



Helse- og omsorgsdepartementet

Vår referanse  
23/00153-7

Dato  
2. mai 2023

## **Høringssvar – NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste**

Den norske tannlegeforening (NTF) takker for muligheten til å komme med høringssvar på *Helsepersonellkommisjonens NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.

NTF vil i dette høringssvaret i hovedsak komme med innspill og vurderinger når det gjelder tannhelsetjenesten samt tannhelsetjenestens samarbeid og samhandling med resten av helse- og omsorgstjenestene.

### **Tannhelsetjenesten er en del av helse- og omsorgstjenesten**

NOU'en omhandler primært helse- og omsorgstjenesten slik den er i dag. Der er tannhelsetjenesten i liten grad inkludert, og det bærer utredningen preg av. Figuren på side 55 i utredningen (*Figur 3.2 Organiseringen av helse- og omsorgstjenester i Norge*) som skisserer dagens organisering viser med tydelighet at tannhelsetjenesten står utenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten. Tannhelsetjenesten omtales bare noen få steder i NOU'en, og tjenesten beskrives ganske kort.

**NTF vil påpeke at det i fremtiden vil være avgjørende at tannhelsetjenesten inkluderes som en del av helse- og omsorgstjenesten på en helt annen måte enn i dag. Munnhelse er helse, og god munnhelse er viktig for god helse. Munnhulesykdommer har til dels samme risikofaktorer som andre ikke-smittsomme sykdommer og kan derfor forebygges med de samme tiltakene. Tannhelsetjenesten er en viktig ressurs i det helsefremmende og forebyggende arbeidet og kan bidra til å avlaste resten av helse- og omsorgstjenesten. Utredningen peker på behov for riktig oppgavedeling i hele helsetjenesten, men den sier lite om hvordan tannhelsetjenesten kan bidra og om samhandling mellom tannhelsetjenesten og den øvrige helsetjenesten.**

Verdens helseorganisasjon (WHO) har vedtatt en global strategi for oral helse som skal omsettes til en handlingsplan mot 2030. Strategien blir knyttet opp mot FNs bærekraftsmål 3 og mot ikke-smittsomme sykdommer (NCD), da risikofaktorene til dels er de samme. Innen 2024 skal WHO

anbefale kostnadseffektive, evidensbaserte orale helseintervensjoner som et vedlegg til «NCD Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs» og «WHO Universal Health Coverage Compendium». Dette forplikter Norge til å ha et helhetlig perspektiv på helsetjenesten og inkludere tannhelsetjenesten som en del av denne.

Tannleger innehar breddekompetansen innenfor forebyggende munnhelsearbeid og behandling av munnhulesykdommer og helseplager i nærliggende regioner. Tannhelsetjenesten har kontakt med en stor del befolkningen da de aller fleste går regelmessig til tannlegen, og kan derfor også oppdage annen sykdom. Slik samhandler tannlegene også med kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten.

### **Digitalisering**

Helsepersonellkommisjonen peker på at potensialet for teknologisk utvikling, og da spesielt digital samhandling, ennå ikke er realisert. Det er fortsatt mange som ikke har tilgang til de ulike tjenestene som e-resept, kjernejournal og pasientens legemiddelliste (PLL), og det mangler nasjonal samordning og styring. For å kunne ta ut effektivitetspotensialet i den videre digitaliseringen i helse- og omsorgstjenestene er det behov for en mer balansert, målrettet styring og koordinering av de digitale ressursene. NTF støtter dette.

**Tannhelsetjenesten inkluderes ikke i alle de pågående prosjektene i dag. Det er viktig at tjenesten inkluderes i arbeidet med e-helse, digitale løsninger og innovasjon. Dette vil ivareta pasientsikkerheten og bidra til mer effektiv ressursbruk.**

### **Dagens tannhelsetjeneste**

Den offentlige tannhelsetjenesten i regi av fylkeskommunene skal i henhold til tannhelsetjenesteloven yte forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til barn og ungdom, psykisk utviklingshemmede, grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie og andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. I tillegg gis det stønad til tannbehandling for innsatte i fengsel og rusavhengige i henhold til Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer.

Privat sektor har ansvar for tannhelsetjenester til størstedelen av den voksne befolkningen. I tillegg utføres det meste av tannregulering for barn og unge i privat tannhelsetjeneste. Den private tannlegedekningen er lav i flere fylker, og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten behandler i ulik grad også voksne betalende pasienter. Det gis stønad over folketrygden til dekning av utgifter til tannbehandling ved femten nærmere angitte diagnoser og/eller tilstander.

I underkant av 13 000 personer var sysselsatt i privat eller offentlig tannhelsetjeneste i 2021. Syv av ti sysselsatte i tannhelsetjenesten har sitt hovedarbeidsforhold i den private tannhelsetjenesten.

Tannhelsesekretærer er den største yrkesgruppen med over 5 600 sysselsatte og utgjør med det omtrent 43 prosent av de sysselsatte. Andelen er lik i den private og den offentlige tannhelsetjenesten. Drøyt 4 900 tannleger og tannlegespesialister utgjør omtrent 38 prosent av de sysselsatte. Med omtrent 1 150 sysselsatte, utgjør tannpleiere omtrent 9 prosent av de sysselsatte.

Drøyt én av ti tannleger er spesialister. Årsverk for tannlegespesialister utgjorde 11,6 prosent av avtalte tannlegeårsverk i 2021. De aller fleste tannlegespesialistene jobber i den private tannhelsetjenesten. Rundt 86 prosent av årsverkene for spesialister var i privat sektor i 2021. Det er større geografisk variasjon i dekning av tannlegespesialister enn for tannleger.

I kategorien «annet personell» finnes tannteknikere. Antall tannteknikere har vist en jevn nedgang, fra 460 avtalte årsverk i 2015 til 412 i 2021.

Andelen deltidsstillinger er langt lavere i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten enn i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Leger og tannleger, som er de eneste yrkesgruppene innen helse og omsorg der menn utgjør mer enn en tredjedel av de sysselsatte, er yrkesgrupper som har lavere sykefravær enn de mer kvinnedominerte yrkene.

**NTF vil understreke at det ikke finnes god nok oversikt over munnhelsepersonell i Norge i dag. Det bør opprettes et nasjonalt register over munnhelsepersonell og annet helsepersonell, slik at myndighetene får en bedre oversikt over tjenestene.**

Det er en svakhet at tall for helse- og tannhelsesekretærer er slått sammen i rapporten når fremtidig behov beskrives. Dette gir et dårlig grunnlag for vurderinger av behov for hver av disse gruppene, som jo har ulike utdanning.

### Tannlegedekning og fremtidig behov

Norge har høyere dekning av tannleger enn resten av Europa (WHO European Region 2022).

På landsbasis var det i 2021 8,0 avtalte tannlegeårsverk, 1,0 tannlegespesialistårsverk og 2,0 tannpleierårsverk per 10 000 innbyggere. Tannlege- og tannlegespesialistdekningen har vært stabil de siste årene, mens tannpleierdekningen har økt noe. Det er store geografiske variasjoner. Dekningen av allmenntannleger varierer fra 7,1 årsverk per 10 000 innbyggere i Innlandet til 9,8 årsverk i Troms og Finnmark. Dekningen av tannlegespesialister varierer fra 0,7 årsverk i Innlandet, Trøndelag og Nordland til 1,6 årsverk i Oslo. Det er stor variasjon i tannpleierdekningen, fra 1,6 årsverk i Viken og Agder til 4,4 årsverk i Troms og Finnmark.

SSB har gjort beregninger av etterspørsel etter ulike yrkesgrupper, og alle alternativene viser et overskudd av tannleger og tannpleiere, men et underskudd av gruppen helse- og tannhelsesekretærer (slått sammen i utredningen). En av begrunnelsene for anslagene er at SSB ikke tror at økt andel eldre vil føre til økt behov for tannbehandling. **NTF mener at dette må utredes grundigere før det kan konkluderes på denne måten.**

Kommisjonen skriver: *Fordi fremtidens eldre jevnt over forventes å få bedre tannhelse enn i dag, vil trolig behovet for tannhelsetjenester etter alder falle.*

**NTF vil understreke at man her ikke har tatt inn over seg en rekke andre påvirkende variabler som at de eldre blir stadig eldre og at eldre får flere andre sykdommer som sekundært påvirker munnhelse. De eldre har dessuten flere tenner enn tidligere, noe som i seg selv gir økt risiko for sykdom. Utredningen drøfter dessuten ikke det faktum at flere overlever alvorlig sykdom med de implikasjoner det har for behovet for tannhelsetjenester. Det faktum at en del av befolkningen ikke går til tannlege i dag, og at det i denne gruppen anslås at det befinner seg mange med et større behandlingsbehov, oppdemmet over år, drøftes heller ikke. Vi vet at det er sosial ulikhet i munnhelse og at flere grupper, blant annet grupper med lav utdanning og dårlig økonomi samt personer med psykiske helseplager, har et udekket behov for tannhelsetjenester.**

I utredningen sies også: *Eventuelle reformer som gir utvidede rettigheter for voksne innen offentlige tannhelsetjenester, vil kunne påvirke fremtidig behov for tannhelsepersonell.*

**NTF vil her peke på at regjeringen har nedsatt et eget utvalg, Tannhelseutvalget, som skal gjennomføre en helhetlig gjennomgang av hele tannhelsetjenesten med mål om å likestille den med resten av helsetjenesten. Økt offentlig finansiering av tannhelsetjenester vil kunne påvirke etterspørselen etter tannhelsetjenester og behovet for tannhelsepersonell.**

Utredningen peker på at rekrutteringsutfordringer i deler av tannhelsetjenesten primært synes å handle om skjev geografisk fordeling av tannhelsepersonell, samt skjev fordeling mellom den private og offentlige delen av tannhelsetjenesten. Omfanget av ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten viser at flere fylkeskommuner har problemer med rekruttering. Spesielt gjelder dette Møre og Romsdal, men også øvrige fylker på Vestlandet, fylkene i Nord-Norge og Trøndelag. For flere fylkeskommuner er det krevende å rekruttere til stillinger i mindre sentrale strøk og små klinikker. Oslo og Agder er de eneste fylkene uten ledige årsverk.

Selv om det er ubesatte årsverk i deler av den offentlige tannhelsetjenesten, finnes det tegn til at det er overkapasitet i den private tannhelsetjenesten i sentrale strøk.

Kommisjonen peker i sin utredning på hvor viktig det er å utdanne helsepersonell også til stillinger på utdanningsfeltet.

**NTF vil her understreke at dette i høy grad også gjelder innen odontologi. Universitetene har utfordringer med å rekruttere både til akademiske og kliniske stillinger. Det er dessuten en utfordring å få nok praksisplasser, fordi den utøvende tannhelsetjenesten ikke er pålagt et ansvar for å bidra til utdanning.**

### Odontologisk grunnutdanning og autorisasjon

Norge har i dag tre odontologiske læresteder ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø. Mange norske studerer i tillegg odontologi i utlandet. Polen er det klart vanligste landet for odontologistudenter, etterfulgt av Spania, som har blitt et populært studieland for fremtidige tannleger de seneste årene.

I 2021 ble det innvilget i overkant av 3 300 autorisasjoner til helsepersonell med utenlandsk utdanning. Dette tilsvarer nesten hver femte autorisasjon (19 prosent). For leger og tannleger ble over halvparten av de nye autorisasjonene innvilget på bakgrunn av en utdanning fra utlandet, med henholdsvis 65 prosent for leger og 53 prosent for tannleger.

Utredningen påpeker at Norge i mye større grad må utdanne sitt eget helsepersonell (80% av legene).

**NTF vil understreke at dette også må gjelde for munnhelsepersonellet. Norge må av beredskapsmessige hensyn sørge for å utdanne eget personell som kjenner det norske helse- og omsorgssystemet og lovgivingen rundt dette. NTF mener at myndighetene må gjøre vurderinger av behovet for munnhelsepersonell i fremtiden, og at Norge selv må utdanne munnhelsepersonell i tråd med dette. Det medfører at det må iverksettes tiltak for å redusere andelen som utdannes utenlands, for eksempel begrense stønad fra Lånekassen til odontologistudier utenfor Norge.**

**Det er et etisk problem at Norge ikke utdanner sitt eget helsepersonell, men overlater denne oppgaven til andre land som har utfordringer med å utdanne nok personell for å dekke eget behov.**

Kommisjonen peker på at Norge har skrevet under på WHO's retningslinjer (kode) for internasjonal rekruttering av helsepersonell, som forplikter oss til å ikke aktivt rekruttere helsepersonell fra land som trenger denne arbeidskraften selv. Det er underskudd på tannleger i mange land, og Norge har

et etisk ansvar for ikke å bidra til å tappe disse for nødvendig høykompetanse. Rekruttering fra utlandet i et omfang som dekker Norges fremtidige behov, vil være usolidarisk og et brudd på disse retningslinjene. Helsepersonellkommisjonen ønsker ikke slik import av helsepersonell til Norge.

Kommisjonen peker videre på at helsepersonell trenger god språkkompetanse, både i dagligtale og for å beherske fagspråk fordi det er viktig for kvalitet og pasientsikkerhet.

Helsepersonellkommisjonen mener at arbeidsgiver har et ansvar, også ut over det som er fastsatt i forskrift, for å påse at arbeidstakerne får nødvendig kompetanseheving i norsk språk.

Språkkompetanse har stor betydning for kommunikasjon mellom pasient/bruker og behandler og dermed også for kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesteytingen.

**Dette er en utfordring som NTF har pekt på overfor helsemyndighetene i mange år. Det er spesielt utfordrende fordi utenlandske tannleger kan komme til Norge og starte egen sin egen private tannhelsevirksomhet. Som selvstendig næringsdrivende har de ingen arbeidsgiver, og det utøves beklageligvis ingen kontroll fra myndighetene verken med språkkompetansen eller med kjennskapet til de bestemmelser som tannhelsetjenesten omfattes av.**

**Det bør stilles krav om at utenlandske tannleger som får adgang til å praktisere tannlegeyrket i Norge, har grunnleggende kjennskap til norsk regelverk og at de oppfyller språkravet i lovverket.**

Helsepersonellkommisjonen påpeker i utredningen at autorisasjon og lisens er særlig viktig for leger og tannleger fordi dette er yrker som er tillagt et særlig ansvar og beslutningsmyndighet i forbindelse med helsehjelpen. Det er derfor avgjørende at myndighetene har god oversikt over disse yrkesgruppene, og at de har kontroll på at kravene til autorisasjon oppfylles.

Det kan være krevende å komme ut i arbeidslivet, spesielt som selvstendig næringsdrivende, uten det sikkerhetsnettet og nettverket som en ansettelse gir. Kommisjonen peker på at nyansatte må gis en god start, og at det bør vurderes å innføre mentorordninger eller trainee-stillinger i helsetjenesten. Dette bør også vurderes i tannhelsetjenesten, eksempelvis i form av en turnusordning før man kan starte egen selvstendig virksomhet, eller andre typer ordninger etter endt studium.

### **Odontologisk spesialistutdanning**

Spesialistutdanning for tannleger tilbys ved de tre universitetene som i Norge tilbyr grunnutdanning i odontologi. Spesialistutdanningen gjennomføres som hovedregel i løpet av tre år, men fem år for spesialiteten i oral kirurgi og oral medisin.

De siste fire årene har det i snitt blitt godkjent 40 tannlegespesialister årlig (Helsepersonellregisteret/ Helsedirektoratet 2022). Mer enn hver tredje spesialistgodkjenning er innen kjeveortopedi. Det kommer også en del tannlegespesialister fra land utenfor Norge. NTF mener at de samme vurderingene for tannleger som nevnt over, også må gjøres for tannlegespesialister.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet arbeider med høringsnotat om regulering og felles kompetansemål med læringsaktivitet for alle spesialistutdanningene for tannleger og læringsmål med læringsaktiviteter og krav til sluttkompetanse for den enkelte spesialitet.

Det er sju spesialiteter for tannleger der Helsedirektoratet gir offentlig spesialistgodkjenning; endodonti, kjeve- og ansiktsradiologi, kjeveortopedi, oral kirurgi og oral medisin, oral protetikk, pedodonti og periodonti. Videre er det besluttet å etablere multidisiplinær odontologi som en ny

offentlig godkjent spesialitet for tannleger. NTF har vært kritisk til å opprette enda en ny odontologisk spesialitet.

I sitt innspill til Helsepersonellkommissjonen foreslår Helsedirektoratet at følgende veiledende prinsipper bør legges til grunn for vurderingen av nye legespesialiteter. De mener at disse prinsippene kan ha gyldighet også for andre grupper:

1. En spesialitet bør avspeile tjenestenes og pasientenes behov.
2. En spesialitet bør ha et tilstrekkelig omfang.
3. Det bør vurderes om andre virkemidler er mer hensiktsmessige enn opprettelse av en ny spesialitet.
4. En spesialitet bør ha et avklart forhold til andre spesialiteter.
5. Fordeler i form av styrket rekruttering og redusert turnover må vurderes opp mot eventuelle
6. ulemper ved å opprette en ny spesialitet.
7. Det bør tas hensyn til internasjonale forhold og regelverk.

**NTF vil understreke at disse punktene også bør være førende når det gjelder opprettelsen av nye spesialiteter innen odontologi.**

### Prioriteringer

Kommisjonen påpeker at det må prioriteres bedre i helsetjenesten, og at overbehandling og unødvendig behandling må unngås. De peker blant annet mot kampanjen *Gjør kloke valg*.

De oppfordrer tjenestetilbyderne, helsepersonellet og andre som er involvert i helse- og omsorgstjenestene, om å jobbe målrettet med å redusere omfanget av unødvendige og lavt prioriterte tjenester og redusere uønsket variasjon.

NTF har vært med i kampanjen *Gjør kloke valg* fra starten av og rettet oppmerksomhet mot unødvendig behandling generelt og kosmetisk behandling spesielt. Foreningen har vedtatt et policydokument om nødvendig helsehjelp og kosmetisk behandling i odontologi. Sammen med Norsk forening for allmennmedisin har NTF dessuten utarbeidet et policydokument om kosmetisk behandling i allmennmedisin og odontologi. Hovedbudskapet er at kosmetisk behandling uten medisinsk eller odontologisk indikasjon ikke er forenlig med god, profesjonell praksis og derfor ikke bør tilbys av allmennleger eller tannleger.

Foreningens policydokument slår fast at tannleger ikke skal bidra til økt kroppspress i samfunnet, men være seg sitt ansvar bevisst og alltid sørge for at behandling som utføres, er medisinsk/odontologisk begrunnet. Tannleger skal sette klare etiske grenser for behandling generelt, og for kosmetisk behandling spesielt. Tannleger skal ikke bidra til å skape behov for behandling ved å markedsføre eller foreslå behandling som ikke er medisinsk/odontologisk begrunnet.

### Kompetansesentre

Helsepersonellkommissjonen vurderer at det er et urealisert potensial i kompetansesentrene og

Kompetansetjenestene i helsetjenesten. Helsepersonellkommissjonen mener at det er behov for å utrede hvordan kompetansesentre og kompetansetjenester kan utvikles ved at sentrene knyttes nærmere til helse- og omsorgstjenesten for å bidra til å heve kvaliteten i tjenestetilbudet i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Utredningen bør også omfatte en vurdering av hvilke tjenester som bør være nasjonale, og hvilke som hovedsakelig bør rettes mot lokale tjenestebehov.

Et annet formål vil være å bidra til å rekruttere og beholde kompetent personell, og dermed bidra til å heve kvaliteten i tjenestetilbudet i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er også opprettet odontologiske kompetansesentre som fylkeskommunene eier. Sentrene skal nå evalueres.

**NTF vil påpeke at denne evalueringen bør inneholde de momentene kommisjonen peker på i sin omtale av kompetansesentrene i helsetjenesten og at Tannhelseutvalget også må se på funksjonen til de odontologiske kompetansesentrene som er del av sitt helhetlige oppdrag.**

#### **NTF mener:**

- Utredningen av en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenesten må ses i sammenheng med arbeidet i Tannhelseutvalget. Tannhelsetjenesten må være en integrert del av fremtidens helse- og omsorgstjeneste.
- Tannhelsetjenesten må involveres tydeligere i folkehelsearbeidet og samtidig videreføre det helsefremmende og forebyggende arbeidet.
- Tannlegene (generalistene) må fortsatt være ryggraden i tannhelsetjenesten i hele landet. Befolkningen må også ha tilgang til spesialistkompetanse ved behov.
- Det må legges til rette for riktig oppgavedeling også i tannhelsetjenesten. Mange av de oppgavene som tannleger utfører, krever tannlegekompetanse og kan ikke delegeres til eller utføres av andre.
- Tannhelsetjenesten må inkluderes i alle beredskapsplaner.
- Det må gjøres gode vurderinger av behov for munnhelsepersonell i fremtidens tannhelsetjeneste, og Norge må utdanne sitt eget munnhelsepersonell. Utdanning av norske studenter i utlandet og import av utenlandske tannleger må reduseres slik at vi ikke får et overskudd av tannleger.
- Det må sikres jevnere kjønnsbalanse på odontologiutdanningen, som for de andre helsefagutdanningene.
- Utdanningen må ta høyde for behov både i helsetjenesten og i universitetssektoren.
- Fylkeskommunene bør gis et formelt ansvar for å bidra i utdanningen av tannhelsepersonell, både undervisning- og veiledning, (så lenge tannhelsetjenesten er forankret der). Den private tannhelsetjenesten bør også oppfordres til å bidra i utdanningen.
- Det må legges til rette for livslang læring og kompetanseutvikling i helsetjenesten, inkludert tannhelsetjenesten. Det blir også viktig å legge til rette for forskning og innovasjon i tjenestene.
- Lønns- og arbeidsvilkårene i tannhelsetjenesten må være gode nok i forhold til det som tilbys i andre sektorer. Spesielt gjelder dette universitetene som har behov for å rekruttere og beholde ansatte med høy fagkompetanse.
- Arbeidet med å redusere unødvendige og lavt prioriterte tjenester må intensiveres. Anvendbare systemer for riktig prioritering må utarbeides, også for tannhelsetjenesten. Dette må vektlegges i utdanningene.

Med vennlig hilsen

Den norske tannlegeforening

Heming Olsen-Bergem  
President

Camilla Hansen Steinum  
Spesialrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert av Heming Olsen-Bergem den 02.05.2023.