



Rapport

Momenter til vurdering ved, og mulige konsekvenser av overføring av ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten i Hedmark, fra fylkeskommunen til kommunene

Bergen/Hamar 31. januar 2017

INNHold

0. Mandat
1. Kort oppsummering
2. Dagens situasjon – fylkestannlegens arbeidsområde
3. Tannhelse, befolkningsutvikling og organisasjonsmessige utfordringer
4. Kommunestruktur i Hedmark
5. Demografi og prognoser for befolkningsveksten
6. Fremtidige organisasjonsløsninger
7. En vurdering av mulige konsekvenser av ansvarsoverføring
8. Konklusjon
9. Vedlegg. Intervjuundersøkelse blant rådmenn i Hedmark fylke om tannhelsetjenesten

0 Rapportens mandat

Som et element i kommunereformen (Stortingsmelding 14, 2014-2015), legger Stortinget opp til at fylkeskommunene innen 1.1.2020, skal overføre ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene i det respektive fylket. I den anledning har fylkestannlegen i Hedmark fylkeskommune ønsket en bredere anlagt rapport for å belyse mulige konsekvenser dette kan få. I oppdragsdokumentet heter det bl.a.:

Anskaffelse av utredning ifm overføring av tannhelsetjenesten i Hedmark fylke fra fylkeskommunen til kommunene. Utredningen skal vurdere konsekvensene av Stortingets vedtak om overføring av tannhelsetjenesten til kommunene fra 1. januar 2020. Utredningen skal benyttes som et underlag i en dialog med kommunene i Hedmark ift mulige løsningsalternativer/praktisk gjennomføring.

Og videre:

Som en konsekvens av vedtaket, og for å få et bedre grunnlag for dialog med de 22 kommunene i Hedmark om hvordan en slik mulig oppgaveoverføring fra fylkeskommunen til kommunene skal foregå, ville det være av verdi og få en uhildet instans til å vurdere;

- *Hvordan kan dette gjennomføres i et fylke som Hedmark med store avstander og med flere kommuner med til dels lavt befolkningsgrunnlag slik at et likeverdig tilbud opprettholdes uansett bosted?*
- *Hva vil en slik overdragelse koste for å sikre kvalitetsmessig god stabilitet i tjenesten når det gjelder bemanning og oppgaveløsning?*

Som tilnærming for arbeidet, er det et grunnleggende premiss at karies er en sykdom som kan forebygges. Til tross for mange års iherdig forskning over hele verden, finnes det ikke vaksine mot karies. Derfor er det forebyggende arbeidet svært viktig: Ved å hjelpe den enkelte med kunnskap og ferdigheter for god oral helse, blir behovet for kostbar reparasjon mindre. Karies kan behandles («hull» kan repareres) og prioriterte grupper har krav på gratis behandling. Derfor er det samfunns mål at nødvendig eller relevant behandling av karies utføres med høy kvalitet til lavest mulig kostnad. Likeledes vil alvorlige sykdommer i munnhulen kreve høy odontologisk kompetanse. Hedmark er et langstrakt fylke og det er en utfordring å sikre et godt odontologisk behandlingstilbud til alle, uansett adresse.

Det har vært et spennende tema å gå inn i, og det er vårt håp at rapporten gir svar som illustrerer de hovedproblemstillinger som er reist i oppdragsdokumentet.

Bergen 31.1.2017

Torbjørn Wilhelmsen

Rådgiver/MBA

WIKOS as

1. Kort oppsummering av rapporten

Hva står på spill dersom ansvaret for tannhelsetjenesten flyttes fra Hedmark fylkeskommune til de 22 kommunene i fylket?

Tannhelsen i den delen av befolkningen i Hedmark hvor tannhelsen kartlegges systematisk, er blant den aller beste i Norge. Resultatet kommer etter mange år med systematisk arbeid på bred front med det mål for øye på den ene side stimulere barn og unge til sunt kosthold og aktivitet, og på den annen side innarbeide gode vaner hva angår munnhygiene.

Resultatet av det samlede forebyggende arbeidet er f.eks at det legges 13.000 færre fyllinger på 6- og 12års jeksler i 2014 om man sammenlikner med tall fra 2007. Siden 2006 har antallet timer brukt til gruppe A (0-18 år) blitt redusert med ca fem tannlegeårsverk grunnet systematisk forebyggende arbeid mot denne gruppen. Frigjort tannlegetid brukes på øvrige grupper med lovmessige rettigheter til fri tannbehandling (gruppene B-E i Lov om tannhelse (1983)).

Den andre siden av dette omhandler organisering av tannhelsetjenesten i fylket. I 2016 har fylkestannlegen 46,7 årsverk med tannleger og 23,85 årsverk med tannpleiere. Disse tar hånd om tannhelsen for 50.000 hedmarkinger med krav på gratis tannbehandling, mens nesten 18.000 voksne betalende pasienter benytter tilbud fra den offentlige tannhelsetjenesten. Dette utgjør 12 prosent av den voksne befolkningen, og svært mange av disse pasientene bor i kommuner hvor der ikke er privatpraktiserende tannleger.

En uforpliktende rundspørring blant rådmenn i de 22 kommunene i Hedmark*, viser at det er nokså laber interesse for å overta ansvaret for tannhelsetjenesten. For byene og de store bynære kommunene, fremstår det som nokså kurant å overta dette ansvaret, men også her, og særlig i de mindre kommunene, gir rådmenn uttrykk for at de ikke ønsker seg dette ansvaret. Hovedgrunnene er at

- 1) de tror ikke det følger fullfinansiering av tjenesten med en virksomhetsoverdragelse, og
- 2) de frykter at kommunen og tettstedet er for lite til både rekruttere og ikke minst utvikle et sterkt nok odontologisk faglig miljø.

Som følge av dette anser rådmennene det som sannsynlig at en eventuell fremtidig organisering vil bli i en eller annen interkommunal løsning. Kombinasjonsmulighetene i et slikt scenario er mange, men en inndeling i så mye som ni selvstendige enheter er ikke utenkelig. I et slikt bilde vil man gå fra en situasjon med stordriftsfordeler, til småskala ulemper for viktige innsatsfaktorer i et helhetlig tannhelsetilbud. Samlet sett vil dette kunne utgjøre en merkostnad på i størrelsesorden 13-15 millioner kroner per år, basert på:

- Ledelse. Behovet vil øke med i størrelsesorden 5,5 millioner kroner.
- Administrasjon. Behovet vil øke med i størrelsesorden 6 millioner kroner.
- IKT. Mer-kostnad vil bli betydelig, gjerne opp mot 1 million kroner, muligens mer.
- Innkjøp. Tap av gunstige avtaler og rabattverdi ved store innkjøp, anslagsvis 1-1,5 millioner kroner.

Tallene er basert på overslag og det hefter usikkerhet om størrelse – ikke minst i lys av at en eventuell fremtidig struktur og organisering, ikke er vedtatt. Men samlet sett vil man i Hedmark stå

*se vedlegg med oppsummering og konklusjon av intervjuundersøkelsen.

overfor et betydelig samfunnsøkonomisk tap om man splitter opp dagens organisasjonsmodell. I tillegg kommer transaksjonskostnadene; engangskostnader knyttet til selve omorganiseringen.

Det viktigste er likevel å sikre god tannhelse i befolkningen og at et adekvat behandlingstilbud er tilgjengelig for alle, uansett bosted, når behovet er til stede. Tannhelsen er viktig for all annen helse, og det vil være et enormt tap for både enkeltmennesker og samfunn dersom en omorganisering av en modell eller struktur som de aller fleste anser som vellykket og veldrevet, skal føre til at tannhelsen forringes og at tilbudet også til voksne, betalende pasienter i distriktene kan bli svekket.

Heller ikke en «status quo» er tilstrekkelig ambisjon ved en eventuell virksomhetsoverdragelse, all den tid det fortsatt arbeides mot enda høyere mål for barn og unges tannhelsestatus til grunn for tannhelsetjenesten i Hedmark fylkeskommune. Verdien av et helhetlig, forebyggende tannhelsearbeid er stor og kan glimtvis tallfestes. Likevel er denne delen av fylkeskommunens tannhelsearbeid underkommunisert med ledelsen i de 22 kommunene i Hedmark.

2. Dagens situasjon

2.1 Fylkestannlegen i Hedmark sitt virkefelt

Den offentlige tannhelsetjenesten har et lovpålagt ansvar for en rekke pasientgrupper (Tannhelsetjenesteloven § 3-1)

- a. Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.
- b. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.
- c. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.
- d. Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.
- e. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

I Hedmark fylkeskommune er tannhelsetjenesten organisert med en fylkestannlege med stab på Hamar, mens tjenesten i linjen er organisert med tre overtannleger i like mange tannhelse-distrikt (se under).

I løpet av de siste 10-15 årene, har tannhelsestatus for innbyggerne i Hedmark fylke blitt radikalt forbedret. I nasjonal sammenheng viser sammenlikninger at tannhelsestatus blant barn og unge er best i landet.

	3 år	5 år	12 år	18 år
Hedmark 2016	96 %	83 %	70 %	33 %
Norge 2014		82%	60%	21%

I 2016 var 96 prosent av fylkets 3-åringer er kariesfrie, 70 prosent av alle 12-åringer har ikke karieserfaring (mot 60 prosent på landsbasis i 2014). En tredel av fylkes 18-åringer har ikke hatt karies (mot 21 prosent på landsbasis (2014)).

Dette vellykkede resultatet er kommet som følge av langvarig og systematisk arbeid med forebyggende tannhelsearbeid i kombinasjon med effektiv bruk av tilgjengelige ressurser. Dette gjenspeiles i statistikken. Mens tannhelsetjenesten brukte 50,6 prosent av tiden på barn og unge i 2006, er dette redusert til 46,7 prosent i 2014, mens kariesprevalensen har gått ned i samme periode.

Kostnaden for å reparere ett enkelt hull (karies) i en blivende tann hos en 12-åring er ca kr 700 eller 1,6 mill kroner for et årskull. Hvis en legger en slik kostnad tall til grunn for alle barn og unge (til og med 18 år) som har krav på gratis tannpleie, snakker vi om en kostnad i størrelsesorden 29 millioner kroner for barn og unge i Hedmark fylke på ett år. Dette er en av mange måter å utrykke at mye står på spill når ansvaret for tannhelsetjenesten skal desentraliseres. **Det viktigste ved en eventuell overføring av ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunene, er å unngå at tannhelsetjenesten mister kvalitet og at kostnaden per innbygger ikke øker.**

Ideelt sett bør en overføring av ansvaret for tannhelsetjenesten føre til økt kvalitet og lavere kostnader ved overføring av ansvaret fra fylkeskommunen til kommunene.

I Hedmark fylke er det 22 kommuner, hvorav 20 kommuner har eget fylkeskommunalt tannhelseenter. Innbyggerne i Rendalen kommune reiser henholdsvis til nabokommunen i sør og i nord for å få utført nødvendig tannbehandling, mens innbyggerne i Engerdal kommune får et offentlig tannhelsetilbud gjennom en privatpraktiserende tannlege som har egen avtale med fylkeskommunen.

Fylkestannlegen er organisert med 22 tannklinikker og hvor tre overtannleger har et regionalt lederansvar. Ved klinikkene er det (omregnet i årsverk)

61,65 tannhelsesekretærer

23,85 tannpleiere

46,7 tannleger

3 overtannleger

7,99 renholdere

I tillegg har fylkestannlegen en sentral stab som teller 6 personer. Samlet er det 147 årsverk fordelt på 176 ansatte hos fylkestannlegen i Hedmark.

Den årlige omsetningen (brutto inntekt fra betalende pasienter og fylkeskommunale driftsmidler og prosjektmidler) for fylkestannlegen er 96,15 millioner (2015). Ved årsslutt hadde tannhelsetjenesten et mindreforbruk på 4,6 millioner kroner («overskudd») Bruttotallene har utviklet seg slik de siste fire årene:

	2013	2014	2015	2016 (budsjett)
Offentlige tilskudd	69.793.599	65.015.421	65.491.808	65.369.600
Betalende pasienter	25.126.426	28.358.993	30.661.846	30.130.500
SUM	94.920.025	93.374.414	96.153.654	95.500.000

Den prosentvise andelen av betalende pasienter er 31 (2015), og denne andelen har vært nokså stabil (varierer fra 30 til 34 prosent). Det er svært store forskjeller kommunene i mellom hvor stor andel tannhelsetjenesten har av voksne betalende pasienter, fra Trysil kommune med 54 prosent i topp, til Hamar og Stange kommuner med 14 prosent.

Hedmark fylke hadde 195.356 innbyggere ved inngangen til 2016. Tannhelsetjenesten i fylkeskommunen hadde i 2015 ansvar for 51.000 pasienter med rett til gratis tannpleie, samt 17.750 voksne betalende pasienter. Til sammen betjener tannhelsetjenesten i Hedmark 35 prosent av befolkningen.

Kostnaden (offentlige tilskudd) for tannhelsetjenesten per innbygger i Hedmark fylkeskommune utgjør kr 335 per år.

Hvis man ser på fylkeskommunenes brutto omsetning (2015) på tannhelseområdet gir dette en gjennomsnittlig «inntekt» på kr 1.399 pr pasient som tannhelsetjenesten er ansvarlig for. Dersom fylkestannlegen hadde vært et forretningsområde, ville en kunne si at enheten (profit center) hadde hatt en inntekt på kr 1.284* for hver som har rett til fri tannbehandling og kr 1.725 for hver voksen betalende pasient.

*Til sammenlikning brukte Oppland fylkeskommune kr 60.732.124 til pasienter med rett til fri tannbehandling, tilsvarende kr 323 kroner pr innbygger og kr 1.412 for hver som har rett til fri tannbehandling. Hordaland fylkeskommune brukte kr 1.582 for hver som har rett til fri tannbehandling.

Når Hedmark fylkeskommune kommer godt ut av sammenlikning med andre, kan det tilskrives faktorer som

- god ressursutnyttelse av personell og materiell (både investering og drift)
 - o Arbeidstid på klinikken blir utnyttet effektivt med betalende voksne pasienter og pasienter med rett til gratis tannbehandling.
 - o Bedre belegg og kapasitetsutnyttelse av investeringer i klinikk.
- organisatoriske stordriftsfordeler som følge av mobil arbeidskraft som flytter seg mellom klinikker
- mange fellestjenester som blir utført sentralt av fylkestannlegen som gjør at det er flere pasienter å dele kostnader på til faglig utvikling og oppdatering av utstyr og materiell mv.

Dette er faktorer som vanskelig kan overføres i en eventuell fremtidig kommunal organisering av den offentlige tannhelsetjenesten. Bortfall eller delvis bortfall av disse stordriftsfordelene fremstår siden som småskala ulemper.

2.2 Mer om dagens organisering av tannhelsetjenesten

En tannklinikk er langt mer enn servicepersonale, tannpleiere og tannleger med tilhørende utstyr.

2.2.1 Personalledelse og kompetanseutvikling

Fylkestannlegen gjennomførte i februar 2015 en medarbeiderundersøkelse hvorav 85% av ansatte responderte. Undersøkelsen viser at ansatte i klinikkene i økende grad er tilfredse med forholdene på jobben. Ansatte har registrert at mer enn 2% av netto lønnsbudsjett brukes på kompetanseutvikling både individuelt og samlet for hele tjenesten, noe som utgjorde ca 1,3 millioner kroner i 2015. Utstyr ved klinikkene går raskere enn planlagt, og opplevelse av frihet eller autonomi til å kunne styre planlegging av eget arbeid er stor (score på 3,96 av 5 mulige). For hele tannhelsetjenesten ga undersøkelsen inntrykk av økt opplevelse av godt lederskap med score på 4,04.

Det foreligger en egen «Kompetanse og opplæringsplan 2016-2018» for Tannhelsetjenesten i Hedmark hvor rammen for slike tiltak er økt til 2,5% av netto lønnsbudsjett i perioden. Dette utgjør kr 1.122.900 for 2016. Midlene brukes i hovedsak på distriktsmøter, kvalitetssirkler, fagkurs, opplæring innen arbeidsmiljø og HMS, lederopplæring og IKT-opplæring.

2.2.2 IKT

Tannhelsepersonell produserer og forvalter store mengder pasientopplysninger. Det er strenge krav til datasikkerhet og personvern knyttet til dette. Fylkestannlegen har en gunstig avtale med leverandør av journalsystem som hele tiden oppdateres og sikres. Alle data samles i servere som er plassert i fylkeshuset hvor der tas nødvendig back-up av alle data. Det er innført løsning med SMS-varsling i god tid før timeavtale på klinikkene. Samlet datakostnad for tannhelsetjenesten i Hedmark er anslått til kr 1.250.000 for 2016.

2.2.3 Klinikkestyr

Som følge av gode økonomiske resultater ved klinikkene, er hastigheten på utskifting av utstyr ved klinikkene økt ut over gjeldende planer. Dette gjelder særlig for tunge investeringer i behandlingsstoler (uniter), digitalt røntgenutstyr og klinikkinnredninger.

Erfaringstall viser at et koster i størrelsesorden 1,3 til 1,6 millioner kroner å utruste et fullverdig behandlingsrom. I 2016 bruker tannhelsetjenesten 6.360.000 kroner (hvorav 4,5 millioner kroner utgjør midler fra overskudd i 2015) på investeringer i nytt utstyr på klinikkene.

2.2.4 Annen virksomhet

De gode tannhelsesresultatene i Hedmark har ført til interesse fra ulikt hold om både forebyggende tannhelsearbeid og arbeidsmåter. Fylkestannlegen har blitt engasjert i en rekke møter, råd og utvalg.

Det er etablert en ny prøveordning med kommunal tannpleier i Hamar i 50 prosent stilling. Siktemålet er å bidra til bedre rutiner for tannstell blant mottakere av omsorgstjenester i byen. Prosjektet er en videreføring av et prosjekt i Elverum hvor det var fokus på samhandling mellom helseavdelinger på ulike forvaltningsnivå, og bevisstgjøring av både helsepersonell, brukerne selv og pårørende om rettigheter og munnhygiene.

2.3 Brukerundersøkelse

Tannhelsetjenesten gjennomfører årlig en kundetilfredshetsundersøkelse blant brukerne. Tallene for 2015 baserer seg på 733 respondenter. 93% av brukerne sier de har stor tillit til klinikken, og 95% av pasientene sier de i noen grad kan påvirke tannbehandlingen. 65% ventet i mindre enn 10 minutter på behandling og 71% mente de hadde fått beskjed dersom ventetiden for å slippe til var over 10 minutter. Pasientene er godt fornøyd med informasjon om hvordan de kan ta vare på egne tenner (98%) og informasjon om selve tannbehandlingen (97%).

3. Tannhelse, befolkningsutvikling og organisasjonsmessige utfordringer

Tannhelsen i befolkningen i Hedmark er samlet sett, blant de beste i landet. Likevel er der store forskjeller kommunene imellom. Utviklingen er imidlertid svært positiv, og det er et realistisk mål at innen 2020 skal halvparten av 18-åringene i fylket være uten karieserfaring. For å oppnå dette vil fylkestannlegen allokere frie ressurser mot det forebyggende tannhelsearbeidet. Stadig flere eldre har gode tannsett med egne tenner. Dette vil gi nye utfordringer for hele pleie- og omsorgsapparatet når eldre kommer inn i gruppen pasienter med rett til gratis tannbehandling. Som vi skal se vil dette være en større utfordring for utkantkommuner hvor den prosentvise delen av befolkningen vil øke mer enn det en ser for seg i byer og bynære strøk. Samtidig er det et mål for den offentlige tannhelsetjenesten å utjevne dårlig tannhelse som resultat av sosiale forskjeller. Som følge av dette prioriterer fylkestannlegen utsatte grupper i samfunnet.

3.1 Tannhelsen

Den offentlige tannhelsetjenesten plikter å rapportere tannhelse til sentrale myndigheter. Tannhelsestatistikken fra SSB viser hvordan tannhelsen i definerte årskull utvikler seg. Statistikken for 2016 viser at Hedmark kommer svært godt ut.

Fylke	3 år	5 år	12 år	15 år	18 år
Hedmark	96 %	83 %	70 % (0,6)	49 %	33 % (2,8)
Troms	95,5 % (0,14)	82 % (0,63)	58% (0,96)	31 % (2,93)	20 % (4,3)
Sør-Trøndelag	95,3%	83,4 %	62,7 % (0,8)	37,6%	25,1 % (3,6)
Oslo	90,5%	69,5 %	60,8 %	40,6%	27,6 %
Hordaland	94,7 %	81,6 %	56,6% (1,0)	34,0%	21,3 % (4,0)
Østfold	93 % (0,2)	82 % (0,7)	59 % (0,9)	39 % (2,1)	26 % (3,4)
Akershus	92 %	80	63 % (0,8)	40 %	28 % (3,1)
Telemark	93,1 %	81,5 %	53,0 % (1,3)	33,3 %	18,5 % (4,2)
Vestfold	94,1 %	81,0 %	58,2 % (1,0)	39,5 %	22,1 % (3,8)
Nordland	94,4 %	80,9 %	52,4 % (1,21)	30,9 %	19,9 % (4,22)
Oppland		84 %	62 % (0,9)		25 % (3,5)
Møre og Romsdal	94,2 %	82 %	55,7 %	31 %	18,6 %
Rogaland	94 %	82 %	60 % (0,9)	37 % (2,2)	22 % (3,8)
Nord-Tr.lag	94,4 %	79,6 % (0,7)	52,3 % (1,2)	32,9 %	21,9 % (4,0)
Vest –Agder	92,8 %	78% (0,7)	55% (1,0)	30,3% (2,6)	19% (4,1)
Buskerud	94,8 %	80,9 % (0,7)	62 % (0,8)	37,9 % (2,1)	23,9 % (3,5)
Sogn og Fjordane	93,9 %	81,90 %	64,38 %	44,9 %	27,29 %
Finnmark		80,08	50		15

Går en nærmere inn på tallene for Hedmark, viser statistikken at det er merkbar forskjell mellom regioner og kommuner. Tallene i tabellene er fra 2016 og viser andelen barn og unge uten karies:

Mjøsdistriktet

Klinikk	3 år	5 år	12 år	15 år	18 år
Hamar	96 %	85 %	69 % (0,6)	52 % (1,4)	35 % (2,4)
Åkershagan	94 %	77 % (0,8)	69 % (0,6)	46 % (1,6)	27 % (3,4)
Løten	93 %	84 %	73 % (0,6)	49 % (1,7)	29 % (3,6)
Brøttum	100 %	84 %	83 % (0,2)	59 % (0,8)	57 % (1,0)
Moelv	96 %	89 %	75 % (0,5)	43 % (1,8)	30 % (3,1)
Brumunddal	95 %	82 %	65 % (0,7)	42 % (1,8)	29 % (3,1)
Ringsaker	96 %	83 %	69 %	44 %	32 % (2,9)
Hedmark	96 %	83 %	70 % (0,6)	49 %	33% (2,8)

Sør-Hedmark

Klinikk	3 år	5 år	12 år	15 år	18 år
Kongsvinger	96 %	78 % (0,7)	65 % (0,7)	46 % (1,7)	31 % (2,8)
Eidskog	95 %	81 % (0,7)	84 % (0,3)	58 % (0,9)	37 % (2,5)
Nord-Odal	100 %	88 %	71 % (0,5)	60 % (0,9)	35 % (2,6)
Sør-Odal	97 %	88 %	66 % (0,5)	59 % (1,1)	34 % (2,4)
Grue	90 %	79 % (0,6)	69 % (0,7)	42 % (2,1)	30 % (2,4)
Hedmark	96 %	83 %	70 % (0,6)	49 % (1,6)	33 % (2,8)

Nord-Øst Hedmark

Klinikk	3 år	5 år	12 år	15 år	18 år
Elverum	97 %	82 % (0,7)	72 % (0,6)	49 % (1,8)	35 % (2,7)
Åmot	92 %	87 %	61 % (0,8)	35 % (1,5)	31 % (2,7)
Trysil	98 %	84 %	73 % (0,4)	58 % (1,4)	35 % (2,4)
Åsnes	98 %	93 %	70 % (0,7)	58 % (1,1)	42 % (2,9)
Våler	94 %	92 %	73 % (0,5)	48 % (1,4)	34 % (3,1)
Engerdal	83 %	64 %	69 % (0,4)	53 % (1,5)	25 % (2,9)
Os	83 %	71 % (1,1)	59 % (0,6)	46 % (2,0)	19 % (4,0)
Tolga	100 %	69 % (1,2)	81 % (0,3)	67 % (1,9)	20 % (4,8)
Tynset	98 %	88 %	75 % (0,6)	45 % (2,0)	30 % (3,4)
Alvdal	97 %	97 %	94 % (0,1)	62 % (0,8)	48 % (1,1)
Folldal	100 %	93 %	58 % (0,6)	62 % (1,0)	47 % (1,8)
St.Elvdal/Rendalen	95 %	72 % (0,8)	63 % (1,1)	15 % (2,9)	33 % (3,0)
Hedmark	96 %	83 %	70 % (0,6)	49 % (1,6)	33 % (2,8)

Statistikken viser samlet sett resultatet av et årelangt og målrettet arbeid med å forebygge karies. Ett uttrykk for dette er at det i 2014 ble lagt 13.000 færre fyllinger på 6- og 12-årsjeksler enn i 2007. Med en snittpris på kr 700 for en slik fylling, representerer *dette ene funnet* en besparelse på til sammen 9,1 millioner kroner.

3.2 Befolkningsutviklingen

Per 1.1.2016 hadde Hedmark fylke en befolkning på 195.356 personer. Mens Norge samlet hadde en befolkningsvekst fra 2014 til 2015 på 0,93%, har Hedmark en vekst på 0,10%. SSBs framskrivning av forventet befolkning i 2020 viser i realiteten en null-vekst (195.638). Bak tallene skjuler det seg en merkbar fraflytting fra utkantkommuner inn mot bykommuner og kommuner med større kommunesentre.

Folkemengde pr 1. januar i Hedmarks kommuner og befolkningsendring								
	År					Befolkningsendring i %		
	2000	2005	2010	2015	2016	2000-2016	2010-2016	2015-2016
Ringsaker	31 622	31 824	32 524	33 603	33 597	6,2	3,3	0,0
Hamar	26 545	27 439	28 344	29 847	30 120	13,5	6,3	0,9
Elverum	18 046	18 844	19 834	20 794	21 030	16,5	6,0	1,1
Stange	17 928	18 427	19 104	20 013	20 119	12,2	5,3	0,5
Kongsvinger	17 349	17 279	17 377	17 881	17 835	2,8	2,6	-0,3
Sør-Odal	7 349	7 623	7 791	7 800	7 901	7,5	1,4	1,3
Løten	7 188	7 271	7 272	7 552	7 588	5,6	4,3	0,5
Åsnes	8 112	7 779	7 607	7 561	7 456	-8,1	-2,0	-1,4
Trysil	7 069	6 882	6 763	6 569	6 525	-7,7	-3,5	-0,7
Eidskog	6 409	6 499	6 327	6 219	6 142	-4,2	-2,9	-1,2
Tynset	5 473	5 405	5 490	5 562	5 580	2,0	1,6	0,3
Nord-Odal	5 089	5 073	5 118	5 128	5 131	0,8	0,3	0,1
Grue	5 442	5 275	5 078	4 853	4 763	-12,5	-6,2	-1,9
Åmot	4 379	4 398	4 285	4 456	4 429	1,1	3,4	-0,6
Våler	4 063	3 924	3 870	3 790	3 760	-7,5	-2,8	-0,8
Stor-Elvdal	3 012	2 832	2 679	2 619	2 600	-13,7	-2,9	-0,7
Alvdal	2 417	2 416	2 441	2 418	2 426	0,4	-0,6	0,3
Os	2 148	2 087	2 033	1 991	1 956	-8,9	-3,8	-1,8
Rendalen	2 257	2 105	1 998	1 885	1 881	-16,7	-5,9	-0,2
Tolga	1 812	1 778	1 671	1 656	1 620	-10,6	-3,1	-2,2
Follidal	1 814	1 717	1 669	1 597	1 592	-12,2	-4,6	-0,3
Engerdal	1 580	1 499	1 434	1 359	1 305	-17,4	-9,0	-4,0
Hedmark	187 103	188 376	190 709	195 153	195 356	4,4	2,4	0,1
Norge	4 478 497	4 606 363	4 858 199	5 165 802	5 213 985	16,4	7,3	0,9

Tabell 2. Kilde: SSB. Tabell 07459

Denne forskyvningen bærer et karakteristisk trekk:

- Utkantkommuner vil få en økt andel eldre i befolkningen.
- «Bykommunene» vil få en større andel voksne som ikke har krav på gratis tannbehandling.

Sett fra et tannhelsesynspunkt, vil en se at kostnadene til behandling av eldre pasienter med rett til gratis tannbehandling vil øke. I en rekke mindre utkantkommuner vil den relative andelen av kostnader til tannbehandling blant eldre øke merkbart mer enn i befolkningstette bystrøk. En viktig forutsetning for at den samlede kostnaden her ikke skal øke, er at det forebyggende tannhelsearbeidet i de yngre årskullene intensiveres slik at behovet for reparasjon i de samme årskullene minskes. I tillegg er det mulig at innretningen på det forebyggende området må vries mer fra de yngre årskullene mot de eldre aldersgruppene, både individuelt og gjennom ansatte i eldreomsorgen.

3.3 Organisasjonsmessige utfordringer

Det er et krav at alle landets innbyggere skal ha lik rett til tannbehandling. Generelt har tannlegedekningen i Norge blitt god, men det er betydelig ubalanse i tilgjengeligheten hvor store byer tenderer mot overetablering av tannlegepraksiser, mens det i grisgrendte strøk ennå og tidvis kan være mangel på tannleger og tannpleiere.

I Hedmark har fylkestannlegen organisert den offentlige tannhelsetjenesten med 22 klinikker og med 1 avtale med en privatpraktiserende tannlege (Engerdal). For innbyggere i Rendalen er tannhelsetilbudet organisert med fritt valg av klinikk ved henholdsvis Tynset eller Stor-Elvdal tannklinikk. I mange av kommunene i Hedmark er det svakt grunnlag for privatpraktiserende tannleger, og dermed fremstår den offentlige tannhelsetjenesten som eneste lokale alternativet for mange voksne, betalende pasienter. Samlet har den offentlige tannhelsetjenesten nesten 18.000 betalende pasienter.

For å kunne tilby god tilgjengelighet, høy kompetanse og et rimelig tilbud av spesialistbehandling av både kjeveortopedi og alvorlige orale sykdommer som periodontitt (tannløsningssykdom), kjøpes dette i markedet eller pasientene henvises til TKØ. For å løse behov for kapasitet innen pedodonti, har fylkestannlegen innvilget stipend for én kandidat som går i videreutdanningen ved et odontologisk fakultet.

Høsten 2016 ble det gjennomført kurs for ansatte i tannhelsetjenesten og i barnevernet. Hensikten er å bedre rapportering og samhandling mellom de to profesjonsområdene. I 2015 ble det sendt 29 bekymringsmeldinger fra tannhelsetjenesten til det kommunale barnevernet i kommuner i Hedmark. I 2016 er tallet steget til 44 bekymringsmeldinger.

4. Kommunestruktur i Hedmark

Hedmark består av 22 kommuner. Fylket er langstrakt. Det er 355 kilometer vei å kjøre fra Skotterud i Eidskog til Os som grenser mot Røros. Det er god plass til fylkets 195.000 innbyggere med 0,14 km² til hver. Bykommunene Hamar, Elverum, Ringsaker og Kongsvinger sammen med Stange har ca 62 prosent av befolkningen. Bosettingsmønsteret preges av betydelig større konsentrasjon i sør, mens fjellregionen i nord er tynt befolket. Det er betydelig spenn i innbyggertall med Ringsaker (med byene Brumunddal og Moelv) som har 33.000 innbyggere, mot Engerdal som har 1.300 innbyggere.

Som følge av forslag og sentralpolitisk ønske om kommunesammenslåinger, har dette vært tema for forhandlinger kommunene imellom. Det er også holdt folkeavstemming, men resultatet hittil er at ingen av kommunene i Hedmark ønsker å slå seg sammen.

Kommunenes store forskjell i folketall gir svært ulike forutsetninger for å lykkes som arbeidsgiver for tannhelsearbeidere. Intervjuundersøkelsen blant rådmenn i fylket, viser også at mange av de allerede lovpålagte tjenestene organiseres i samarbeid mellom flere kommuner. Dette vil også bli den dominerende organiseringen av en fremtidig tannhelsetjeneste dersom ansvaret overføres fra fylkeskommunen til kommunene.

4.1 Kommunereformens intensjon og bokstav

I regjeringens innstilling til kommunereform, er det uttrykt ønske om

- Robuste kommuner (15-20.000 innbyggere)
- Tannlege i hver kommune

Dersom dette skal følges opp må det etableres to nye klinikker i kommuner som ikke har offentlig ansatte tannleger eller tannpleiere i dag; hhv Engerdal med 1.300 innbyggere og Rendalen med 1.900 innbyggere. Kostnaden med å etablere et tannlegekontor er ikke fast, men basert på erfaringstall vil en komplett behandlingseenhet (unit) med tilhørende utstyr koste 1,3 til 1,5 millioner kroner. Tar en med øvrige kostnader til annet nødvendig utstyr, kontorinnredning for sekretær, venterom osv, er det grunn for å regne med en investeringskostnad på størrelsesorden 2 millioner kroner per enhet.

Basert på intervju-undersøkelse av rådmenn i Hedmark-kommuner, fremstår det som lite realistisk at de to premissene om kommunestørrelse og krav til tannlege i hver kommune, lar seg realisere. Men det skal også understrekes at regjeringens intensjon med robuste kommuner er begrunnet ut ifra et ønske om å unngå interkommunale organisasjoner som er uten eller har redusert demokratisk kontroll.

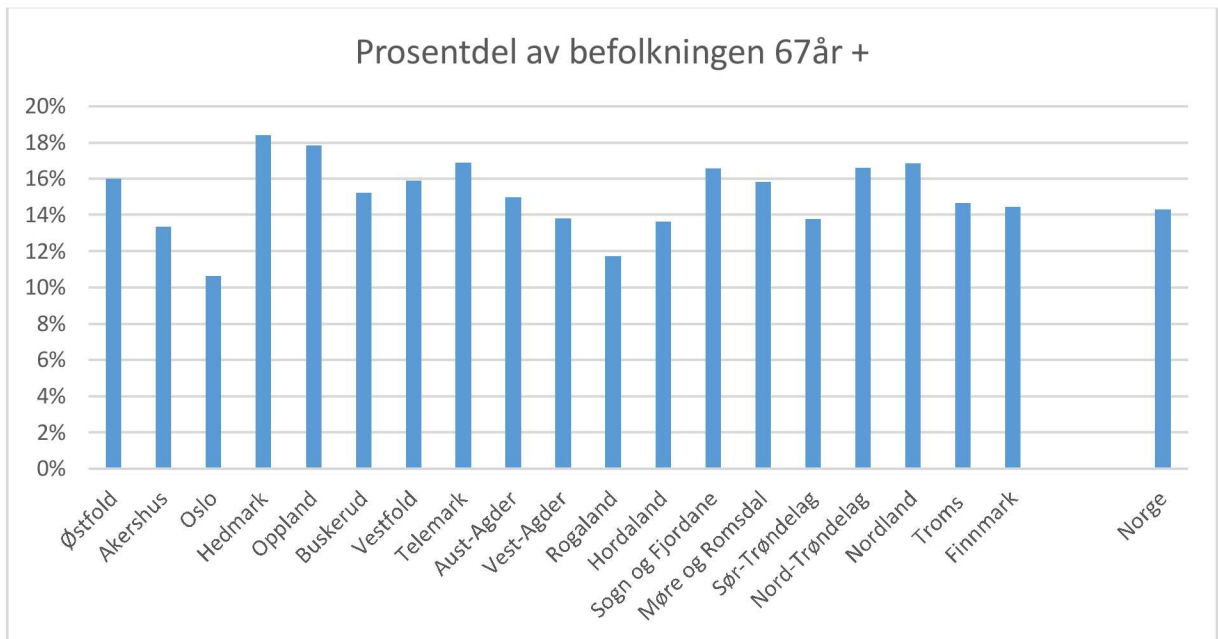
5. Demografi og prognoser for befolkningsveksten

Mange samfunnsplanleggere synes å anlegge et deterministisk perspektiv på befolkningsutvikling. Framskrivning av folketallet baserer seg på historiske data og en analyse av alderssammensetning av befolkningen. Mens politikk ellers handler om å utvikle rammer for utvikling, kan det virke som om politikk med utgangspunkt i fremtidig befolkningsutvikling handler om å legge til rette for det som skal komme. Hvordan forholder dette seg i Hedmark?

Prognosene for Hedmark fylke baserer seg på SSBs befolkningsprognose fra juni 2016. Her anslår prognosemakerne et folketall på 221.000 innbyggere i 2040 (mot 196.000 i 2016). Demografien tilsier at befolkningen ikke makter å skape fødselsoverskudd, og at folkevekst vil komme fra tilflytting og innvandring. I dokumentet «Forventet befolkningsutvikling i Hedmark» hete det blant annet: *«Befolkningen reproducerer ikke seg selv, og fylket er dermed helt avhengig av innvandring og tilflytting for vekst. Samtidig vil Hedmark fremover oppleve flere av de samme trender som det sees på nasjonalt nivå: Det vil bli flere innbyggere, flere eldre, flere innvandrere og flere vil bosette seg i sentrale strøk. Innvandrerne og de eldre er de to samfunnsgrupper som ventes å vokse mest.»*

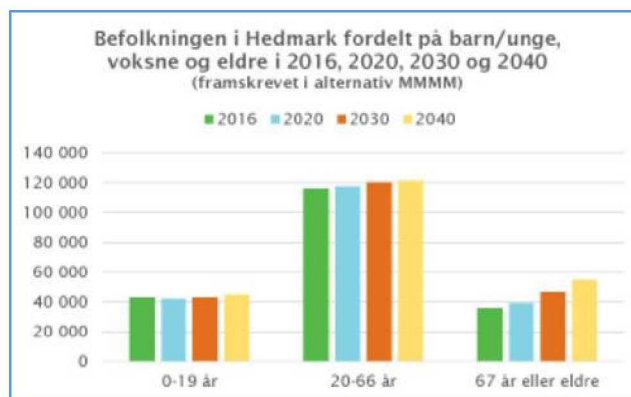
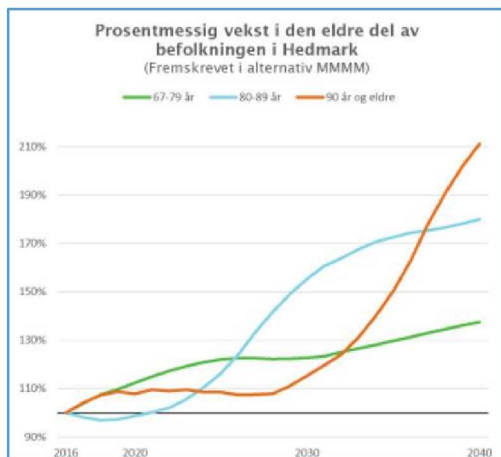
Trender som synes å slå inn i Hedmark er:

- Økt sentralisering
- Byene vokser, landsbygden taper innbyggere
- Næringslivet foretrekker etablering i byer/tettsteder pga skalafordeler og nettverk
- Det er (i gjennomsnitt av befolkningen) flere eldre i Hedmark enn i resten av Norge

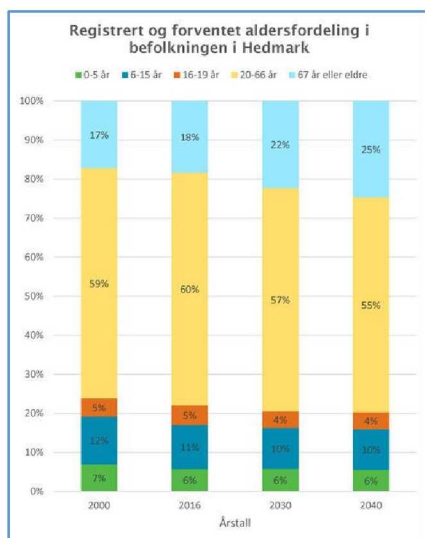


Kilde: SSB 2017

- Det bor flere gutter/menn enn jenter/kvinner
- Gruppen 80-89 vil få særlig stor prosentmessig vekst frem til 2013.
- Etter 2030 vil gruppen 90+ øke med 200 prosent (sammenliknet med 2016).



For kommunene i Hedmark fylke er dette ganske dramatisk. Mens bykommuner som Elverum vil ha en befolkningsvekst på 27 prosent (2016 til 2040), vil Engerdal ha en tilbakegang på 23 prosent. Bykommuner og bynære kommuner får en vekst på 15 til 20 prosent. Kommuner i nord og øst som Os og Trysil vil få en tilbakegang på 5 prosent. Tynset er en kommune som bryter mønsteret, med en positiv vekst på 7 prosent. Det blir enda mer utfordrende med statistikken som viser alderssammensetning tas inn. Den viser hvordan veksten er størst i de eldre aldersgruppene.



Oppsummert – frem til 2040:

- Bykommuner kommer til å vokse og få en større andel yngre innbyggere.
- Et flertall av distriktskommunene kommer til å få færre innbyggere samtidig som antall eldre pasienter med rett til gratis tannbehandling vil øke.

Grafer er hentet fra Hedmark fylkeskommune, fylkesstatistikk/befolkningsutvikling.

6. Fremtidige organisasjonsløsninger

Tannhelsetjenesten i Hedmark er i dag organisert i tre distrikter og med en overtannlege som faglig leder i hver sitt distrikt.

Tannhelsedistriktene består av klinikker på følgende steder

Mjøsdistriktet:

- Hamar
- Åkershagan (Stange)
- Løten
(Samt tre klinikker i Ringsaker)
- Brøttum
- Moelv
- Brumunddal

Sør-Hedmark

- Kongsvinger
- Eidskog
- Nord-Odal
- Sør-Odal
- Grue

Nord-Øst Hedmark

- Elverum
- Åmot
- Trysil
- Åsnes
- Våler
- Engerdal
- Os
- Tolga
- Tynset
- Alvdal
- Folldal
- Storelvdal/Rendalen

6.1 En alternativ organisasjonsmodell

Hvis en tar utgangspunkt i dagens distrikts-struktur og justerer for by- og bynære kommuner som vil organisere egen tannhelsetjeneste, og legger rådmennenes spontane vurderinger til grunn for fremtidig organisering av tannhelsetjenesten, kan følgende mønster dannes (innbyggertall i

parentes). Det refereres til begrepet «organisasjoner» fordi enhetene fremstår som selvstendige, virksomheter, mens organisasjonsmessig form og tilknytning til kommunene vil variere.

Mjøsdistriktet

kan bestå av i alt tre organisasjoner med selvstendige tannhelseenheter i

- Hamar (30.000) kommune
- Ringsaker (33.000) kommune
- Løten (7.500) og Stange (20.000) kan samarbeide om en felles tannhelsetjeneste med 27.500 innbyggere.

Sør-Hedmark (Glåmdalen)

vil kunne få to organisasjoner som vil bestå av

- Kongsvinger (18.000), Eidskog (6.000) og Sør-Odal (8.000) kommuner med til sammen 32.000 innbyggere,
- Grue (5.000), Nord-Odal (5.000) Åsnes (7.500) og Våler (4.000) kommuner med til sammen 21.000 innbyggere.

Nord-Øst (Sør-Østerdal og Nord-Østerdal)

vil kunne få fire organisasjoner med

- Elverum (21.000) kommune
- Åmot (4.500) og Trysil (6.500) kommuner med til sammen 11.000 innbyggere
- Stor-Elvdal (2.600), Rendalen (2.000), Engerdal (1.300) og Alvdal (2.500) kommuner, til sammen 8.400 innbyggere
- Os (2.000), Folldal (1.600), Tynset (5.600) og Tolga (1.600) kommuner med til sammen 10.800 innbyggere.



Denne inndelingen vil føre til at Hedmark får ni selvstendige organisasjoner for å ivareta dagens organisasjon under fylkestannlegen.

Det må være lov å reise spørsmål om dette er en hensiktsmessig inndeling og struktur. Teoretisk sett er kombinasjonsmulighetene mange. I praksis er det grunn til å anta at andre kombinasjoner vil kunne bli foretrukket.

I nord er det allerede etablert interkommunalt samarbeid mellom noen kommuner i Hedmark og kommuner i Sør-Trøndelag (som nå blir Trøndelag). Dermed er det en mulighet for at noen av kommunene i nord vil orientere seg mot Røros dersom det kommer til realitetene ved etablering av ny organisering av tannhelsetjenesten.

Dersom bykommunene etablerer egne tannhelseorganisasjoner, vil det uansett fortsatt være betydelige forskjeller i befolkningsgrunnlag mellom de ulike nye tannhelseorganisasjonene.

7. En vurdering av mulige konsekvenser av ansvarsoverføring av tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunene

Som det er pekt på over, er det ikke helsefaglig grunnlag for å overføre ansvaret for befolkningens tannhelse fra fylkeskommunen til kommunene. Basert på tannhelsestatistikk og en intervjuundersøkelse av rådmenn i de 22 kommunene i Hedmark, kan vi streke opp dette bildet:

- God tannhelse. Hedmark ligger som fylke, samlet sett, i toppen hva angår tannhelse blant barn og unge i Norge.
- Effekt av fokus på profylakse. Det forebyggende tannhelsearbeidet har gitt betydelige resultater i forbedret tannstatus og reduserte kostnader til tannbehandling, og derved samlet sett reduserte kostnader og muliggjort overføring av frigitt tid fra behandling til forebygging.
- Faglig og materiell stordriftsfordel. Fylkeskommunen klarer å ta ut stordriftsfordeler ved kjøp av utstyr, rekruttering av tannleger og tannpleiere. Lav turnover tyder på at fylkestannlegen har lyktes med å skape et attraktivt faglig og utviklende miljø for sine medarbeidere.
- Fornøyde kunder. Tannhelsetjenesten fungerer godt i både byer og i grisgrendte strøk. Rådmenn i Hedmarks-kommunen skryter uoppfordret av tjenesten.
- Ambisiøse arbeidsmål. Det er et realistisk mål at innen 2020 skal 50 prosent av 18-åringene skal være kariesfrie.
- Intet massivt krav om endring. Et stort flertall av rådmenn ønsker ikke kommunal overtakelse av ansvaret. (Se vedlegg)

Hvilke konsekvenser kan en kommunal overtakelse av dette ansvaret likevel få?

Det er en forutsetning at tannhelsen blant innbyggerne i dagens 22 kommuner i Hedmark fylke skal holde en positiv utviklingstakt. Tre forhold vil spille inn på kostnadssiden for at det skal være mulig.

1. Ledelse og administrativ kapasitet

Behovet for ledelse øker. Fra en situasjon med tre overtannleger og én fylkestannlege, vil en ha ni ledere av tannklinikker som skal ivareta ledelse av tannklinikkene, iverksette forebyggende tannhelsetiltak i de ulike gruppene med rett til fri tannbehandling, og sikre faglig utvikling av medarbeidere.

De seks stillingene i fylkestannlegens stab, som ivaretar fellesoppgaver som HR, faglig utvikling, innkjøp og økonomi, vil bli trukket inn av fylkeskommunen, mens linje-oppgavene blir overført til de nye organisasjonene – hvorav noen av organisasjonene vil få (en del av) slike oppgaver løst i kommunen, mens andre trolig vil måtte ta hånd om disse oppgavene selv. Dermed vil det samlede behovet for administrativ kapasitet øke. Vi har definert behovet til 1,5 stilling for hver av de ni enhetene.

2. IKT

IKT-løsninger må tilpasses ny struktur. I dette ligger både nye kontrakter for lisens av journal-program etc, og behov for sikker håndtering og lagring av pasientjournaler, hackersikrede høykapasitets datalinjer mellom «kontorene» i organisasjonene, dataservere osv. Det er ikke mulig å kvantifisere eksakt, men stordriftsgevinstene er påtakelig på dette området. Kostnadene innen IKT er for en stor del skala-avhengige.

3. Investeringer og innkjøp

Økte enhetskostnader ved investering i tyngre utstyr (behandlingsstoler, røntgenapparater med tilknyttet tilbehør) og for innkjøp av forbruksmateriell. Hedmark fylkeskommune nyter

godt av gode avtaler som følge av stort volum og gunstige betingelser. Med kjennskap til de rammeavtaler som er inngått, er det fra et kommersielt synspunkt lite sannsynlig at de ni mulige tannhelseorganisasjonene enkeltvis vil klare å oppnå tilsvarende vilkår i markedet.

Behovet for spesialisttjenester innen odontologi er ikke nevneverdig omtalt. Behovet for slike tjenester vil ikke forsvinne ved en omorganisering av tjenesten og kostnadene for disse tjenestene er ikke videre vurdert.

Tabellen gir et *anslag for mer-kostnader* ved en organisasjonsstruktur som er skissert under pkt 6

Estimater til grunn for kostnadsoverslag:

- Lønn fylkestannlege inkl. arbeidsgiveravgift NOK 1,2 mill
- Lønn overtannlege inkl. arbeidsgiveravgift NOK 1 mill
- Lønn administrativt personell inkl. arbeidsgiveravgift, gjennomsnitt alle kategorier NOK 0,8 mill
- IKT-kostnad for Hedmark fylkeskommune er definert som utgangspunkt = 0. Ved kommunal overtakelse blir denne tjenesten delt på 9 organisasjonsenheter, og en mer-kostnad er anslått til NOK 100.000 pr enhet, basert på kostnad for nye lisenser, ny(e) driftsoperatør(er), sikkert nettverk mellom klinikkene, administrasjon av servere osv.
- Innkjøpskostnad for Hedmark fylkeskommune er definert som utgangspunkt = 0. Ved kommunal overtakelse er denne kostnaden delt på 9 organisasjonsenheter, og mer-kostnad satt til kr 150.000 pr enhet.

	Virksomhetsledere		Adm. Personell		IKT**	Innkjøp
	Antall*	Kostnad	Antall*	Kostnad	kostnadsøkning	kostnadsøkning
Dagens organisering	1+3	3,5 mill	4	3,2 mill	0	0
Mulig organisering i fremtiden	9	9 mill	13,5	10 mill	0,9 mill	1,35 mill

*årsverk

** i tillegg kommer engangskostnader med juridisk arbeid med kontraktoppeving og -inngåelser (inngå nye innkjøpsavtaler/anbudsarbeid osv), tilrettelegging av ny infrastruktur osv.

Produktivitetstap tilknyttet organisasjonsendring ved virksomhetsoverdragelse bør budsjetteres med en begrunnet kostnad. I denne sammenheng er kostnaden satt til NOK 2 mill.

I sum gir dette et årlig samfunnsøkonomisk tap på nær 15 millioner kroner, med et tillegg på 2 millioner kroner i produktivitetstap det første året for kommunene i Hedmark, og et ukjent beløp for konvertering av IT-løsninger og etablering av ny infrastruktur mellom tannhelsekontorene i hver av de ni nye organisatoriske enhetene.

Dersom det endelige resultatet betyr flere selvstendige tannhelseorganisasjoner (at enkelte kommuner *ikke* vil samarbeide med andre kommuner i en interkommunal løsning) vil småskala-kostnadene (ulempene med små innkjøp og mindre intern kompetansebase) ytterligere øke.

I kostnadsbildet er det ikke tatt høyde for økte kostnader per behandlet pasient som er relatert til en skjevfordelt aldrende befolkning i de fleste småkommunene. Dette vil jo være en kostnadsøkning uansett, men evnen til å bære (eller assimilere) denne kostnaden vil være større ved en stor organisatorisk enhet fremfor ni mindre enheter. Poenget her er at demografien slår rett inn i

kostnadsbildet for de tannhelseorganisasjonene som betjener kommuner med raskt aldrende befolkning og med svakest befolkningsgrunnlag.

Andre lokale, frivillige oppgaver

I tillegg kommer det som dagens tannhelsetjeneste gjør av «frivillig» karakter, så som praksisnær forskning og faglig utviklingsarbeid. Det er ikke noe i veien for at også mindre organisasjonsmessige enheter kan gjøre det samme, men erfaringsmessig vil det kreve mer å realisere dette, all den tid det skal søkes om midler, prosjekter skal ledes og følges opp underveis, og prosjekter skal evalueres og sluttrapporteres.

8. Konklusjon

Tannhelsetjenesten i Hedmark fylke har etter mange år med systematisk arbeid for å forebygge karies og ved å utvikle et effektivt tjenestetilbud til innbyggerne i fylket, oppnådd gode resultater.

- Blant barne- og ungdomskullene er tannhelsen den beste i landet.
- Den offentlige tannhelsetjenesten gir tilbud til betalende voksne. Særlig i enkelte grågrendte strøk er dette det eneste tannhelsetilbudet som er tilgjengelig for innbyggerne, og det gir organisasjonen samlet sett god utnyttelse av personalressurser og utnyttelsesgrad på investert utstyr.
- Det er stor tilfredshet blant medarbeiderne.
- Mange av rådmennene i de 22 kommunene i Hedmark fylke gir uoppfordret skryt til tjenesten og dagens organisering, mens noen rådmenn mener tannhelsetjenesten hører hjemme i det kommunale tjenestetilbudet.
- Ingen av rådmennene nevnte verdien av det forebyggende arbeidet, som jo er selve nøkkelen til lave samfunnskostnader for behandling av karies i grupper som har rett til fri behandling.

Bykommunene og en del av de bynære kommunene har befolkningsgrunnlag som er store nok til at de kan etablere et velfungerende tannhelsetilbud. I utkantkommunene vil dette være svært krevende, og de fleste rådmenn i disse kommunene ser for seg en eller annen form for interkommunalt samarbeid for en eventuell fremtidig organisering av tannhelsetjenesten. Kombinasjonsmulighetene i et slikt scenario er mange, men en inndeling i så mye som ni selvstendige enheter er ikke utenkelig. I et slikt bilde vil man gå fra en situasjon med stordriftsfordeler, til småskala-ulemper for viktige innsatsfaktorer i et helhetlig tannhelsetilbud som (per år):

- Ledelse. Behovet vil øke med i størrelsesorden 5,5 millioner kroner.
- Administrasjon. Behovet vil øke med i størrelsesorden 6 millioner kroner.
- IKT. Mer-kostnad vil bli betydelig, muligens opp mot 1 million kroner.
- Innkjøp. Tap av gunstige avtaler og verdi av store innkjøp, anslagsvis 1-1,5 millioner kroner.

Det skal understrekes at tallene er basert på overslag og at det hefter usikkerhet om størrelse – ikke minst i lys av at en eventuell fremtidig struktur og organisering, ikke er vedtatt. Men samlet sett vil man i Hedmark stå overfor et betydelig samfunnsøkonomisk tap om man splitter opp dagens organisasjonsmodell. I tillegg kommer selve transaksjonskostnadene; engangskostnader knyttet til selve omorganiseringen. Dette er kostnader knyttet til redusert produksjon, juridiske og tekniske utredninger og andre eksterne tjenestekjøp, hvor det fort blir millionbeløp. Vi har estimert et budsjett for dette på 2 millioner kroner. Det er trolig lavt anslått.

Vil en eventuell overføring av ansvar for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunene styrke befolkningens tannhelse og føre til et bedre tilbud om adekvat behandling når behovet er til stede? Noen rådmenn peker på at tannhelsetjenesten bør være en del av det kommunale tjenestetilbudet. Det er ingen tvil om at dette er mulig, men to faktorer vil påvirke suksessgraden:

- **Kostnadsbildet.** Dersom tannhelsetjenesten blir en del av kommunenes ansvar, var det flere rådmenn som pekte på dårlige erfaringer med at det ikke fulgte med full økonomisk kompensasjon når kommunen fikk tildelt nye oppgaver. Hvis tilskuddet kommer i form av et rammetilskudd, vil kommunene bli utfordret på prioriteringer som er ytterst krevende, f.eks ved at eldreomsorg kan komme til å bli veiet mot innsats på tannhelseområdet.

- **Forebyggende arbeid.** Det tar lang tid å skape gode og varige tiltak som forbedrer tannhelsen i en hel befolkning, men en «kariesepedemi» kan spre seg svært fort. Mens tannhelsetjenesten i Hedmark fylkeskommune får svært god omtale i kommuneledelsene, er det ingen av rådmennene som nevnte verdien av forebyggende tannhelsearbeid. Historisk sett er tannhelsetjenesten forbundet med reparasjon av karies og tannskader, mens samfunnsodontologien fokuserer sterkt på forebyggende arbeid, gjerne i et tverrfaglig perspektiv. Selv om kommunene vil være positive til en virksomhetsoverdragelse, vil målrettet, og langsiktig innsats på det forebyggende området kunne bli en utfordrende post å forsvare i en krevende kommunal økonomi.

Tannhelsen er viktig for all annen helse, og det vil være et enormt tap for både enkeltmennesker og samfunn dersom en omorganisering av dagens modell som de aller fleste anser som vellykket og veldrevet, skal føre til at tannhelsen blant barn og unge forringes og at tilbudet også til voksne, betalende pasienter i distriktene skal bli svekket.

.....

Vedlegg:

Rapport etter rundspørring blant rådmenn i Hedmarkskommunene.

DELRAPPORT

Tannhelsetjenesten – en ønsket kommunal oppgave?

Hedmark-rådmenns oppfatning av forslaget om å overføre ansvar for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunene.

Oppsummering etter samtale med ledere i 22 kommuner i Hedmark fylke

Gjennomført november-desember 2016

«Dette er ikke noe vi vil ha, og det er et standpunkt som er politisk forankret. Tannhelsetjenesten fungerer veldig godt, og hvorfor skal vi endre på noe som er vel-fungerende?»

Bergen 13.12.2016

Om undersøkelsen

Undersøkelsen er basert på samtaler med 20 rådmenn, én helse- og sosialsjef og én ordfører (tilfeldig) i de 22 kommunene i Hedmark fylke. Undersøkelsen er basert på telefonsamtale etter en mal. Rådmenn flest har en meget tettpakket agenda. Loggføringen viser at noen måtte ringes ti ganger før jeg fikk kontakt og anledning til å forklare anliggendet. Noen samtaler ble svært korte, men samtidig presise i forhold til det som er viktig å få belyst: Hvordan ser rådmennene på muligheten for at kommunen skal få overført ansvaret for tannhelsetjenesten? Alle samtaler er oppsummert i en konsentrert form og alle oppsummeringer er godkjente av den enkelte som er intervjuet. Sitatene er hentet fra disse oppsummeringene.

Ikke politisk behandlet

En eventuell overføring av ansvaret vil først kunne bli aktuell fra 1.1.2020. Det er langt frem. Ikke overraskende var det bare 6 av kommunene hvor spørsmålet har vært oppe til politisk behandling. Selv om spørsmålet har vært til politisk behandling, var det kun svært få som hadde et klart politisk ønske om å overta ansvaret for tannhelsetjenesten. I de øvrige 16 kommunene talte rådmennene på egne vegne og med forbehold om at utfallet av spørsmålet kan bli annerledes etter en kommunal politisk behandling.

Mange ser fordel med kommunal organisering

I så mange som 9 av kommunene gir rådmannen uttrykk for at de vil kunne organisere tannhelsetjenesten kommunalt. «Vi gjør det som Stortinget bestemmer vi skal gjøre,» var det en som sa. «Vi organiserer allerede legetjeneste og ser ingen prinsipielle forskjeller på om vi også skal ta hånd om tannhelsetjenestene.» Noen av disse 9 rådmennene var også inne på at kommunen har ansvar for resten av kroppen i primærhelsetjenesten og at det vil kunne bli en styrking av denne ved at tannhelsetjenesten ble lagt til kommunen. Særlig ble en tettere relasjon mellom tannhelsetjenesten og barnevernet fremhevet. Ved mistanke om mulige overgrep mente de at det ville være en styrke om de to tjenestene er organisert på samme forvaltningsnivå.

Typisk nok er bykommunene og by-nære kommuner mer villige til å overta ansvaret for tannhelsetjenesten enn det man finner i småkommuner i fjellregionen.

Kommunen har ansvar for legetjeneste og ser ikke hvorfor vi ikke skulle kunne klare en tannhelsetjeneste i tillegg.

Klart flertall for fortsatt fylkeskommunal organisering

Et flertall av rådmennene (12) mente likevel at de ikke hadde forutsetninger for å lykkes godt med en kommunal tannhelsetjeneste. Dersom dette blir lovpålagt er det mest sannsynlig at tjenesten blir

Rådmannen mener fylkeskommunen leverer godt på tannhelse og ser ingen verken nytte eller gevinst av overføring av ansvaret til kommunen.

organisert i en eller annen form for interkommunalt samarbeid – enten gjennom ordning med vertskommune eller en form for interkommunal foretaksorganisering. De aller fleste gav likevel uttrykk for skepsis til dette. «Hvis vi skal organisere tannhelsetjenesten

interkommunalt, hva er da gevinsten med det fremfor en fylkeskommunal organisering?»

Flere av rådmennene gav positivt uttrykk for at de ikke ønsker dette ansvaret lagt til kommunen. De fleste argumenterte faglig, men også svak og/eller usikre økonomiske forutsetninger ble trukket frem. Det er tydelig skepsis blant mange rådmenn til overføring av midler til tannhelsetjenester skal inngå i et rammetilskudd til kommunen. Underfinansiering (fra Staten) er regelen mer enn unntaket.

Tenner og munn er en del av kroppen, og det vil være mange fordeler å ha tannhelsetjenesten integrert i kommunens samlede helsetjenester. Det er mange tangeringspunkt mellom tannhelsetjenesten og kommunal innsats på rusområdet, innen psykisk helse, skole og eldreomsorg. Tannlegene er også viktige som mulige varslere til barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt.

Positiv erfaring med dagens tilbud til innbyggerne

Undersøkelsen var ikke lagt opp til å skulle undersøke rådmennenes vurdering av kvaliteten på dagens organisering av offentlig tannhelsetilbud. Likevel gav hele 12 rådmenn uoppfordret uttrykk for stor tilfredshet med både tilbud innen og resultater av innsatsen på tannhelseområdet under dagens organisering. Særlig tydelig ble dette fremhevet av rådmenn som ikke ønsker kommunalt ansvar for tannhelsetjenesten. Selv blant rådmennene som mente tjenesten kan organiseres lokalt/interkommunalt, var det ingen som direkte uttrykte misnøye med resultatene på tannhelseområdet etter år med fylkeskommunal organisering, men noen pekte på det prinsipielle med at det ut fra et innbyggerperspektiv var naturlig at også tannhelsetjenesten ble et kommunalt ansvar.

Sett fra vår kommune, er kommunens administrasjon veldig fornøyd med tilbudet innen tannhelse med dagens organisering, og dette er ikke noe kommunen aktivt arbeider for å overta. Det er jo bare å se på de gode resultatene vi har innen tannhelse.

Positive småkommuner

Inndeling i store og små kommuner i Hedmark fylke, er ikke gjort vitenskapelig. Regjeringen legger i Stortingsmelding 14 «Kommunereformen» til grunn ekspertutvalgets forslag om at kommuner bør ha 15-20.000 innbyggere som minstemål for at den skal være tilstrekkelig robust for å ivareta et bredt spekter av tjenester overfor innbyggerne. Regjeringen mener likevel at dette tallet ikke skal oppfattes kategorisk (side 8). Dermed åpnes det for at sammenslåtte kommuner der innbyggertallet fortsatt er under 15.000, kan få tilført nye oppgaver. I Hedmark er det bare 5 kommuner som kommer over et slikt minstemål på 15.000 innbyggere (Kongsvinger, Hamar, Stange, Ringsaker og Elverum).

Men selv i kommuner under dette nivået (3-7.000 innbyggere), er det 4 rådmenn som mener kommunen er i stand (mer eller mindre problemfritt) til å overta ansvaret for tannhelsetilbudet. Noen rådmenn gav uttrykk for at de prinsipielt bør organisere dette i egen regi, men at de subsidiært vil se hen mot en interkommunal løsning.

Det er en rekke oppgaver i denne sektoren som er overført gjennom årene, bl.a ansvar for sykehjemmene, som fant sted i 1988.

Det er unaturlig at to forvaltningsnivåer skal ha ansvar for barnas helse. Kommunen har ansvar for alle annen helse for barn.

Sett fra et brukersynspunkt skulle tannhelsetjenesten allerede vært en del av den kommunale helsetjenesten.

Analyse

I kommunal sammenheng er det lenge til 1. januar 2020. Kommunereformen skal gjennom mange politiske prosesser før man kan slå fast hvorvidt tannhelsetjenesten skal overføres fra fylkeskommunen til kommunene. Tannhelsetjenestens fremtidige plassering i den offentlige forvaltningen er derfor ikke spesielt fremtredende på den kommunale, politiske dagorden i november 2016.

Samtalene med rådmenn i de 22 kommunene i Hedmark fylke og de spontane svarene de gir (og som ikke er ment å være forpliktende), viser likevel tre viktige ting:

1. Det er ingen som uttrykker misnøye med resultatene av dagens organisering av tannhelsetjenesten i fylket. Tvert imot er det mange som uoppfordret skryter av tilbudet som fylkestannlegen organiserer for kommunens innbyggere. Selv de rådmenn som enten motvillig eller aktivt – av ulike årsaker - ønsker å overta ansvaret for tannhelsetjenesten, er det ingen som uttrykker at motivet for overtakelse er grunnet i kritikk av resultatene som er oppnådd eller at tilbudet som gis i dag er for dårlig. En eventuell overtakelse motiveres ut ifra
 - a. at det blir lovpålagt.
 - b. at det faller inn under en logisk ansvarsfordeling i lys av at kommunen allerede dekker viktige helsetjenester for innbyggerne.
 - c. at det vil skape en mer helhetlig ansvarslinje og at man derved slipper å forholde seg til to forvaltningsnivåer (j.fr. tannhelsetjenesten og varsling ved mistanke om barnemishandling).

2. En overvekt av rådmennene mener at kommunene er for små til å ta hånd om tannhelsetjenesten alene. Dette handler om
 - a. en intuisjon om at markedet er for lite/kommunen har for få innbyggere til at kommunen kan opprettholde et tannhelsesenter etter modell fra dagens løsning med fritt klientell og betalende voksne.
 - b. en forutelse om de utfordringer kommunen vil få med å rekruttere kvalifisert personell til stedet. I forlengelse av dette peker flere rådmenn også på behovet for størrelse på et tannhelsefaglig miljø før det blir faglig interessant å bli ansatt her, men også på utfordringene med å *sikre faglig utvikling* med en liten enhet i kommunen.
 - c. en betydelig anerkjennelse for måten dagens tannhelsetjeneste er organisert på og med de gode resultatene som dette har gitt. Disse rådmennene ser ikke noe poeng i å endre på en organisering og struktur som både er effektiv og som svarer på de behov innbyggerne har.
 - d. at rådmennene har dårlig erfaring med overføring av tilstrekkelige midler til finansiering av slike oppgaver som blir overført fra andre forvaltningsnivåer. Blant skeptikerne var det flere som refererte til den anstrengte kommuneøkonomien.

3. Ingen av rådmennene som er intervjuet kom inn på betydningen av det forebyggende tannhelsearbeidet som tillegger oppgaven med å organisere tannhelsetjenesten. Noen få rådmenn har uttalt ønske om å styrke det helhetlige tilbudet på helseområdet, men ingen har eksplisitt kommet inn på betydningen av forebyggende tannhelsearbeid for å redusere behovet for kurativ tannpleie/behandling. Årsaken er ikke undersøkt, men det er nærliggende å anta at dette handler om at det forebyggende arbeidet ikke er så synlig i

dagens organisasjonsstruktur og implementerte strategier. Like nærliggende er å anta at rådmennene ser operasjonelt klinisk på et slikt ansvar og ikke funksjonelt (i betydningen av hvor omfattende et godt faglig tannhelsetilbud strekker seg).

Om en av den grunn kan hevde at verdien av det forebyggende tannhelsearbeidet er underkommunisert, er avhengig av hvem man spør. Effekten av forebyggende tannhelsearbeid i Hedmark fylkeskommune gjenspeiles i alle fall i en svært god tannhelsestatistikk. På den annen side kan man undre seg over om hvorvidt kunnskapen om årsaken til dette gode resultatet er kommunisert godt nok inn mot kommunenes administrative og muligens også politiske, ledelse.

Oppsummering

Det er ikke noe brennende ønske fra kommunenes side om å overta ansvaret for tannhelsetjenesten for innbyggerne i de 22 kommunene i Hedmark fylke. Et mindretall av rådmenn mener det er naturlig at tannhelsetjenesten er organisert kommunalt (og ikke fylkeskommunalt), og noen flere gir uttrykk for en «må vi, så må vi-holdning». Et klart flertall er tydelig på at en overtakelse vil innebære en eller annen form for interkommunalt samarbeid om tjenesten. Kun svært få rådmenn mener det vil være uproblematisk å overta dette ansvaret.

Det er likevel ingen som gir uttrykk for misnøye med tilbud og resultater med dagens organisering av den offentlige tannhelsetjenesten. Tvert imot høster fylkestannlegen i Hedmark god omtale for et velfungerende tilbud blant et flertall av de kommunale lederne som er intervjuet.

.....

Tabell. Antall rådmenn som kan fortelle om:

Kommuner som har drøftet spørsmål om kommunal overtakelse av tannhelsetjenesten		Uttrykk for tilfredshet med dagens organisering av tilbudet		Eventuell fremtidig organisasjonsform (en rådmann hadde ingen oppfatning av dette spørsmålet)	
JA	NEI	JA	NEI	Egen regi	«Interkommunal»
6	16	12	0	9	12

Vedlegg:

Andre sitater fra de skriftlige oppsummeringene

Dagens organisering fungerer godt, men det er viktig med desentral struktur med nærhet til brukerne.

Dersom det blir et krav om kommunalt ansvar for tannhelsetjenesten, er det naturlig å tenke en eller annen form for interkommunalt samarbeid.

Ansvar for tannhelsetjenesten var jo én av flere oppgaver kommunene skulle få dersom flere kommuner slår seg sammen. Det har ikke slått til i vårt nabolag, så det spørs hvordan denne delen av kommunereformen faller ut.

Du har nok oppfattet meg riktig. I etterkant av vår samtale har jeg drøftet dette med ansvarlig kommunalsjef som bekrefter at dette er en velfungerende tjeneste som vi ikke ser noen grunn til å endre.

Det er mye erfaring for at det ikke følger med fullfinansiering når slike oppgaver overføres til kommunene. Dersom vi ikke blir garantert fullfinansiering, er rådmannen usikker på om kommunen rett og slett har råd til dette.

Kommunen har dårlig erfaring med overføring av oppgaver med svak tilleggsfinansiering eller ingen økte inntekter å løse oppgaven med.

«Dette er et krevende ansvar for en kommune å overta, og tannhelsetjenesten er meget godt organisert slik den er i dag.»

«Det er helt greit hvis det følger penger med. Ikke noe problem. Vi løser de oppgavene vi blir tildelt.»

.....