsvarlig å forlenge innkallingsintervallene opp mot 24 måneder for mennesker med god tannhelse. For andre kan det være behov for oppfølging med kortere intervaller.*

Vi har aldri hatt så lite karies hos barn som no. Årsrapporten for 2014 viser at 86 % av 5-åringane i Sogn og Fjordane aldri har hatt hol i tennene. For 12-åringane er talet 65 %, og for 18-åringane er det 24 % som aldri har hatt hol i tennene. Innkallingsintervalla er basert på individuelle vurderingar, men den store betringa i tannhelsa i gruppa 0-18 år har ført til at tida mellom kvar tannhelsekontroll no skal vere i gjennomsnitt 18 md. 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.

På den andre sida har vi eldre som stadig blir meir medisinsk kompliserte å behandle, og behandling og oppfølging tar lenger tid enn hos yngre pasientar. Dei eldre beheld også sine egne tenner lenger i livsløpet, ofte livet ut. Folketalsframskrivinga viser at gruppa eldre er aukande i Sogn og Fjordane.

Tannbehandling til asylsøkarar og flyktningar vil vere aukande i tida framover. Dette er grupper som ofte treng mykje tannbehandling. Dei har ofte lite informasjon om tannhelse og førebygging av tannsjukdom frå heimlandet. I Norge er 84 % av alle 3-åringar med norsk bakgrunn utan hol. Av 3-åringar med innvandrarbakgrunn er det 50-60 % utan hol. (Folkehelseinstituttet 2015 <sup>6</sup>).

### **3.4 Generasjonsskifte i tannhelsetenesta**

Den offentlege tannhelsetenesta er inne i eit generasjonsskifte. Etterkrigsgenerasjonen av tannlegar søkte seg ut og etablerte seg i stor grad i distrikta, gjerne som tilbakeflyttarar til heimstaden. Sentraliseringsbølga hadde enno ikkje skote fart, og to-inntektshushald var ikkje ein føresetnad for å “byggje og bu” i like stor grad som no. Stammen av stabile distriktstannlegar, som har vore ryggrada i den desentraliserte strukturen, er no i ferd med å bli erstatta av ein ny generasjon unge tannlegar. Som dei fleste unge nyutdanna har desse andre føringar og preferansar i sine liv enn foreldregenerasjonen. Dei har gjerne partnarar med høgare utdanning, som også søker arbeid der kompetansen deira blir nyttiggjort. Denne generasjonen ønskjer primært å utvikle seg i større faglege og sosiale miljø.

### **3.5 Kvalitet og læring**

Dei tilsette i tannhelsetenesta er dei viktigaste bidragsytarane i arbeidet med å skape kvalitet i pasientbehandlinga. Kvalitet skal utviklast gjennom individuell innsats frå dei tilsette og gjennom organisasjonslæring ved deling av kompetanse og kunnskapsoverføring på tvers av klinikkar. Heile organisasjonen må halde seg fagleg oppdatert og vere kunnskapsbasert for å kunne gje best mogeleg tenester til innbyggjarane.

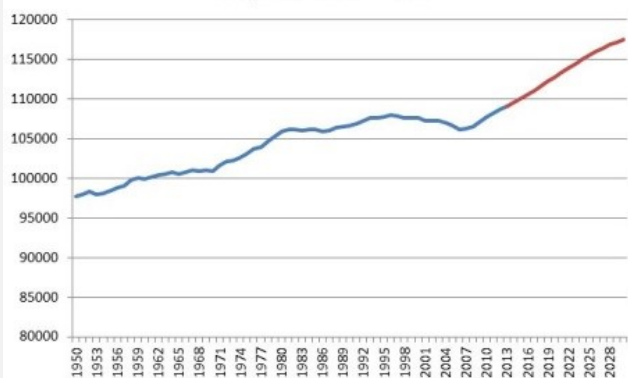
Tannhelsetenesta ønskjer å vere ein lærande organisasjon der dei tilsette lærer av kvarandre og får vidareutvikle sine evner i refleksjon over eigen praksis. Fagmiljøa skal ha høge kvalitetsstandardar, og overføre dei til nye medarbeidarar. Behandling av ein del mindre vanlege tilstandar krev fleire pasientar dersom ein skal bygge opp erfaring. Små einingar ser sjeldan dei spesielle tilfella, og har derfor lita moglegheit til å byggje erfaringsbasert kunnskap.

## **4. Demografiske prognosar for Sogn og Fjordane**

### **4.1 Utvikling**

Det er mange trekk ved utviklinga som vil vere med og bestemme framtidig klinikkstruktur for den offentlege tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane, som til dømes forhold i samfunnet generelt, befolkninga, transport, infrastruktur og teknologisk utvikling.

**Folkemengda i Sogn og Fjordane 1950 - 2012.  
Prognose 2013 - 2030**



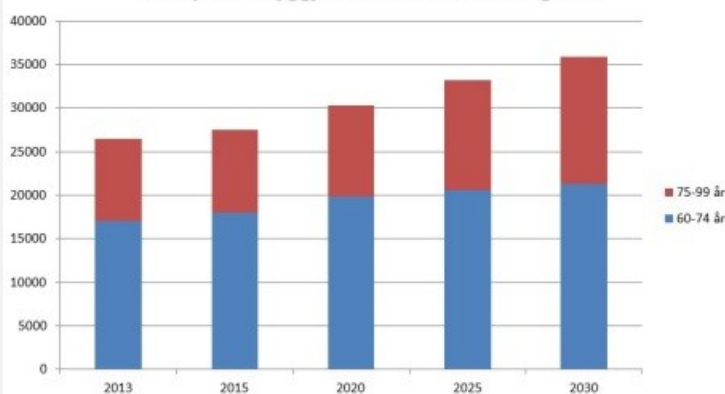
### Folketalsprognose

Fylket passerte 100 000 innbyggjarar i 1960, og i 1980 hadde folketalet auka til over 105 000. Dei 5 siste åra har innbyggjartalet auka med om lag 550 personer i året, og ved årsskiftet 2013/2014 var det 108 965 busette i fylket.

Fylkeskommunen ventar at det vil vere 117 400 innbyggjarar i Sogn og Fjordane i 2030, 8400 fleire enn i 2013. Innbyggjartalet rundar 110 000 i løpet av 2016, og i 2024 vil vi passere 115 000 innbyggjarar.

Folketalsveksten kjem frå to kjelder; fødselsoverskotet (fødde – døde) og nettoflyttinga. I perioden 2000 – 2013 var det årleg om lag 225 fleire fødslar enn dødsfall i Sogn og Fjordane, men det var store variasjonar frå eitt år til eit anna. Vi ventar at dette fødselsoverskotet vil auke til om lag 250 i perioden 2014 – 2025, for deretter å gå ned til om lag 165 i 2030.

**Talet på innbyggjarar i alderen 60 år og over**



### Eldrefylket i landet

I 2030 vil det vere 14 600 innbyggjarar over 75 år i Sogn og Fjordane. Dette er 5100 fleire enn i 2013. Også i aldersgruppa 60 – 74 år vil det vere ein kraftig vekst, frå 17 000 i 2013 til 21 300 i 2030. Heile folketalsveksten i fylket fram mot 2030 kjem dermed i aldersgruppene over 60 år. Det vil vere små endringar i dei andre aldersgruppene fram mot 2030. (Fylkesspegelen<sup>8</sup>)

I vedlegg nr. 3 kjem endringane i alderssamanninga fram.

## 5. Reiseavstand og tilgjengelegheit

### 5.1 Fylkestinget si forskrift om dekking av skyssutgifter

Fylkestinget vedtok i sak 61/10 forskrift for dekking av skyssutgifter for pasientar i den offentlege tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane. Arbeidsgruppa ser det som føremålstenleg å endre denne forskrifta om skyssutgifter for å effektivisere den administrative drifta og redusere framtidige kostnader.<sup>1</sup>

I dag dekkjer fylkeskommunen skyssutgifter til prioritert klientell i gruppe A, B og C2 etter den rimelegaste reisemåten. Bil kan nyttast om helsetilstand eller rutetider for offentleg transport tilseier at det er mest føremålstenleg. Eigendelen er 135 kr per veg i 2015, med unntak av barn under 16 år, som ikkje betaler eigendel. Reiseavstanden må vere over 5 km, og beløp under 100 kr blir ikkje refundert.

Kostnadene med skyssutgifter var i 2014 om lag 500 000 kr, fordelt på ca. 900 reiserekningar. Eit forenkla overslag viser at reiserekningar under 500 kr utgjer omlag 75 % av talet reiserekningar, og at omlag 10 % av talet reiserekningar er over 1000 kr. Søknader om å få dekt skyssutgifter må handsamast i fleire administrative ledd før den går til utbetaling. Om vi samanliknar tannhelsetenesta med andre helsetenester, som til dømes lege og helsesøster, så er det ikkje liknande ordning med dekking av skyssutgifter til slike helseføremål.

Dersom ein framleis skal dekkje skyssutgifter i tannhelsetenesta bør forskriftene endrast slik at det kjem dei pasientane til gode som må reise oftast og lengst til tannbehandling. Dette vil også lette det administrative arbeidet med å handsame reiserekningane, og vi kan forvente at utgiftene i ein framtidsretta klinikkstruktur vil bli redusert.

Om vi følgjer eksempelet til fleire andre fylkeskommunar (bl.a. Nordland og Vest-Agder) og endrar forskrifta til å dekke skyssutgifter der eigenandelen overstig 1000 kr per kalenderår, vil det lette arbeidet administrativt, og det vil komme dei pasientane til gode som reiser mest.

### 5.2 Reiseavstand

Avstandar og reisetid i fylket vårt har blitt mindre dei siste tiåra. Nye og meir effektive samferdsleløyisingar, auka bilbruk, bruer, tunellar, betre ferjesamband og betre bussforbindelsar medverkar til auka mobilitet og større arbeidsmarknadsregionar.

I dag er det mange innbyggjarar i Sogn og Fjordane som har ein reiseveg på mellom 30 og 60 minuttar til tannklinikken. Innbyggjarane i Stavang og Brekke har om lag 45 minuttar til tannklinikken, innbyggjarane i Fjærland har om lag 30 minuttar og frå Hyen er det om lag 40 minutt til Sandane, jf. vedlegg nr. 4.

---

<sup>1</sup> Dersom forskrifta skal endrast må fylkesrådmannen sende framlegget på høyring til interessegrupper og andre. Fylkestinget kan deretter endre forskrifta.

I *Strategisk handlingsplan for tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane fylkeskommune (2010-2013)* er det lagt til grunn at akseptabel reisetid mellom skule/heim/arbeid og tannklinikken er ein time kvar veg (og/eller 50 km), jf. FT sak 06/10.

Barn og unge har som hovudregel utgangspunkt på skulen når dei reiser til tannklinikken, og dei blir som oftast følgde/køyrde til tannklinikken. På den bakgrunn har arbeidsgruppa valt å gå utifrå reiseavstand mellom skule og tannklinik i berekninga av reisetid for barn (gruppe A). Om vi reknar reisetid mellom heim og tannklinik vil ein noko høgare del få reisetid utover ein time.

For andre prioriterte grupper kan nokre pasientar få lengre reiseavstand frå heim/arbeid til tannklinik. Dette kan til dømes vere pasientar i heimesjukepleie og ruspasientar (tilviste frå kommunen). Dette kan føre til noko auka kostnader for fylkeskommunen.

Den føreslegne modellen til framtidig klinikstruktur (kap. 8) er tilstrekkeleg for å sikre at bort imot alle innbyggjarane i fylket har eit tannhelsetilbod innanfor ei reisetid på 1 time, og for dei aller fleste vil reisetida vere vesentleg mindre. Det vil vere nokre få skulekretsar som må reise lenger, slik det også er i dag (vedlegg nr. 4).

Så mykje som 80- 85% av det samla talet på pasientar i den offentlege tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane skal til kontroll hos tannpleiar eller tannlege ein gong kvar 16. til 18. månad. 14 % av barn i aldersgruppa 0-18 år har eit større behandlingsbehov.

**Tannhelsetenesta er ei «sjeldanteneste», dvs. ei teneste dei fleste oppsøker sjeldnare enn ein gong i året. Den kan ikkje samanliknast med for eksempel skular som ein oppsøker dagleg.**

Det er vanskeleg å talfeste kva som er forsvarleg reiseavstand ved akutt tannsjukdom, men oralmedisinske sjukdomar er sjeldan av livstruande karakter. Om dei skulle vere det, er sjukehuset den rette behandlinginstansen.

For skuleungdommar er det definert ei akseptabel dagleg reisetid kvar veg til og frå skulen og heimen på 45-75 minutt. (Jf. skysreglementet for grunnskulen i Sogn og Fjordane).

### 5.3 Eldre pasientar og mobilitet

I dag blir pasientar på sjukeheim undersøkte av tannhelsepersonell årleg. Om pasientane treng tannbehandling utover undersøking og førebyggjande behandling må dei som regel få dette på tannklinikken. Unntaket er Vågsøy kommune som har eit enkelt behandlingsrom for tannhelsepersonell på sjukeheimen, slik at noko tannbehandling kan utførast der.

Eldre pasientar kan vere mindre mobile enn yngre pasientar, og kan som tidlegare nemnt trenge hyppigare besøk hjå tannpleiar/tannlege. For kommunar som ønskjer å utvikle eit nærare samarbeid med tannhelsetenesta vil modellen frå Vågsøy vere eit godt alternativ.



## 5.4 Utvida opningstid ved tannklinikkane

Hovudformålet med utvida opningstider er å gi større tilgjengelegheit for pasientane, noko som særleg vil komme pasientar med lengst reiseveg til gode. Pasientar i gruppe A, B, C og D vil bli prioritert i dei utvida opningstidene. Pasientar som treng mykje behandling, og foreldre som skal følgje barna, slepp då å ta mykje fri frå skule og jobb for å få tannbehandling.

Ved utvida opningstider oppnår ein større utnyttingsgrad av behandlingsrom og utstyr. Vi må forvente at auka opningstider vil gje auka personalkostnader, men må løysast innanfor ordinære driftsrammer.

Fleire fylkeskommunar i Noreg vurderer utvida opningstider på dei store tannklinikkane, og nokre har allereie innført det (t.d. Nordland, Akershus, Telemark). I byar som eks. Oslo, Bergen, Stavanger og Tromsø er det ein trend blant private tannlegesenter med kveldsope for å tilretteleggje for pasientane, nå ut til fleire og ha betre utstyrsutnytting.

## 6. Effektivisering av drift, ressursbruk og administrasjon/fag

### 6.1 Fagmiljø og rekrutteringskraft

Ein ny klinikkstruktur inneber færre men større einingar. Dette gir større fagmiljø og betre føresetnader for å kvalitetssikre tenestene som blir levert til innbyggjarane, og til å stabilisere kompetansen på tannklinikken.

For mange tilsette betyr det mykje å ha eit fagmiljø der ein kan ha eit nært samarbeid og diskutere fag. Dei faglege utfordringane er mange, og det er viktig å ha nære støttespelarar og kollegaer som kan hjelpe kvarandre, utveksle erfaringar og byggje kompetanse saman. Det vil bidra til å heve den generelle kvaliteten på tenestene.

Einmannsklinikkar vil ha mindre rekrutteringskraft enn kompetansemiljø og breiare fagmiljø i større einingar, i eller nær større befolkningscenter. Dei fleste høgt utdanna ønskar og har behov for å jobbe i trygge og gode fagmiljø. Ei kjerne av fagpersonar på kvar eining vil vere ei drivkraft for fagleg utvikling og ein viktig faktor for stabilitet og kontinuitet. I ei undersøking opplyser 7 av 10 av sisteårs odontologistudentar at jobb i eller nær ein tettstad er viktig. Det er også viktig med arbeidsstad i samsvar med ektefelle/sambuar sine ønske og planar, og at jobben inneheld faglege utfordringar i tillegg til det å kunne jobbe saman med andre.<sup>7</sup>

Fram til no har mange av dei minste distriktstannklinikkane hatt ei stabil og god bemanning med høg produktivitet. Vi er inne i eit generasjonsskifte, og etterkvart som dei stabile tannhelsesekretærene og tannlegane avsluttar sine yrkeskarrierar, ser vi at dei små klinikkane blir endå meir utsette for vakansar ved utskifting av personell, høgare turnover/personalgjennomtrekk, fødselspermisjonar o.l. I slike situasjonar blir dei minste klinikkane og kommunane ståande utan eit fagleg stabilt behandlingstilbod, og brukarane blir den tapande parten. Ved å etablere større klinikkar vil medarbeidarane i større grad oppretthalde brei og høg kompetanse som ikkje er sårbar ved fråvær av enkeltpersonar. Stabil bemanning er ein kritisk faktor for produksjon, arbeidsmiljø og sjukefråvær.

## 6.2 Oppgåvedeling og kompetansekrav

Stortingsmelding nr. 35 (2006-2007)<sup>4</sup> tilrår optimal samansetting av profesjonsgruppene i tannhelsetenesta: «*Tannhelseutviklingen i befolkningen og behovet for nødvendig tannhelsehjelp har endret seg vesentlig de siste 30 – 40 år. En effektiv ressursutnyttelse av tannhelsepersonell tilsier større endringer i oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger, og at tannpleiere i økende grad ivaretar førstelinje-rollen med regelmessige tannhelsekontroller.*»

Oppgåvefordelinga mellom tannlege, tannpleiar og tannhelsesekretær må bli utført etter BEON-prinsippet, dvs. best eigna omsorgsnivå. Det viser seg at det mest kostnadseffektive forholdstalet er minst ein tannpleiarar for kvar 3. tannlege. Fleire tannpleiarar, særleg i førstelinja, vil spare tannlegeressursar og leggje til rette for meir helsefremjande og førebyggjande arbeid. Tannpleiarar gjennomfører undersøkingar, tilsynsfunksjonar, førebyggjande arbeid og utoverretta verksemd, slik at tannlegane kan bruke meir av si tid på å behandle sjukdom. I ny klinikkstruktur vil vi få tannpleiar på dei fleste tannklinikane, og vi kan arbeide vidare med å optimalisere personalsamansetjinga utifrå pasientgrunnlaget.

Stortingsmelding 35 (2006-2007) seier følgjande om klinikkstorleik: «For å oppnå en mer hensiktsmessig oppgavefordeling innenfor tannhelsetjenesten, må klinikkene være av en viss størrelse. Klinikksammenslåing er derfor en forutsetning for at ressursene skal kunne utnyttes best mulig. De fleste fylkeskommunene har gjennomført eller er i ferd med å gjennomføre, en betydelig sentralisering av klinikkstruktur.»

Med mange einmannsklinikkar i fylket er det fleire tannklinikkar som ikkje har tannpleiar. Om ein får samla personalet på større klinikkar vil tannpleiarane kunne ta meir av førstelinjearbeidet, og tannhelsesekretærar med opplæring/utdanning kan gjere meir folkehelsearbeid der dette er tenleg.

Vi har i dag ein situasjon der fleire tannklinikkar blir styrde av klinikksefjar som har sitt daglege verke på ein annan klinikk. Større einingar vil medføre at fleire tilsette får dagleg kontakt med sin nærmaste leiar for fagleg oppfølging og kvalitetssikring av tenestene.

Det vert arbeidd med auka samlokalisering av administrasjonen og fagavdelinga. Dette inneber ei effektivisering og betre samordning av arbeidsoppgåvene i leiinga. Vi oppnår eit tettare samarbeid og kollegialt fagmiljø i leiing og administrasjon. Omlegging av skyssutgifter og digitalisering av oppgåver vil effektivisere drifta i administrasjonen vidare.

## 7. Økonomi

### 7.1 Investeringar

Det er stor variasjon i standarden på tannklinikane i fylket. Tannhelsetenesta har dei siste åra oppgradert fleire tannklinikkar. Uavhengig av den framtidige klinikkstrukturen er det fleire klinikkar som har behov for oppussing, ombygging eller utviding. Dette kan gi noko auka husleige. Vi ser alt no at det er naudsynt å oppgradere tannklinikane i Førde, Måløy, Høyanger, Dale, Florø, Stryn og Lærdal. Ved ein reduksjon frå 28 til 15 klinikkar kan ein oppnå ein netto reduksjon på ca.10 behandlingsrom.

Når ein tannklinik treng å utvide lokala, eller treng nye lokale, må fylkeskommunen si byggje- og eigedomsteneste og huseigar vurdere om det er mogeleg å nytte eksisterande bygg eller andre alternativ,

inkl. fylkeskommunale bygg. Høyanger er einaste tannklinikken som ligg i fylkeskommunalt bygg i dag, dei andre lokalitetane vert leigde av både private og kommunar. Å pusse opp eller utvide tannklinikkar kan medføre auka husleige der fylkeskommunen ikkje er eigar. Ein må gjere byggmessige vurderingar i eit langt tidsperspektiv.

Ved å samle tannklinikane i større einingar må vi styrke desse tilsvarande. Det er ønskjeleg at lokala og utstyret skal vere moderne og framtidsretta, med universell utforming som sikrar tilgjenge for funksjonshemma. Tannhelsetenesta føreset at investeringsbehovet vert løyst innanfor tannhelsetenesta sine investeringsrammer, bortsett frå ved Førde tannklinik som treng nye eller utvida lokaler. Det same gjeld Dale tannklinik, men der er tannhelsetenesta allereie i ein prosess uavhengig av ny klinikstruktur.

## 7.2 Potensielle innsparingstiltak

Både i 2015 og 2016 har tannhelsetenesta gjort grep for å nå dei økonomiske rammene.

I 2015 har tannhelsetenesta spart inn 3 mill. kr på budsjettet gjennom bl.a. å leggje naturlege avgangar på innsparing, auke takstane, effektivisere folkehelsearbeidet, redusere kursmidlar og spare inn på vedlikehald og diverse fellesfunksjonar/utgifter:

2015	Innsparing
Reduksjon bemanning	1 300 000
Takstauke	800 000
Effektivisering av folkehelsearbeid	100 000
Reduksjon kursmidlar	300 000
Innsparing vedlikehald	200 000
Diverse fellesfunksjonar	300 000
<b>Sum</b>	<b>3 000 000</b>

I budsjettet for 2016 er innsparingstiltaka for 2015 vidareførde, med redusert bemanning i administrasjon/leiing, redusert rekrutterings- og stabiliseringstiltak for tannlegar, flytting av dentalverkstaden til Fylkeshuset og innsparing på fellesutgifter:

2016	Innsparing
Reduksjon bemanning	760 000
Reduksjon adm/fag	1 000 000
Reduksjon rekruttering – og stabiliseringstiltak	320 000
Dentalverkstaden	30 000
Fellesutgifter	210 000
<b>Sum</b>	<b>2 320 000</b>

I 2017 vil vi kunne redusere bemanninga i administrasjon/leiing ytterlegare, men dette føreset effektivisering av drift og redusert tal tannklinikkar. I tillegg må rekrutterings- og stabiliseringstiltak og kursmidlar reduserast ytterlegare. Vi får effekt av avvikling av små tannklinikkar med innsparing på husleige, driftskostnader og reinhald. Om endring av skyssutgifter trer i kraft, vil vi kunne hente noko innsparing. I tillegg vil vi få reduserte ambuleringskostnader. Samla innsparingspotensiale er rekna til 2,97 mill. kr i 2017:

<b>2017</b>	<b>Innsparing</b>
Auke bemanning	+60 000
Reduksjon adm/fag	900 000
Reduksjon rekrutterings – og stabiliseringstiltak	460 000
Reduksjon kursutviklingsmidlar	150 000
Reduksjon husleige/driftsutgifter	850 000
Reinhaldar	300 000
Ambuleringsutgifter	170 000
Skyssutgifter	200 000
<b>Sum</b>	<b>2 970 000</b>

I 2018 får vi framleis effekt av å redusere rekrutterings- og stabiliseringstiltak, men vi får ein auke i husleiger og driftskostnader pga. utviding av Førde og Dale tannklinikk. Ambuleringsutgiftene vil gå ned, og vi vil kunne forvente ei auka inntening pga. meir tid til pasientbehandling i tillegg til planlagd takstauke. Innanfor IKT vil vi kunne spare noko i kommunikasjonskostnader, men den store effekten her vert ikkje før i 2019-20. Vi får noko auka utgifter med utvida opningstider. Samla innsparingspotensial er rekna til 2,71 mill. kr i 2018:

<b>2018</b>	<b>Innsparing</b>
Reduksjon bemanning	40 000
Reduksjon rekruttering – og stabiliseringstiltak	560 000
Auke husleige/driftsutgifter	+430 000
Ambuleringsutgifter	390 000
Auka inntening	1 600 000
Utgifter utvida opningstid	+120 000
IKT	170 000
Takstauke	500 000
<b>Sum</b>	<b>2 710 000</b>

Samla sett møter dei potensielle innsparingane over den økonomiske utgreiingsramma på 11 mill. kr.

<b>År</b>	<b>Innsparing</b>
2015	3 000 000
2016	2 320 000
2017	2 970 000
2018	2 710 000
Sum	11 000 000

### 7.3 Risikovurdering

Risikoområde	Sannsynlegheit	Konsekvens	Risikoreduserande tiltak
Reforhandlingar av nye husleiger	Middels	Større utgifter enn forventa	Vurdere alternative lokasjonar, inklusiv fylkeskommunale bygg.
Inga endring i forskrift om skyssutgifter	Middels	Auka utgifter i staden for innsparing	Få fram viktigheita av at forskrifta vert endra, og synleggjere alternative kutt.
Inntening	Liten	Mindre inntekt	Vere bevisst på standardar for innteningskrav.
Utgifter utvida opningstid	Middels	Større eller mindre utgifter	Vanskeleg å føresjå behovet for utvida opningstid og kor mykje det vil koste tenesta. Lokale forhold avgjer. Dette må tilpassast dei økonomiske driftsrammene til tannhelsetenesta og personalressursane.

Tabellen syner dei risikoområda som kan påverke målsetjinga om ei innsparing på 11 mill.kr. Til dømes vil reforhandling av nye husleiger kunne få større utgifter enn forventa, og vi vurderer sannsynlegheita for å vere middels høg. Risikoreduserande tiltak vil seie at ein vurderer alternative løysningar for lokalisering.

### 7.4 Kommentar til innsparingstiltak

#### Rekrutterings- og stabiliseringstiltak for tannlegar

Det har tidlegare vore vanskeleg å rekruttere kvalifiserte tannlegar til distrikta og til einmannsklinikkar. Tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane har derfor hatt gode rekrutterings- og stabiliseringstiltak for tannlegar for å bli meir attraktive. Som døme har tannlegar fått utbetalt ein eingongssum etter 2, 5, 7 og 10 år i teneste. Tannlegar har også fått ein «barnefridag», der dei jobbar 80 % med 100 % løn dersom dei har barn i alderen 0-6 år. Dette blei redusert til 0-3 år i 2013. For å nå den økonomiske ramma er det naudsynt å fjerne desse rekrutterings- og stabiliseringstiltaka i perioden fram mot 2019, med unntak av eingongssum etter 2 år. Vi ser på det som naudsynt å behalde 2-årsutbetalinga fordi det er svært kostbart for tannhelsetenesta med turnover på tannlegar som har vore i arbeid i mindre enn 2 år.

Vi har sett at rekrutteringssituasjonen har betra seg dei siste par åra, og større tannklinikkar med større fagmiljø og samarbeid med tannpleiarar kan bidra med å gjere tannhelsetenesta meir attraktiv for å rekruttere og stabilisere tannlegar i framtida.

#### Støtte til kursmidlar

Kursmidlar for tilsette vert redusert for å nå dei nye økonomiske rammene. § 6-1 i lov om tannhelsetenester definerer fylkeskommunen sitt ansvar for opplæring og etterutdanning av tannhelsepersonell. Den norske tannlegeforening (NTF) har vedtatt eigne retningslinjer for etterutdanning av tannlegar der yrkesaktive medlemmar skal gjennomføre 150 timar etterutdanning i

løpet av ein 5-års periode (teljande frå 2010). Tannhelsetenesta vil derfor prioritere kursmidlar dersom økonomien tilseier det i framtida.

Fylkeskommunen legg til rette for etter- og vidareutdanning ved å gi permisjon med lønn for tilsette som reiser på kurs. Dei tilsette i tannhelsetenesta får dekkja eit todagarskurs i regi av Sogn og Fjordane tannlegeforening årleg. Tannlegene kan også delta på tannlegeforeninga si systematiske etterutdanning, TSE. Det er i 2015 sett eit tak på tal deltakarar som får TSE-kurset dekt. Fylkeskommunen legg også til rette for hospitering, noko mange tilsette har nytta seg av for fagleg utvikling. I tillegg til dette kjem kursmidlane som Sogn og Fjordane fylkeskommune tidlegare har vore rause med i forhold til andre fylker. Vi har måtte stramme inn på kursmidlar, men ligg fortsatt over nivået i andre fylker som Hordaland og Rogaland.

### Auka inntening

I samsvar med mandatet har vi også vurdert innteningspotensialet. Vi kan forvente ei auka inntening som følge av at tidlegare rekrutteringstiltak (barnefridag) fell vekk og at tannlegar slepp å bruke arbeidstid på køyring/ambulering til andre tannklinikkar, folkehelsearbeid og liknande oppgåver.

Ei prisundersøking viser at takstane i tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane er på høgde med dei private tannlegane i fylket. Den offentlege tannhelsetenesta ønskjer ikkje å forsterke konkurransen med dei private tannlegane, men på stader der det ikkje er private tannlegar skal den offentlege tannhelsetenesta sørge for at tannhelsetenester i rimeleg grad er tilgjengelege for alle. Vi vil halde fram med å justere takstane våre slik at dei er på høgde med dei private tannklinikane for å unngå kryss-subsidiering. (jf. ESA-dommen<sup>9</sup>).

Vi føreset at det ikkje vert kostnader ved flytting av personale, då personalet i tannhelsetenesta er tilsett i fylkeskommunen og ikkje på den enkelte tannklinikken.

## 8. Forslag til ny klinikkstruktur

### 8.1 Bakgrunn for forslaget

I lov om tannhelsetenester heiter det at den offentlege tannhelsetenesta skal organisere førebyggjande tiltak til heile befolkninga. Den skal gje eit regelmessig og oppsøkkande tilbod til definerte grupper, jf. § 1-3 - Omfang av Den offentlege tannhelsetenesta.

Der det ikkje er private aktørar skal fylkeskommunen sørge for at tannhelsetenester i rimeleg grad er tilgjengelege for alle.

**Stortingsmelding nr. 35 (2006-2007) om tannhelsetenesta vektlegg effektiv ressursutnytting. Det føreset strukturendringar i den offentlege tannhelsetenesta, og dei fleste fylkeskommunar i Norge har gjennomført, eller er i ferd med å gjennomføre, endringar i klinikkstrukturen. Meldinga poengterer at for å oppnå ei meir tenleg oppgåvefordeling mellom profesjonane og tenesta som heilskap, må klinikkane vere av ein viss storleik.**

## 8.2 Modell for ny klinikkstruktur

Tannhelsetenesta er ei svært desentralisert teneste, med minst ein tannklinikk i kvar kommune i dag. I nokre kommunar er det fleire klinikkar. Det er muleg å finne fram til ein klinikkstruktur som tener folk på ein god måte og som samstundes kan forsvare økonomisk. Det vert prioritert å leggje opp til ein framtidsretta klinikkstruktur med stor fagleg tyngde. Når ein framtidsretta klinikkstruktur er på plass, må ein jobbe langsiktig med å optimalisere personalsamansetjinga i forhold til pasientgrunnet.

### Mål for ny klinikkstruktur:

- Ei klinikkorganisering som gir dei prioriterte gruppene eit fagleg godt og likeverdig tannhelsetilbod innanfor ein akseptabel reiseavstand.
- Eit behandlingstilbod som tek omsyn til demografiske endringar og kommunikasjonstilhøve i ulike delar av fylket.
- Ei klinikkorganisering som byggjer på faglege, økonomiske og samfunnsmessige vurderingar.
- Klinikkeiningar som tilfredsstillar prinsipp og lovkrav om universell utforming og sikrar tilgjenge for funksjonshemma.
- Gode løysingar for kompetansebygging lokalt gjennom eit samarbeid med andre delar av helsetenesta, som sikrar dei måla som er sette for folkehelsearbeidet i tannhelsetenesta.
- Eit godt samarbeid med kommunane om etablering av undersøkingsrom og enkle behandlingseiningar knytte til kommunehelsetenesta.
- Eit auka søkjelys på kvalitet og pasientsikkerheit i behandlinga. Pasientane sitt behov er førande for struktur og innhald i tenesta.

Vi har i dag samarbeidsavtale med Førde sentralsjukehus om narkosebehandling for pasientgrupper som har problem med å meistre nødvendig tannbehandling i vaken tilstand. Tannlegar i den offentlege tannhelsetenesta står for behandlinga, og pasientane blir overvaka av narkoselege og sjukepleiar. I ny klinikkstruktur vil ein behalde narkosetilbodet på Førde sentralsjukehus som det er i dag. Stillinga vil bli lagt under Førde tannklinikk sitt stillingsbudsjett i framtida.

Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetenester, også spesialisttenester, er tilgjengelig for alle som bur eller oppheld seg i fylket (St.meld. nr. 35). I ny klinikkstruktur vil ein vidareutvikle samarbeidet med Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vest (TkVest) i Bergen om tilvisningar til spesialistar og kompetanseutvikling av vårt eige personell. Ein vil også greie ut tilhøva og leggje til rette for ein eventuell spesialistklinikk i Førde på sikt, med ønske om å utvikle tenestene for innbyggjarane.

Det blir jobba med å etablere eit TOO-team (Tortur, Overgrep, Odontofobi) i Florø i løpet av 2015. Teamet skal jobbe med vaksne pasientar som har vore utsette for tortur eller overgrep, eller har sterk angst for tannbehandling (odontofobi). Teamet skal jobbe med angstbehandling, og har knytt til seg ein psykolog.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> TOO er eit satsingsområde i Helsedirektoratet som gir midlar til fylkeskommunane gjennom TOO-prosjekt.

### 8.3 Funksjonsfordeling i ein ny klinikkstruktur

Arbeidsgruppa gjer framlegg om ein slik framtidsretta modell:

- Vi går frå dagens 28 tannklinikkar til ein framtidsretta struktur med 17 klinikkar frå 01.01.2018.
- Frå 2020 etablerer vi ein tannklinikstruktur med 15 klinikkar.
- Ambulerings- og einmannsklinikkane i Naustdal, Vassenden, Sande, Svelgen, Askvoll, Bremanger, Selje, Balestrand, Leikanger, Innvik og Hornindal vert avvikla.
- Tannklinikane i Aurland og Hyllestad held fram til 2020. Desse vert samlokaliserte med nærliggjande tannklinikkar i løpet av 2020 grunna naturleg avgang.
- Klinikane i Eivindvik og Hardbakke er einmanns – og ambuleringsklinikkar som vi meiner bør oppretthaldast grunna lang reiseavstand for pasientar i Gulen og Solund dersom dei vert flytta.
- Vik tannklinik vert oppretthalden m.a. grunna klinikken sitt ansvar for pasientar frå Vik fengsel.
- Klinikane i Førde, Dale og Høyanger vert utvida for å kunne levere tenester til fleire innbyggjarar.
- Klinikane i Florø, Stryn, Lærdal og Vågsøy vert oppgraderte slik at dei svarer til dagens kvalitetskrav.
- Planleggingsarbeidet ved Vågsøy og Høyanger tannklinikkar har starta i 2015.

Arbeidsgruppa meiner fylkeskommunen i ein slik framtidsretta modell ivaretek følgjande fokusområde:

- Reiseavstand: Dei aller fleste pasientane får under ein time reiseveg til næraste tannklinik.
- Skyssutgifter: Endra forskrift om skyssutgifter vil medføre effektivisering av drifta og reduserte skyssutgifter. Dersom forskrifta vert vidareført som i dag, vil kostnadane auke i og med at fleire innbyggjarar fell inn under retten til dekking av skyssutgifter.
- Tilbod om utvida opningstider ved sentralklinikkar betrar tilgjenge for pasientar med lengre reiseveg. I første omgang bør det opprettast eitt team per sentralklinik, men dette kan etter kvart justerast i tråd med gjeldande etterspurnad og ev. andre lokale forhold.
- Kapasitetsutnytting: Der klinikken har meir enn 1:1 tannhelsesekretær-tannlege, gjer tannhelsesekretær resepsjonsoppgåver, assisterer tannpleiar og utfører folkehelsearbeid etter nærare avtale.
- Ressursoptimalisering: Når ny klinikkstruktur er på plass, har vi betre høve til å optimalisere bruken av personalet i tråd med pasientgrunnlaget og –behova i fylket.

### 8.4 Personalsamansetjing i 2019

Skisse som utgangspunkt for framtidig personalsamansetjing i tannhelsetenesta.

Sentralklinikk	Samlokalisering	Tannlege	Tannpleiar	Tannhelsesekretær
Førde	Naustdal, Vassenden, Sande	6,00	2,00	6,70
Florø	Svelgen	4,00	2,00	4,50
Sogndal	Leikanger	4,10	1,50	4,50
Dale	Askvoll	3,00	1,10	3,50
<b>Lokalklinikk</b>				
Måløy	Bremanger, Selje	3,00	1,50	3,50
Eivindvik, Hardbakke ambl.		1,00	0,60	1,10
Høyanger	Balestrand	3,00	0,80	3,00
Hyllestad		1,00	0,40	1,00



Stryn	Innvik, Hornindal	3,00	2,00	3,40
Eid		2,00	1,00	2,00
Sandane		2,00	1,00	2,00
Gaupne		1,50	1,00	1,50
Lærdal		1,00		1,00
Aurland		1,00		1,00
Vik		0,60	0,20	0,60
Årdal		2,00	0,80	2,00
Kjevekir.poliklinikk		0,40		0,50
2016		37,70	14,80	43,55
2019		38,60	15,90	41,30
Endring i bemanning		+0,90	+1,10	-2,25

Dei samla personalressursane i 2016 og 2019 er rammer for framtidig tannhelseteneste, men det kan vere behov for enkelte justeringar på dei ulike klinikkane.

Personalsamansetninga innanfor reinhald må vurderast i etterkant av etablering av eventuell ny klinikkstruktur.

Omgrep av klinikkar – sjå vedlegg 2.

#### Fagleg vurdering av ny klinikkstruktur:

- Klinikane er store nok til å ta hand om pasientane ved vakansar, feriar og permisjonar. Det fører til at innbyggjarane får stabile og føreseielege tannhelsetenester av god kvalitet innanfor ein rimeleg reiseavstand.
- Folkehelsearbeidet kan koordinerast med samarbeidspartane på ein effektiv og god måte.
- Innbyggjarane får mest mogeleg likeverdige tenester med tanke på tilgjenge og kvalitet.
- Tannhelsetenester kan leverast med effektiv ressursbruk og i tråd med BEON-prinsippet, dvs. best eigna omsorgsnivå. Vi kan optimalisere bemanninga med tanke på pasientgrunnlag.
- Styrkjer tannklinikane der det er sterkast folketalsvekst.
- Færre klinikkar vil gje betre kontroll på felles rutinar.
- Utvida opningstid – meir tilgjengeleg teneste.
- Store nok og robuste einingar gir attraktive fagmiljø med høg fagleg standard og utviklingsmoglegheiter, noko som er viktig for å vere konkurransedyktige i kampen om rett kompetanse. Det kjem innbyggjarane til gode i form av auka kvalitet og stabilitet i den tenesta som skal leverast.

## 8.6 Referansar

1. [Strategisk handlingsplan for Den offentlege tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane 2010-2013](#)
2. Organisering og klinikkstruktur for Den offentleg tannhelsetenesta 2011
3. Rettleiar Tenner for livet – helsefremjande og førebyggjande arbeid (1999)  
[https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/veiledningsserien/tenner\\_livet\\_ik-2659.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/veiledningsserien/tenner_livet_ik-2659.pdf)
4. Stortingsmelding nr. 35 Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning — Framtidas tannhelsetjenester  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-35-2006-2007-/id475114/?ch=1>
5. Lov om folkehelsearbeid (folkehelselova)  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
6. Folkehelseinstituttet  
<http://www.fhi.no/tema/tenner-og-munnhelse/fakta-om-tannhelse>
7. Holst, D., Grytten, J. og Skau, I. Tannlegestudenters planer og forventninger til arbeid i tannhelsetjenesten Nor Tannlegeforen Tid 2002; 112: 776 – 80.
8. Fylkesspegelen  
<http://www.sfj.no/folketalsframskrivingar.343489.nn.html>
9. Prop.16 L (2014-2015) Endringer i tannhelsetjenesteloven (tiltak for å unngå kryssubsidiering)  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5bd5c3b2f61b4cb78c859871372577d7/no/pdfs/prp201420150016000dddpdfs.pdf>

## Vedlegg 1 – Lov- og regelverk

Lov om tannhelsetenesta vart vedteken av Stortinget 23. juni 1983, og sett i verk frå 01.01.1984. Sogn og Fjordane fylkeskommune har arbeidd systematisk for å tilpasse tannhelsetenesta til ei ny tid og nye utfordringar. Lov om tannhelsetenesta § 1-3 definerer tannhelsetenesta sine lovpålagde oppgåver slik:

§ 1-3 - Omfang av Den offentlege tannhelsetenesta:

Den offentlege tannhelsetenesta skal organisere førebyggjande tiltak til heile befolkninga. Den skal gje eit regelmessig og oppsøkkande tilbod til:

- a) Barn og ungdom frå fødsel til og med det året dei fyller 18 år
- b) Psykisk utviklingshemma i og utanfor institusjon
- c) Eldre, langtidsjuke og uføre i institusjon og heimesjukepleie
- d) Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.
- e) Andre grupper som fylkeskommunen har vedteke å prioritere.

Gruppene (a-e) er lista opp i prioritert rekkefølge. Førebyggjande tiltak skal prioriterast framfor behandling.

I tillegg til dei prioriterte oppgåvene kan den offentlege tannhelsetenesta yte tenester til vaksne (betalande klientell), slik fylkeskommunen bestemmer.

Tilbod til gruppa rus og fengsel er heimla i rundskriv:

Rundskriv I-2/2006 og I-4/2008 frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) med tilbod om tannbehandling til rusavhengige og innsette i fengsel.

Fylkeskommunen har i dag eit «sørgje for» ansvar for tannhelsetenester, medan det i framtida også vil komme eit «følgje med» ansvar.

Andre lover, stortingsmeldingar og fylkestingvedtak som gjev tannhelsetenesta retningslinjer:

- a) Lov om folkehelsearbeid av 1. januar 2012
- b) Stortingsmelding nr. 35 "Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelseteneste"
- c) Fylkestingsak 6/10 og 50/13 Strategisk handlingsplan for Den offentlege tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane 2010–2013 og 2014–2017
- d) Fylkesutvalsak 58/11 Den offentlege tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane Organisering og klinikkstruktur
- e) Fylkestingsak 61/10 Lovdata 2011 Forskrift om dekking av skyssutgifter for pasientar i den offentlege tannhelsetenesta, Sogn og Fjordane

## Vedlegg 2 – Omgrep

### **Spesialistklinikk:**

Ein klinikk med personale med spesialisert kompetanse, tannklinikken kan såleis tilby spesialiserte tenester for heile fylket. Avansert behandlingstilbod og tilvisingar ut frå bemanning og utstyr. Knytt opp mot TkVest (Kompetansesenter Vest).

### **Sentralklinikk:**

Ein større klinikk i dei største tettstadane/byane i fylket. Har ein eller fleire av følgjande fagpersonale: tannlege, tannpleiar og tannhelsesekretær. Bør ha bemanning i resepsjon.

### **Lokalklinikk:**

Middels stor klinikk, kan ha ein eller fleire av følgjande fagpersonale: tannlege, tannpleiar og tannhelsesekretær.

### **Einmannsklinikk:**

Liten klinikk med berre ein tannlege og ein tannhelsesekretær. Kan ha nokre dagar med tannpleiar.

### **Ambuleringsklinikk:**

Klinikken er utan fast bemanning, men blir bemanna nokre dagar frå ein nærliggjande større klinikk. Kan vere lokalisert på sjukeheim.

## Vedlegg 3 – Framskrive folketal etter region, alder, tid m.m.

Framskrive folketal, etter region, alder, tid og statistikkvariabel

Kjelde: Fylkesspegelen

Kommune	2015	2030	Endringar 0 -19 år	Endringar 20 – 66 år	Endringar 67- 79 år	Endringar 80 +	Endringar totalt
Flora	11888	12709	- 61	-20	+ 602	+ 300	+ 821
Gulen	2321	2548	+ 43	+ 72	+ 39	+ 73	+ 227
Solund	814	711	- 41	- 119	+ 33	+ 24	- 103
Hyllestad	1383	1183	- 98	- 135	- 33	+ 66	- 200
Høyanger	4124	3853	- 289	- 210	+ 163	+ 65	- 271
Vik	2671	2437	- 105	- 226	+ 76	+ 21	- 234
Balestrand	1303	1274	- 55	- 65	+ 67	+ 24	- 29
Leikanger	2300	2577	+ 26	+ 97	+ 79	+ 75	+ 277
Sogndal	7754	9808	+ 477	+ 1127	+ 257	+ 193	+ 2054
Aurland	1720	1735	- 21	- 55	+ 67	+ 24	+ 15
Lærdal	2175	2085	- 82	- 152	+ 89	+ 55	- 90
Årdal	5463	5098	- 227	- 402	+ 161	+ 103	- 365
Luster	5119	5642	+ 56	+ 180	+ 205	+ 82	+ 523
Askvoll	2980	2838	- 66	- 203	+ 58	+ 69	- 142
Fjaler	2856	3183	+ 407	- 194	+ 50	+ 64	+ 327
Gaular	2951	3281	+ 15	+ 110	+ 177	+ 28	+ 330
Jølster	3080	3246	- 110	+ 111	+ 106	+ 59	+ 116
Førde	12768	14437	- 74	+ 619	+ 820	+ 304	+ 1669
Naustdal	2787	3002	- 16	+ 70	- 97	+ 64	+ 215
Bremanger	3963	4030	- 14	+ 20	+ 13	+ 48	+ 67
Vågsøy	6102	6422	- 23	- 75	+ 319	+ 99	+ 320
Selje	2776	2747	+ 2	- 233	+ 118	+ 84	- 29
Eid	5928	6080	- 139	- 120	+ 222	+ 189	+ 152
Hornindal	1221	1165	- 44	- 42	+ 35	- 5	- 56
Gloppen	5687	5923	+ 36	- 158	+ 242	+ 116	+ 236
Stryn	7158	7849	+ 6	+ 284	+ 217	+ 184	+ 691

## Vedlegg 4 – Reiseavstand

Kjelde: Fylkesatlas – Sogn og Fjordane fylkeskommune

Tabellen viser reiseavstandar mellom skular og tannklinikkar i ein framtidig klinikkstruktur. Skular som i dag ligg innanfor ein reiseavstand på 20 minutt til tannklinik er ikkje tatt med i tabellen.

Tannklinik	Skule	Reiseavstand	
Førde	Frøysand skule	39,0 km/39 min	Som i dag
	Holsen skule	21,2 km/23 min	Som i dag
	Vevring skule	34,9 km/36 min	Ny
	Vassenden skule	20,9km/24 min	Ny
	Naustdal barne- og ungdomsskule	12,5km/13 min	Ny
	Horstad skule	18,6 km/20 min	Ny
	Karstad skule	17,0 km/19 min	Som i dag
	Sande skule	21,8 km/22 min	Ny
	Viksdalen skule	39,5km/40 min	Ny
	Gjelsvik skule	32,5 km/34 min	Som i dag
	Bygstad skule	20,2 km/21 min	Ny
Florø	Svelgen oppvekst	56,6 km/55 min	Ny
	Stavang skule	46,5 km/46 min	Som i dag
	Solheim skule	30,9 km/29 min	Som i dag
	Steinhovden skule	37,8 km/38 min	Som i dag
	Eikefjord barne- og ungdomsskule	24,8 km/23 min	Som i dag
Måløy	Bryggja skule	22,1 km/22 min	Som i dag
	Selje skule	45,5 km/48 min	Ny
	Stadlandet oppvekstsenter	60,8 km/59 min	Ny
	Ytre Stad skule	73,3 km/1 t 12 min	Ny
	Kalvåg oppvekst	34,4 km/1 t 8 min inkl. ferje	Ny
	Hauge oppvekst	20,8 km/54 min inkl. ferje	Ny
	Kolset oppvekstsenter	23,2 km/54 min inkl. ferje	Ny
Dale	Hyllestad skule	41,5 km/41 min	Ny
	Askvoll skule	20,5 km/22 min	Ny
	Guddal skule	28,3 km/32 min	Som i dag
	Våge skule	35,0 km/38 min	Som i dag
	Atløy skule	28,5 km/45 min inkl. ferje	Ny
	Bulandet skule	54 km, 1t 55 min inkl. ferje	22 min lenger enn i dag
Eivindvik	Dalsøyra skule	24,3 km/27 min	Som i dag
	Brekke skule	39,9 km/42 min	Som i dag
	Byrknes skule	56,5 km/58 min	Som i dag

Høyanger	Vadheim skule	24,9 km/26 min	Som i dag
	Bjordal skule	85,4 km/1 t 43 min inkl. ferje	Som i dag
	Sagatun skule	43,8 km/42 min	Ny
	Lavik skule	49,2 km/47 min	Som i dag
Vik	Fresvik skule	36,7 km/38 min	Som i dag
	Feios skule	20,1 km/22 min	Som i dag
	Valsvik skule	19,8 km/21 min	Som i dag
Sogndal	Leikanger barneskule	21,8 km/24 min	Ny
	Fjærland skule	38,1 km/36 min	Som i dag
Lærdal	Borgund barne- og ungdomsskule	29,3 km/29 min	Som i dag
	Flåm skule	43,3 km/41 min	Ny
	Aurland barne- og ungdomsskule	32,5 km/30 min	Ny
Sandane	Skei skule	37,4 km/36 min	Ny
	Hyen skule	32,7 km/34 min	Som i dag
Eid	Davik oppvekst	30,3 km/46 min inkl. ferje	Som i dag
	Kjølsdalen monterssorskule	21,4 km/22 min	Som i dag
	Ålfoten oppvekstsenter	27,9 km/45 min	Som i dag
Stryn	Hornindal skule	23,7 km/23 min	Ny
	Olden skule	17,0 km/20 min	Som i dag
	Rand skule	29,6 km/35 min	Som i dag
	Innvik skule	34,0 km/36 min	Ny
	Oppstryn skule	27,1 km/26 min	Som i dag
Gaupne	Veitastrond skule	43,4 km/45 min	Som i dag
	Skjolden oppvekstsenter	25,7 km/27 min	Som i dag
	Jostedal oppvekstsenter	27,5 km/27 min	Som i dag