

Utredning av klinikkstrukturen i Valdres

Vedtatt	Fylkesutvalget sak 31/09
Utarbeidet av	Prosjektleder Nils Lunder
Godkjent av	

1. Utredning av klinikkstrukturen i Valdres	3
2. Behandling i Fylkesutvalget	4
3. Oppdrag	5
4. Dagens struktur	7
5. Faktorer som har betydning for å rekruttere tannleger	7
6. Tilbakemeldinger fra referanseorganene	9
7. Kvalitetsbegrepet	11
8. Ulike modeller, kvalitetsmessige fordeler og ulemper	14
9. Sammenlikning av kostnader ved ulike modeller	15
10. Oppsummering/anbefaling	18

1. Utredning av klinikkstrukturen i Valdres

Valdres tannhelsedistrikt omfatter foruten seks valdreskommuner også Nordre Land. I denne sammenheng er det klinikkstrukturen i Valdres region som menes. Det betyr klinikkstrukturen i kommunene Etnedal, Sør Aurdal, Nord Aurdal, Øystre og Vestre Slidre og Vang

1.1 Bakgrunn

De siste ti til tolv årene har det vært vanskelig å rekruttere tannleger til Oppland. Tannhelsetjenesten i Oppland har snudd alle steiner (se tabell 1). I mindre kommuner med en-tannlegeklinikker har det likevel vært særlig vanskelig å rekruttere tannleger. I tillegg har det flere steder vært stor gjennomtrekk av tannleger, f eks Ringeby og Etnedal. Det ser ut til at nyutdannede og nylig utdannede tannleger ikke bare foretrekker, men stiller som betingelse, å arbeide i et større fagmiljø. Spørsmålet er om Oppland har en hensiktsmessig klinikkstruktur.

Tabell 1.1 Spesifikke rekrutterings- og stabiliseringstiltak i tannhelsetjenesten

Tiltak	Innført	Status i dag
Økt klinisk tjeneste, avlønnet som overtidsarbeid	Før 1999	Gjeldende
Kombinasjonsstillinger: deltids offentlig stilling og deltids privat praksis der tannlegen får 45 % av innarbeidet honorar	1999	Gjeldende
Leie av tannklinikker til privat praksis utenom vanlig arbeidstid	1999	Gjeldende
Ambuleringstillegg: kr 100 per time ved arbeid på annen klinikk	1999	Endret til kr 50 per time pga rett til skattefri diettgodtgjøring
Flyttegodtgjørelse	1999	Gjeldende
Tilsetting av tannleger på sentrale steder med ambulering til mer perifere klinikker i den hensikt å skape fagmiljøer og utløse ambuleringstillegg	1999	Gjeldende
Etableringstilskudd mot bindingstid	1999	Avviklet da mange kjøpte seg fri og en del ikke ønsket det
Markedsføring overfor fakultetet i Oslo, bl a ved at en overtannlege har deltidsstilling som instruktør og informasjonskvelder for studentene. Oppslag om stillinger ved fakultetene, utlysning på internett.	1999	Gjeldende
Tilrettelegging for praksisperioder ved tannklinikker i Oppland for alle studenter som ønsker det	Før 1999	Gjeldende
Fritt fram for sommerjobber for studenter	Før 1999	Gjeldende
Betydelig heving av lønnsnivået for allmenntannleger (10 lønnstrinn)	1999	Senere økt
Ambuleringstillegg for tannpleiere foreslått av fylkestannlegen	2002	Innført etter gjennomgang i 2006

Tannlegen gis anledning til overtakelse av tannklinikken forutsatt avtale om gjenkjøp av behandling av prioriterte grupper	2002	Gjeldende (ingen har meldt seg)
Per capita bonus for behandling av flere enn 1200 pasienter	2002	Foreløpig avvirket pga urimelige utslag og utilsiktede virkninger
Gunstige ordninger for avskrivning av studielån for nyutdannede tannleger fra Oppland	2002	Gjeldende
Samarbeid mellom offentlige tannklinikker og privat praksis for å kunne tilby større stillingsdeler for personell.	2002	Gjeldende
Samarbeid med privatpraktiserende tannleger. (f eks kjøp av tjenester for klientell med særlige utfordringer)	2002	Gjeldende
Samarbeid med kommunene i forhold til helhetlige tiltak som fremmer rekruttering (f eks å skaffe bolig)	2002	Gjeldende
Oppland fylkeskommune som arbeidsgiver skal generelt sett, ha et sterkere fokus på seniorpolitiske tiltak	2002	Gjeldende
Utprøving av regelmessige faglige møter i smådistrikter i den hensikt å skape bedre fagmiljøer	2006	Endret 2008
Tilsetting av distriktstannleger for oppfølging av nytilsatte innen smådistriktet	2006	Gjeldende i Gudbrandsdalen
Fast lønnstillegg for distriktstannlegene (kr 20 000)	2006	Gjeldende i Gudbrandsdalen
Garantert minimums lønnsutvikling	2006	Gjeldende
Betydelig heving av begynnerlønn	2006/2007	
Regelmessige fagmøter organiseres på distriktsnivå	2008	Gjeldende
Evaluering av faglig oppfølging tilsier tettere oppfølging som forutsetter større klinikker	2008	Delvis vedtatt og gjennomført, under utredning

Det er nå gjennomført endringer i klinikkstrukturen i Oppland i alle regionene, unntatt Valdres. Endret struktur er en konsekvens av at det er svært vanskelig å rekruttere tannleger til småklinikken, og en-tannlegeklinikken spesielt. Det til tross for markedsføring både i Tyskland og overfor studenter her i landet. Dette er bakgrunnen for det settes i gang et utredningsarbeid for å finne fram til en framtidrettet og levedyktig klinikkstruktur i Valdres.

2. Behandling i Fylkesutvalget

Fylkesrådmannen fremmet forslag om utredning av klinikkstruktur for Fylkesutvalget i sak 31/09. Fylkesrådmannens forslag til vedtak var:

1. Fylkesrådmannen gis fullmakt til å utrede framtidig klinikkstruktur i Valdres
2. Forslag til klinikkstruktur legges fram for Fylkesutvalget

I behandlingen av saken fremmet opposisjonen (SP, H, FrP, V) følgende forslag:

”Utredningen skal blant annet inneholde:

- Ulike modeller for ny klinikkstruktur
 - a) full sammenslåing
 - b) hovedklinikk med lokale deltidsåpne klinikker nær skoler/sykehjem
 - c) dagens struktur

Transportkonsekvenser

- synliggjøres i alle 3 alternativene”

Fylkesutvalget fattet i sak 31/09 slikt enstemmig vedtak:

1. Fylkesrådmannen gis fullmakt til å utrede alternative modeller for klinikkstruktur i Valdres der kvalitet og rekruttering settes i sentrum.
2. Forslag til klinikkstruktur legges fram for Fylkesutvalget
3. Transportkonsekvenser synliggjøres i arbeidet.

3. Oppdrag

3.1 Mandat

1. Utrede alternative modeller for klinikkstruktur i Valdres der kvalitet og rekruttering settes i sentrum.
2. Transportkonsekvenser synliggjøres i arbeidet.

3.2 Lovverk og tidligere politiske vedtak

I det følgende gjengis utdrag av lov om tannhelsetjenesten

§ 1-1. (Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjeneste)

Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

Fylkeskommunen har ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten.

Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i § 1-3 enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannlege som har inngått avtale med fylkeskommunen etter § 4-1.

§ 1-2. (Tannhelsetjenestens formål)

Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.

§ 1-3. (Omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten)

Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til:

- 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 tillegg til de prioriterte oppgaver kan Den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksent betalende klientell etter fylkeskommunens bestemmelser.

Gruppene (a-e) er listet opp i prioritert rekkefølge. Hvis ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud til alle gruppene skal denne prioritering følges. Forebyggende tiltak prioriteres foran behandling.

§ 5-1. (Fylkeskommunens ansvar for utgifter)

Fylkeskommunen skal dekke utgifter ved Den offentlige tannhelsetjenesten.

Pasientenes utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen skal helt eller delvis dekkes av fylkeskommunen på samme måte som om tilbudet hadde vært gitt av fylkeskommunens ansatte tannleger.

Fylkeskommunen skal dekke skyssutgifter i samsvar med forskrift fastsatt av fylkeskommunen for pasienter under § 1-3 som søker tannhelsehjelp i Den offentlige tannhelsetjenesten.

3.3 Vedtak om skyssutgifter i tannhelsetjenesten i OFK.

Fylkestinget vedtok i forbindelse med behandling av den første tannhelseplanen (1988 – 1991) at fylkeskommunen skal dekke skyssutgifter tilsvarende de regler som gjelder i Folketrygden. Per i dag dekkes skyssutgifter etter følgende regler:

Regler for skyssutgifter (NAV)

1. Egenandel ved reise i forbindelse med undersøkelse og behandling en vei 125 kr.
2. Egenandel ved reise i forbindelse med undersøkelse og behandling tur-retur 250 kr.
3. Rutegående skyssmiddel og/eller andre organiserte skyssmiddel skal brukes så langt råd er. Dersom det blir brukt egen bil eller dyrere skyssmåte enn nødvendig, skal utgiftene til billigste skyssmåte legges til grunn.
4. Dersom egen bil må benyttes, dekkes kilometergodtgjørelse: kr. 1,90 pr km.
5. Det er ikke egenandel for barn under 12 år. Gjelder også ledsager.
6. Reiseutgifter til nødvendig følge av barn, psykisk utviklingshemmede og fysisk funksjonshemmede regnes som del av pasienten sine utgifter.
7. Krav om refusjon for skyss sendes tannklinikken for attestasjon. Tannklinikken sender skjemaet til fylkestannlegen for utbetaling.
8. Originale kvitteringer (billetter) for utlegg til transport vedlegges.

3.4 Organisering:

Utredningen er organisert som et prosjekt med én utreder, styringsgruppe og referanseorganer.

Styringsgruppe

- Ass. fylkesrådmann Liv Røe, leder
- Ass. fylkesrådmann Terje Kind
- Fylkestannlege Bjørn Ellingsæter

Utredning: Nils Lunder. Distriktsleder i Valdres, Unni Furre kan engasjeres som sekretær med ansvar for å avtale møter, inngå avtaler mv.

Informasjonsmedarbeider: Ingvild Bjørklund Wangen

Talsperson for prosjektet: fylkestannlegen

Referanseorganer

- Kommunene v/politisk ledelse
- Eldrerådet
- Ungdommens fylkesting
- Representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- AMU tannhelsetjenesten
- Tannhelsepersonellet i Valdres

4. Dagens struktur

I Valdres er det en-tannlegeklinikk i kommunene: Etnedal, Nord-Aurdal, Vestre og Øystre Slidre og Vang. I Sør-Aurdal er det klinikk med 2 tannleger.

5. Faktorer som har betydning for å rekruttere tannleger

I Stortingsmelding nr 35 (2006-2007) oppsummeres problemene med rekruttering/stabilisering i tannlegestillingene slik:

”Tannlegemangelen har ført til at enkelte fylkeskommuner til tider har hatt store problemer med å oppfylle sine forpliktelser overfor befolkningen. Årsakene til problemer med rekruttering/stabilitet til distriktene i deler av landet er sammensatt. En forklaring er at utdanningskapasiteten av tannleger ble redusert på 1980-tallet. I løpet av 1990-tallet har utdanningskapasiteten for andre helsefaggrupper økt med ca 60 – 90 prosent, 7-8 prosent for tannleger. En annen forklaring er studentenes forventninger og holdninger til yrkesvalg etter endt utdanning, samt preferanser når det gjelder å jobbe i offentlig eller privat sektor. De unge tannlegene ønsker også å kunne jobbe i større fagmiljøer fremfor på små klinikker/praksiser. Generelle inntektsforskjeller for tannleger i offentlig og privat sektor kan også være en forklaring. Unge tannleger velger å etablere seg som privatpraktiserende tannlege i områder med vekst i innbyggertall, fremfor å søke offentlige stillinger i distriktene. I tillegg gjelder de generelle problemene med å rekruttere universitetsutdannede til arbeid i distriktene/små kommuner, hvor yrkesmuligheter for samboere/ektefeller kan være begrenset og hvor avstand til byer/utdanningsinstitusjoner eller til øvrig familie er lang.”

Dette understrekes i en reportasje i Aftenposten den 19/6-09:

”I følge en fersk undersøkelse foretatt blant medlemmer i Akademikerne – som organiserer folk med utdanning fra universitet eller vitenskapelige høyskoler – vil nesten ingen med høy utdanning jobbe i kommunene, bortsett fra i store og robuste kommuner som kan tilby brede fagmiljøer. Praktisk talt ingen vil jobbe i små kommuner i distriktene som mangler brede fagmiljøer. Bare 6 prosent vil helst jobbe i kommunene. 52 prosent foretrekker privat sektor, mens 23 prosent ser for seg en jobb i staten.

Høy lønn ikke viktig.

For å få kompetente fagfolk til kommunene må kommunene tilby sterke og gode fagmiljøer. 75 prosent av de spurte sier faglig miljø og/eller faglige utfordringer er det som må til. Kun 16 prosent sier at høyere lønn vil være avgjørende.

– Dette er ganske avslørende tall. Dagens struktur med mange små kommuneadministrasjoner gjør at man ikke klarer å rekruttere nødvendig og viktig kompetanse. Og det er i de små kommunene i distriktene vi ser det tydeligst, sier Knut Aarbakke, leder i Akademikerne.”

5.1 Søkning til stillinger i Oppland

Oversikt over antall søkere til ledige stillinger ved en-tannlegeklinikker kontra flere-tannlegeklinikker siden 2004 og til og med juli 2009

Tabell 5.1

Klinikktipe	Antall utlyste stillinger	Antall søkere	Antall søkere per stilling
En-tannlegeklinikk	4*	2	0,5
Flere-tannlegeklinikk	46	86	1,8

* Antall utlyste stillinger gjenspeiler ikke antall ledige stillinger fordi det i store deler av perioden har vært hensiktsløst å utlyse.

5.2 Situasjonen i andre fylker

Som en del av denne utredningen er det gjort henvendelser til andre fylker. Fylkestannlegen/Direktøren i nedenstående fylker/kommune har fått følgende spørsmål:

Er det i ditt fylke/kommune iverksatt avvikling av småklinikker og etablering av større sentralklinikker?

Hvis ja:

Hva er begrunnelsene for dette?

Hvis nei:

Foreligger det planer om, eventuelt drøftinger av slike tiltak og i så fall hva er begrunnelsene for planene/drøftingene?

Har det vært reaksjoner fra publikum/presse ved sentraliseringer?

Andre forhold av interesse?

Svarene er ganske entydige og forsøkt oppsummert i tabellen under

Tabell 5.2

Tiltak	Oslo	Akershus	Hedmark	Telemark	Nord Trøndelag	Buskerud
Gjennomført opprettelse av sentralklinikker	ja	ja		ja, i stor grad	ja	ja
Planer om sentralklinikker			ja		ja, 6-7 klinikker	

					i fylket	
Argumenter						
Rekruttering	ja	ja		ja	ja	ja
Stabilitet i stillinger		ja		ja	ja	ja
Bedre fagmiljø	ja	ja		ja	ja	ja
Bedre tilbud ved vakanser				ja	ja	ja
Bedre utnyttelse av tannpleiere				ja	ja	
Muligheter for tilgang på avansert utstyr				ja	ja	
Bedre ressursutnyttelse	ja			ja	ja	
Bli kvitt skoletannlegestemplet	ja					
Reaksjoner						
Negative	ingen	lite		noe støy	Noe intern motstand	både og, tidlig inf viktig
Positive	mange	overveiende		merkelig smertefritt		

Det er utvilsomt Telemark som har kommet lengst i omstillingsprosessen. I svaret derfra siterer fylkestannlegen stortingsrepresentant Ballo: ”Det er bedre å reise 80 km til en tannlege enn å ha et tannlegekontor i nabohuset hvor det ikke er tannlege”.

6. Tilbakemeldinger fra referanseorganene

Prosjektleder og informasjonsmedarbeider har fått invitasjon fra tre kommuner og hatt møter med den politiske/administrative ledelsen hos disse. I tillegg er det avholdt møter med elderrådet, råd for likestilling av funksjonshemmede og ungdommens fylkesting. De viktigste tilbakemeldingene er summer opp under.

6.1 Vang kommune

- Kommunens primære ønske er å opprettholde et tannlegetilbud i Vang. Kommunen tror ikke det er framtidsrettet med en klinikk i Vang sentrum. Det taler for en lokal klinikk i Ryfoss i tillegg til en større klinikk på Fagernes.
- Fylkeskommunen bør vurdere en klinikk for Vang og nordre del av Vestre Slidre, som også kan behandle deler av befolkningen i Øystre Slidre.
- Kommunen ber om at fylkeskommunen ikke sentraliserer alt til Fagernes, særlig nå som en yngre tannlege arbeider i bygda og trolig kan by på stabil arbeidskraft i mange år framover.
- Avstanden fra Vang til Fagernes er et argument for å beholde en klinikk i Vang. Det er like langt fra Vang til Årdal i Sogn som fra Vang til Fagernes. Reisetida er på ca 45 minutt. Ordføreren frykter reisa vil få store negative konsekvenser for mange.

6.2 Etnedal kommune

- Vil primært ha tannlege i kommunen.
- Om det blir sammenslåing av klinikker, foretrekker folk i Etnedal å reise til Bagn i Sør-Aurdal. En god praktisk løsning kan være å danne klinikker for to og to kommuner . Da blir fraværstida kortere for skoleelever og foreldre.
- Ordføreren uttalte seg positivt til forslaget om en skyssordning for unger, men understreket at avstand har mye å si. Det er lettest å akseptere kort reiseavstand.

6.3 Vestre Slidre kommune

- Vestre Slidre ønsker primært å ha tannlege i kommunen. Sekundært kan kommunen være med å diskutere en sentralklinikk på Fagernes med ambulering til skolene.
- I Vestre Slidre har det fungert bra at ungene kan gå rett over veien til tannlegen, og kommunen vil gjerne opprettholde denne ordningen.
- Dekning av skyssutgifter og organisert transport med buss løser ikke problemet med at skolebarn må bruke ” hele dagen” for å komme seg til tannlegen.
- Fylkespolitikerne hadde tidligere i år studietur til Inverness i Skottland. Der var tannhelsetjenesten en del av distriktsmedisinsk senter. Det fungerte bra der.
- Kan en se utredningsarbeidet i sammenheng med Samhandlingsreformen? På Fagernes er det planar om et felles helsetun, som inkluderer distriktsmedisinsk senter og nytt sykehjem for Nord-Aurdal kommune. Kan en tannklinikk inngå i de planene?
- Det blir samfunnsøkonomisk dyrt dersom alle foreldre skal bruke tid til å følge ungene til tannlegen.
- Foreslår ambulerende skoletannlege i tillegg til sentralklinikk. Kan en ha undersøkelsesklinikk i kommunene, og sende de pasientene som trenger behandling til en sentralklinikk?
- For å skape større fagmiljø på Fagernes: Kan det bygges en stor klinikk der en tilbyr private plass?

6.4 Eldrerådet og representanter for de kommunale eldrerådene i Valdres

- Det er vanskelig å få time hos tannlegen i Vestre Slidre.
- Det er ønskelig å beholde tannlegen i Vang
- Det høres fint ut med tannklinikk på Fagernes med tanke på kvalitet
- Er det en ide å lodde stemningen i de kommuner vi ikke er invitert til?
- Om det blir sentralklinikk, er det viktig at tannlegen tar runder på sykehjem/aldreshjem regelmessig

6.5 Rådet for likestilling av funksjonshemmede

- Lederen i rådet mente det var gledelig at universell utforming er tatt med i arbeidet.
- Flere lurte på om sentralklinikk er den mest aktuelle løsningen, eller om ambulering til småklinikker kan være aktuelt.
- Kan pensjonerte tannleger brukes som mentorer for utanlandske tannleger ved mindre klinikker/en-tannlegeklinikker?
- Er en sentral tannklinikk tenkt koblet opp mot det distriktsmedisinske senteret på Fagernes?
- Er sammenslåing av tannklinikker gunstig for rekrutteringen?

- Er det uaktuelt å fortsette med tannleger på skolene ?

6.6 Ungdommens fylkesting

- Yngre mennesker vil ha sosiale fellesskap!
- Flere mener den beste løsningen er sentralklinikk på Fagernes med biklinikker i flere kommuner.
- Forslag om undersøkelsesklinikk med tannpleier i de kommunene som ikke har sentralklinikk. Pasienter som må ha tannlegebehandling reiser til sentralklinikk.
- Det er en fordel for barn og unge å gå til tannlege nær skolen.
- En UFT-representant fra Etnedal hadde erfaring med å ta minibuss fra skole til tannlege. Hun hadde ikke opplevd det som et problem, eller følt at hun mistet mye undervisning pga tannlegebesøk et stykke unna skolen.
- Legg tannlegetimer til ettermiddagen for de elevene som må reise langt. Da unngår de å miste hele skoledagen. En spurte om tannleger har fleksibel arbeidstid, slik at de kan jobbe ut over ettermiddagen i blant for å behandle elever som må reise langt?
- De som må ha mange behandlinger må kanskje uansett reise langt, fordi de må til spesialist. Det er disse elevene som vil miste mye undervisning på skolen.
- Fravær: Ungdomsskoler og videregående skoler må se på fraværføring ved tannlegebesøk.

7. Kvalitetsbegrepet

I ISO-normen defineres kvalitet som helheten av egenskaper og kjennetegn et produkt eller tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille uttalte eller underforståtte behov.

Kvalitet (K) er mao forholdet mellom realitet (R) og forventninger (F), uttrykt ved formelen $K=R/F$. Nå er imidlertid helsetjenester det som i økonomisk litteratur kalles

”informasjonssvake goder”. Det vil si at brukeren i liten grad er i stand til å bedømme den faglige kvaliteten på behandlingen. Dette drøftes av S Grepperud i en kronikk i Tidsskrift for den norske legeforening. Han skriver bl a:

”Det er nyttig å dekomponere helsetjenestekvalitet i ulike hovedkategorier. Jeg vil her foreslå fire kategorier:

- Medisinsk kvalitet
- Omsorgskvalitet
- Fasilitetskvalitet
- Varighet

Medisinsk kvalitet vedrører alle forbedringer i helse som følger av eller forventes å følge av behandling, samtidig som man tar hensyn til naturlige risikoer, muligheten for avvik og eventuelle bivirkninger. En rekke faktorer har betydning for den medisinske kvaliteten, bl.a. helsepersonellens utdanning og erfaring, fagmiljø, organisering og adgang til medisinsk utstyr.

Dette betyr at både kvaliteten på humankapitalen (arbeidskraft), kvaliteten på realkapitalen (bygninger og utstyr) og hvordan disse to innsatsfaktorene er organisert, har betydning.

Omsorgskvalitet omfatter forhold knyttet til helsepersonells opptreden (bedside manners), som ikke nødvendigvis trenger å ha en direkte konsekvens for den medisinske kvaliteten. Eksempler er at man møtes med respekt, får svar på spørsmål, informeres om relevante forhold samt at personalet opptrer omsorgsfullt. Omsorgskvalitet er altså først og fremst et resultat av hvordan omsorgsytere opptrer. Fasilitetskvalitet reflekterer i hovedsak forhold ved den infrastrukturen som behandlerne disponerer, men som ikke nødvendigvis har noen direkte konsekvenser for den medisinske kvaliteten. Eksempler her er om det er adgang til enerom eller ei, romstandarder, utsmykninger, rekreasjonsmuligheter, adgang til fjernsyn og PC, standarden på kjøkkentjenester og mulighetene for å ta imot pårørende. Innsatsfaktorene i produksjonen av fasilitetskvalitet vil altså i hovedsak være realkapital (bygninger og utstyr) og konsumgoder (PC og fjernsyn). Denne type kvalitet må også ses i sammenheng med etterspørselen etter helsetjenester. F.eks. vil det at det finnes enerom ikke bidra til en positiv brukeropplevelse hvis man ender opp som korridorpatient. Behandlingens varighet er noe som verdsettes av brukerne – i den forstand at for uendret medisinsk kvalitet ønsker man at den tid det tar fra behovet for helsetjenester melder seg til behandling er avsluttet, skal være så kort som mulig. For brukerne vil lang ventetid (ventelister) og en behandling som strekker seg over «unødvendig» lang tid være faktorer som reduserer kvaliteten på helsetjenestene.

Et relevant spørsmål er hvorvidt brukerne besitter tilstrekkelig kunnskap til å vurdere de ulike kvalitetskomponentene – altså i hvilken grad de kan observere dem. Medisinsk kvalitet kan være uobserverbar for brukerne i to henseender. For det første vil brukerne ofte ikke kunne vurdere kvaliteten på behandlere når de har behov for deres tjenester. For det andre vil brukerne heller ikke kunne vurdere kvaliteten på den medisinske behandlingen selv etter at behandling er mottatt. Varer og tjenester med såpass betydelige informasjonsproblemer betegnes i den økonomiske faglitteraturen som «informasjonssvake goder».

Omsorgskvalitet observeres av brukerne i det øyeblikk de mottar tjenestene. Dette er altså en kvalitetstype som man får informasjon om i møte med helsearbeidere. Det er også mulig å tilegne seg omtrentlig kunnskap om slike forhold før en behandling starter ved å benytte seg av andres erfaringer med de samme behandlerne. Den type varer og tjenester betegnes i faglitteraturen som «erfaringsgoder». Fasilitetskvalitet er nok lettere observerbar for brukerne enn omsorgskvalitet, fordi man kan skaffe seg informasjon om standarden ved å henvende seg direkte til den enkelte behandler. Varer og tjenester med slike egenskaper betegnes som «søkegoder». Når det gjelder varighet, er visse aspekter lett observerbare (som ventetid), mens andre er det i liten grad (adekvat behandlingstid).

Ønske om helseforbedringer er den primære årsaken til at man etterspør helsetjenester. Dermed er det slik at den mest verdsette kvalitetskategorien også er den minst observerbare. Den antatte betydningen av medisinsk kvalitet betyr derimot ikke at andre kvalitetsaspekter ved helsetjenestene – som omsorgskvalitet, fasilitetskvalitet og varighet – ikke er viktig for brukerne.”

Ved vurdering av kvalitet i tannhelsetjenesten er det altså nødvendig å se utover brukerens subjektive opplevelser.

7.1 Forutsetninger for god kvalitet

7.1.1 Faglig veiledning

Ferske tannleger fra Norge og utlandet har et betydelig behov for faglig veiledning de første årene. Det gjelder først og fremst klinisk veiledning, men også hjelp til å sette seg inn i et etter hvert omfattende regelverk. Mange av de nye kandidatene har lite klinisk trening fra utdanningen. Beklageligvis er det foreløpig ikke innført turnustjeneste for tannleger.

Dette forholdet er ikke av ny dato. I Oppland har tannhelsetjenesten forsøkt å organisere faglig veiledning innen distriktene. For å få det til har det ofte vært nødvendig med ambulering, enten for veileder eller for den nytilsatte. Veiledningen blir dermed sporadisk og ordningen har ikke fungert tilfredsstillende. En god veiledning forutsetter at veilederen er tilgjengelig på samme klinikk som den nytilsatte.

7.1.2 Faglig utvikling

Utvikling av ferske tannlegers realkompetanse skjer gjennom klinisk praksis, etterutdanning og ikke minst gjennom samvær og samtaler med andre tannleger på arbeidsplassen. Det siste er dels av uformell karakter, dels formalisert gjennom seminarer på klinikken. I tannhelsetjenesten har det vært forsøkt å utvikle fagmiljøer mellom flere mindre klinikker i distriktene. Det har ikke fungert tilfredsstillende, bl a fordi mye av dagen går bort i reisetid. Dessuten mangler det mer uformelle samværet. Når tannleger drar på kurs, forutsettes det at ny kunnskap formidles til kolleger på arbeidsplassen. Dette skjer langt mer effektivt når det er flere tannleger på samme arbeidssted.

7.1.3 Muligheter for avanserte undersøkelser og behandlinger

Den teknologiske utviklingen innen odontologien går raskt. Det utvikles stadig nye teknikker for undersøkelser og behandling. Disse teknikkene forutsetter imidlertid innkjøp av kostbart utstyr. På småklinikker kan det ikke forsvares å anskaffe slikt utstyr. På større klinikker vil kostnadene fordeles på mange årsverk. Eksempler på slikt utstyr er panoramarøntgen og laser.

7.1.4 Tannhelsetilbud ved vakanser

Med småklinikker i hver kommune er det vanskelig å opprettholde et tilfredsstillende tannhelsetilbud ved vakanser. Som oftest er det tannlegen i nabokommunen som tar enkelte dager der det mangler tannlege for å ta unna det mest påtrengende. På en større klinikk, med seks til åtte tannleger, er det åpenbart at belastningen ved vakanser blir mindre.

7.1.5 Tilgjengelighet

Tilgjengelighet til tannklinikken handler både om reiseavstand og om den interne tilgjengeligheten ved klinikken. Dette siste er omtalt under overskriften universell utforming. Det er ingen tvil om at etablering av en sentralklinikk vil medføre lengre reiseavstander og mer reisetid for mange.

7.1.6 Universell utforming

Universell utforming betyr at produkter, byggverk og uteområder som er i alminnelig bruk, skal utformes på en slik måte at alle mennesker skal kunne bruke dem på en likestilt måte så langt det er mulig uten spesielle tilpasninger eller hjelpemidler (Stortingsmelding nr.40. (2002-2003). Hensikten med universell utforming er å øke muligheten for samfunnsdeltagelse for alle, ved at produkter, tjenester, kommunikasjonsmidler og omgivelser utformes slik at de er brukbare for flest mulig.

Mål:

Målsettingen er at alle fylkeskommunens tannklinikker skal være i lokaler som tilfredsstillende kravene til universell utforming. Når dette kan oppnås, vil være avhengig av faktisk status og mulig praktisk gjennomføring.

Tiltak:

I 2008 ble det gjennomført kartlegging ved fylkeskommunens tannklinikker. Kartleggingen ble gjort i samarbeid med de som har fagkunnskap på området. I 2009 utarbeides handlingsplan for utbedring/tilrettelegging på bakgrunn av kartleggingen. (sak 43/07).

Det er utarbeidet en foreløpig rapport om den universelle utformingen av tannklinikkene i Oppland. I tillegg har tannhelsetjenesten eget HMS-system med regelmessig gjennomgang av klinikklokaler. Basert på disse kildene er det ingen av klinikkene i Valdres som har tilfredsstillende universell utforming. Gjennomgående er dører og korridorer trange og det er for små snuarealer inne. HC-toalett mangler i Øystre Slidre og Sør Aurdal. Der det finnes HC-toalett er disse for små etter dagens krav. Bygningen/lokalene på Ryfoss er dårlig tilpasset bruken. Ingen av dagens klinikker er tilfredsstillende på lengre sikt.

7.1.7 Gjennomsiktighet

I tannhelsetjenesten har det vært eksempler på tannleger som ikke har drevet virksomheten faglig forsvarlig. På større tannklinikker kan slike forhold bli raskere avdekket og kan rettes på. På entannlegeklinikker kan det være fare for at en uakseptabel praksis pågår over lang tid uten at det oppdages.

8. Ulike modeller, kvalitetsmessige fordeler og ulemper

I tråd med forslag til vedtak, endelig vedtak i Fylkesutvalget og den foreliggende tannlegedekningen i Valdres blir fire modeller for klinikkstruktur drøftet:

- Sentralklinikk for hele Valdres på Fagernes
- Sentralklinikk med ambulerende til biklinikker i hver kommune en dag per uke
- Dagens struktur
- Sentralklinikk og opprettholdelse av en klinikk sør og en vest i regionen.

Tannleger er knapphetsressursen i tannhelsetjenesten. Det er en entydig erfaring for alle som er involvert i arbeidet med å rekruttere tannleger at tannlegene nå ønsker å arbeide i et større fellesskap med andre tannleger. Denne erfaringen deles av de forespurte fylkestannlegene. Antall søkere til en-tannlegeklinikker kontra fler-tannlegeklinikker bekrefter dette forholdet. Å øke muligheten for å rekruttere og beholde tannleger er den viktigste grunnen til at ledelsen i tannhelsetjenesten ønsker tannklinikker med flere tannleger.

8.1 Sentralklinikk på Fagernes

Denne løsningen oppfyller seks av de sju kvalitetskriteriene som er listet opp over. Ulempen er høyere reisekostnader og ekstra tidstap. De ekstra reisekostnadene er utredet av samferdselsavdelingen og vil bli omtalt i eget kapittel. Tilgjengeligheten er et av få argumenter som taler mot sentralisering. Sentralklinikk på Fagernes er den kvalitetsmessig beste løsningen både for befolkningen og for tannhelsetjenesten.

8.2 Sentralklinikk med ambulering til alle kommuner.

Denne løsningen ivaretar flere av kvalitetskriteriene, men den har betydelige ulemper. Over tid er det få tannleger som ønsker å ambulere. Plikt til å ambulere vil svekke mulighetene for rekruttering til og stabilisering i stillingene. Dessuten blir det kostbart. I tillegg til ambuleringskostnader (se under), forutsettes det at eksisterende klinikker opprettholdes. Dette er ikke en akseptabel modell for tannhelsetjenesten.

8.3 Dagens struktur

Denne løsningen oppfyller ikke kvalitetskriteriene bortsett fra god tilgjengelighet. Løsningen forutsetter også en vesentlig oppgradering av eksisterende klinikker, eventuelt nye klinikklokaler. Dagens struktur er noe av årsaken til det uføre tannhelsetjenesten er kommet i. Denne modellen er ikke akseptabel.

8.4 Sentralklinikk og opprettholdelse av en klinikk sør og en vest i regionen.

Denne modellen bedrer tilgjengeligheten for deler av befolkningen, men har mange av de samme svakhetene som dagens struktur. Som permanent løsning er den ikke akseptabel. Imidlertid kan det være en akseptabel overgangsordning så lenge det er stabile og erfarne tannleger ved klinikkene i sør og vest.

9. Sammenlikning av kostnader ved ulike modeller

Med utgangspunkt i det tannhelsetjenesten i Valdres koster med dagens organisering er det i dette kapitlet gjort en sammenlikning av ekstra kostnader ved to andre modeller: sentralklinikk på Fagernes uten ambulering og tilsvarende med ambulering.

9.1 Premisser for beregning av skysskostnader

Det er ønskelig å få estimat for transportkostnader basert på en KID løsning. Følgende premisser legges til grunn for estimatet:

- Estimaten skal omfatte transport til/fra tannklinikk av
 - Barn og ungdom 3 - 20 år
 - Psykisk utviklingshemmede (gruppe B)
 - Pasienter i hjemmesykepleie og på institusjoner (gruppe C). Det forutsettes at en tredel er rullestolpasienter.
 - Barn under 12 år, gruppe B og C reiser med følge.
- Transporten skal beregnes fra sentrale lokalisasjoner i berørte kommuner, til Fagernes.
- Det settes opp spesifikke estimater for hver kommune
- Det forutsettes innkallingsintervaller på 18 måneder. For flertallet er det tilstrekkelig med ett tannlegebesøk. Noen må komme igjen flere ganger. Som et gjennomsnitt regnes det derfor med ett tannlegebesøk per pasient per år.
- Det skal beregnes total kostnader og kostnader som OFK er pliktig til å dekke. Barn under 12 år skal ikke belastes med egenandel. (Se retningslinjer for skyssutgifter).

Tabell 9.1

Kommune	Barn/unge	Gruppe B	Gruppe C
Etnedal	294	7	41
Sør Aurdal	756	18	161
V. Slidre	460	4	58
Ø. Slidre	746	8	83
Vang	364	8	43

Antall pasienter i ulike kategorier i kommunene.

Pasienter i gruppe a, b, c, d og e har rett til dekning av reiseutgifter i forbindelse med tannbehandling. Andre pasientgrupper må dekke reiseutgifter selv.

Tabell 9.2

Kommune	Barn 3 – 12 år	Ungdom 12 -18 år	Gruppe B	Gruppe C	Antall med egen- andel	Total- kostnad per år	Egen- andel	Dekkes av OFK
Etnedal	152	142	7	41	190	101 000	47 000	54 000
Sør Aurdal	371	385	18	161	564	295 000	141 000	154 000
V. Slidre	223	237	4	58	299	87 000	77 000	10 000
Ø. Slidre	362	384	8	83	475	308 000	119 000	189 000
Vang	173	191	8	43	242	204 000	61 000	143 000
Sum						995 000	445 000	550 000

Tabellen viser kostnadene for brukere og for OFK med en utbygget KID ordning. Forutsetningen er at skyssen organiseres slik at i gjennomsnitt tre kan kjøre sammen. For de fleste prioriterte pasientene vil dette være en akseptabel kostnad. Imidlertid er det slik at noen pasienter har behov for mange tannlegebesøk. Det bør vurderes å skjerme disse for store skyssutgifter ved å definere et egenandelstak.

9.2 Ambuleringskostnader

Denne beregningen er gjort under følgende forutsetninger:

Tannhelsepersonellet er tilsatt ved sentralklinikk på Fagernes og ambulerer en dag per uke til satellitt-klinikker i andre kommuner. Reise skjer i arbeidstida.

Avstander i km og stipulert kjøretid i timer, tur/retur:

Til Grindaheim	106	2
Til V Slidre	48	1
Til Ø Slidre	44	1
Til S Aurdal	56	1
Til Etnedal	66	1
Til sammen	320	6

Skyssutgifter tannlege/sekretær	kr 4 x 320	= kr 1280
Diett 2 personer	kr 170 x 5 x 2	= kr 1700
Ambuleringstillegg	kr 50/time x 30	= kr 1500
Tapt inntjening 6 timer á 1000 kr		= kr 6000

Kostnad per uke

kr 8980

Kostnad per år forutsatt ambulering i 40 uker = kr 359.200

9.3 Faste kostnader

Utdrag fra 2008-regnskapet.

Tabell 9.3

Klinikk	Husleie	Strøm/fyring	Telefon/data	Annet*
Grindaheim				
Ryfoss	83820	11424	44296	20245 94961 **
V Slidre	109200	Inkl. i husleia	43038	21554
Ø Slidre	95477	”	43768	34952
Bagn	235066	”	41242	22162
Etnedal	59312	”	39703	4777
sum	582875	11424	212047	198651

*Annet: Rengjøring, service/vedlikehold inv./utstyr

**Vang: Rengjøring, snøbrøyting mv: 94961,-

Faste kostnader totalt pr. klinikk:

Vang	V.Slidre	Ø.Slidre	S-Aurdal	Etnedal
254746	173789	174197	298470	103792

Dette utgjør til sammen vel 1 mill kr.

9.4 Avskrivning av utstyr

Å opprettholde ambuleringsklinikker i alle kommuner forutsetter at disse har nødvendig og velfungerende utstyr. Det medfører en betydelig årlig kostnad. For tradisjonelt tannlegeutstyr tilsier erfaring at avskrivningstiden er 20 år. For datautstyr og scannere regnes her en avskrivningstid på 10 år. Anskaffelseskostnader går fram av tabellen under.

Tabell 9.4

Utstyrstype	Anskaffelseskostnad i kr
Komplett unit	200 000
kompressor	25 000
Sugemotor	25 000
Instrumentvasker	35 000
Autoklav	60 000
Tilsammen	345 000

Årlig avskrivning blir da kr 17 250. Datautstyr og skanner beløper seg til 130 000, som tilsvarer en årlig avskrivning på 13 000. Rundt regnet blir årlige kostnader for utstyret kr 30 000 per klinikk og med fem ambuleringsklinikker blir det kr 150 000.

Når faste kostnader, ambuleringskostnadene og utstyrskostnadene summeres, vil opprettholdelse av ambuleringsklinikker i hver kommune beløpe seg til om lag 1,5 mill kr per år.

9.5 Stordriftsfordeler

Siden tannhelsetjenesten er én enhet, er mye av stordriftsfordelene allerede tatt ut. Det gjelder f eks alt som er knyttet til innkjøp, der tannhelsetjenesten har oppnådd gode avtaler med aktuelle leverandører. Den stordriftsfordelen som gjenstår er muligheten for å investere i avansert og kostbart utstyr som kan brukes av flere.

9.6 Kostnader ved etablering av sentralklinikk

Kostnadene ved etablering av en ny stor tannklinikk på Fagernes er vanskelig å beregne. De trenger ikke bli høyere enn kostnadene ved dagens struktur. På Gjøvik er det for noen år siden etablert en sentralklinikk som er sammenlignbar med en ny klinikk på Fagernes. Faste årlige kostnader ved gjøvik-klinikken er betydelig lavere enn tilsvarende kostnader for klinikkene i Valdres.

10. Oppsummering/anbefaling

10.1 Oppsummering

Mange argumenter taler for å etablere en sentralklinikk på Fagernes for behandling av alt prioritert klientell i Valdres. I tillegg vil klinikken ha kapasitet til å behandle en god del voksne betalende pasienter. Ett argument taler imot. Det er større reiseavstander. For fylkeskommunen vil en sentralklinikk være det klart rimeligste alternativet, selv om dekning av reiseutgifter etter gjeldende regler regnes med. For brukerne blir det større reiseutgifter og lengre reisetid.

For å kunne opprettholde en god offentlig tannhelsetjeneste i Valdres ser det likevel ut til at etablering av sentralklinikk er nødvendig. I dagens situasjon er alle andre løsninger uakseptable. Så lenge det er stabil tannlegedekning sør og vest i regionen, kan det imidlertid være akseptabelt å beholde to klinikker utenom Fagernes som en overgangsordning.

10.2 Anbefaling

1. Det etableres en ny tannklinikk for tannleger, tannpleiere og kjeveortoped, samt en praksisplass på Fagernes. Det må være mulig å utvide klinikken for flere tannleger på sikt. Om mulig bør klinikken samlokaliseres med andre helsetjenestetilbud.
2. Som en overgangsordning opprettholdes drift ved en tannklinikk sør og en vest i regionen.
3. Refusjonsordningen for skyssutgifter revideres med tanke på å skjerme pasienter med mange tannlegebesøk for store utgifter.