



AGDER
fylkeskommune

Helhetlig omstilling og effektivisering av Tannhelsetjenesten i Agder

**Vedlegg 1 – dagens situasjon i Tannhelsetjenesten i Agder og
nullalternativet**





Innholdsfortegnelse

1	Tannhelsetjenesten i Norge	3
	Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge	3
	Den private tannhelsetjenesten i Norge.....	4
2	Den offentlige tannhelsetjenesten i Agder	5
	Tannhelsestrategien 2021–2024	7
	Agder.....	7
	Egdene	7
	Pasientene	8
	Ansatte	8
	Tannklinikkene	10
	Økonomi.....	10
3	Den private tannhelsetjenesten på Agder	12
4	Dagens situasjon i Tannhelsetjenesten i Agder	13
	Pasientene	14
	Enhetlig og samordnet tannhelsetjeneste i Agder	18
	Ansatte	19
	Avvik.....	24
	Tannklinikkene	25
5	Pågående innsatsområder	28
6	Nullalternativet	38
	Pasientkvalitet og -sikkerhet.....	38
	Pasientproduktivitet.....	39
	Pasienttilfredshet	40
	Godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljøer	41
	Bærekraftig ressursbruk	44
	Reisevei.....	48
7	Nasjonale rammer	49

1 Tannhelsetjenesten i Norge

Lov om tannhelsetjenesten, tannhelseloven, pålegger fylkeskommuner å ha tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjenester, i rimelig grad tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Det er fylkeskommunen som har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten.

Fylkeskommunen har også ansvar for tannhelsetjenesten som en del av den totale helseberedskapen.

Tannhelselovens formål sier at 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.

Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen.

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig sektor som yter tjenester til bestemte grupper i befolkningen, og en privat sektor som tilbyr tjenester til den øvrige befolkningen. Tannhelsetjenesten skiller seg fra andre helsetjenester ved at den private tjenesten står for den største delen av tjenestetilbudet.

Figur 1-1: Oversikt over tannhelsetjenesten i Norge

	Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)	Den private tannhelsetjenesten
	Ansatte (2023)	Ansatte (2023)
	~1 400 tannleger og -spesialister	~3 700 tannleger og -spesialister
Pasienter (2023)	Antall personer i pasientgruppen: ~1,8 millioner - Barn og ungdom 0-18 år - Psykisk utviklingshemmede - Eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie - Unge voksne 19-20 år og 21-24 år (denne gruppen betaler en egenandel) - Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere	Antall personer i pasientgruppen: 3,7 millioner - Voksenbefolkningen - Kjeveortopedisk behandling til barn - Personer som dekkes av offentlig tilbud, men som ønsker behandling hos private

Kilde: Utarbeidet av Oslo Economics basert på data fra SSB tabell 04778 og 11961.

Det er flere kunnskapsgrunnlag som godt beskriver tannhelsetjenesten i Norge, eksempelvis [NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste](#) – Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar, hvor Agder fylkeskommune i [sak 12/25 gav høringsinnspill](#).

Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge

Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge er organisert under fylkeskommunene, som har ansvar for å tilby gratis tannhelsetjenester til prioriterte grupper som barn og unge, eldre, uføre, og personer med spesielle behov. Tjenesten er finansiert gjennom offentlige midler og har som mål å sikre god tannhelse for hele befolkningen. Tannhelsetjenesteloven pålegger fylkeskommunen å sørge for at det tilbys tannhelsetjenester til alle fylkets innbyggere. Fylkeskommunen kan selv velge hvordan de organiserer tilbudet.



Det offentliges tilbud til ikke-prioriterte pasienter reguleres av EØS-avtalen og forskrift om krav til føring av atskilte regnskaper. Forskriften definerer hvordan tjenesten skal føre adskilte regnskaper for ulike pasientgrupper for å vise at det ikke forekommer kryss-subsidier mellom tannhelsetjenester som fylkeskommunen tilbyr i markeder uten konkurranse, og tannhelsetjenester som tilbys i et marked med konkurranse fra private tilbydere.

Fra 2022 har omfanget av prioriterte pasienter økt gjennom budsjettvedtak og videre lovfesting av rettigheter. Rettigheten for aldersgruppen 21–24 år er lovfestet, mens det forventes at 25–28 åringer lovfestes før sommeren 2025. Dette har medført økning i fylkeskommunenes frie inntekter. På landsbasis er det en styrking av tannhelsetjenesten fra 2022:

- 2022: 168 mill. kroner til pasientgruppen 21–22 åringer, 100 mill. kroner til generell styrking av tannhelsetjenesten
- 2023: 280 mill. kroner til pasientgruppen 23–24 åringer
- 2024: 300 mill. kroner til generell styrking, 210 mill. kroner til pasientgruppen 25–26 åringer fra 1.juli
- 2025: 420 mill. kroner til pasientgruppen 25–28 åringer

Omfanget av tjenesten er betydelig, med rundt 5 millioner innbyggere som har tilgang til offentlig tannhelsetjeneste. I 2022 ble det rapportert at over 1,5 millioner pasienter mottok behandling gjennom den offentlige tannhelsetjenesten. Tjenesten jobber kontinuerlig med å forbedre tilgjengeligheten og kvaliteten på tannhelsetilbudet, spesielt for sårbare grupper.

Den offentlige tannhelsetjenesten inkluderer også forebyggende tiltak som skolebesøk og informasjonskampanjer for å fremme god tannhelse blant barn og unge. Dette bidrar til å redusere forekomsten av tannproblemer og forbedre den generelle tannhelsen i befolkningen.

[NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste](#) – Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar gir et godt innblikk i den offentlige tannhelsetjenesten. Tannlegeforeningen, i samarbeid med Oslo Economics publiserte i januar 2025 en [kartlegging av organisering og finansiering av den offentlige tannhelsetjenesten i Norge](#).

Den private tannhelsetjenesten i Norge

Privat sektor står for størstedelen av tannbehandlingen av voksne og finansieres av pasientene selv. Den voksne befolkningen må som hovedregel betale utgiftene til tannbehandling. Det er imidlertid utvalgte sykdommer, tilstander og skader som gir rett til å få refundert deler av behandlingsutgiftene fra folketrygden (utbetalt via Helseøkonomiforvaltningen, kjent som Helfo). De fleste private tannleger har avtale med Helfo om direktefusjon, og pasienten betaler bare mellomlegget mellom tannleges pris og refusjonen. Tannregulering for barn og unge utføres også hovedsakelig i privat sektor. Folketrygden gir stønad til behandling basert på takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, men egenbetalingen kan være betydelig.

Det er ingen rutinemessig innsamling av informasjon om hvilke behandlinger norske pasienter mottar eller hvor mye de betaler for tannhelsetjenester. Dette skyldes blant annet



at hoveddelen av behandlingen skjer i den private tannhelsetjenesten, hvor det ikke er krav til rapportering til et offentlig register slik som for andre deler av helsetjenesten.

Tannleger i privat sektor kan være praksiseiere og drive sin egen praksis, selvstendig næringsdrivende som arbeider på oppdrag for andre praksiser, eller ordinært ansatte arbeidstakere i en praksis. Over tid har det blitt vanskeligere for tannleger i privat sektor å eie sin egen praksis på grunn av høy kostnadsvekst, varierende pasienttilgang og offentlige krav for drift av virksomheter. I tillegg har det blitt vanskeligere å bli praksiseier fordi praksisene ofte er større eller del av en gruppepraksis. Dette gjør det mer utfordrende å få tilstrekkelig finansiering for å overta en praksis. Dette har ført til at flere tannleger velger å være selvstendig næringsdrivende og arbeide som assistenttannleger som oppdragstaker eller leietannlege. Slike modeller innebærer at tannlegene tilbyr sin arbeidskraft til en praksiseier. Valg av tilknytningsform er særlig påvirket av muligheter for faglig autonomi, frihet, kompetanseheving, faglig egenutvikling, tilfredsstillende inntekt, samt tilgang til pasienter og muligheter for å minimere administrativt arbeid.

[NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste](#) beskriver endringene i den private tannhelsetjenesten; Det skjer en endring i det private tannhelsemarkedet, med en rask utvikling fra enmanns- og tannlegeeide klinikker til kjeder og større grad av internasjonalt eierskap.

Tannlegeforeningen, i samarbeid med Oslo Economics publiserte i januar 2025 en [kartlegging av den private tannhelsetjenesten i Norge](#). Rapporten slår fast at tjenesten bidrar til verdiskaping ved å dekke befolkningens behov for tannhelsetjenester, skape attraktive arbeidsplasser og ved sitt skattebidrag til samfunnet. Men markedet for private tannhelsetjenester er i endring og dette påvirker ikke bare pasientene, men har også betydning for arbeidsforhold og eierskap.

2 Den offentlige tannhelsetjenesten i Agder

Gjennom [Agdertall.no](#) har vi etablert et kunnskapsgrunnlag om den offentlige tannhelsetjenesten i Agder. Dette er en kunnskapsbase vi vil oppdatere gjennom den politiske behandlingen for å sikre tilstrekkelig kunnskapsunderlag.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Agder er en regional tjeneste som ytes i hele Agder. Behandling på tannklinikkene er en del av tjenesten, samtidig er utadrettet virksomhet blitt en mer sentral del av tannhelsetjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid.

Den offentlige tannhelsetjenestens ansatte oppsøker alle sykehjem i Agder og undersøker innlagte pasienter som lar seg undersøke, og som ønsker det. Som hovedregel er det tannpleiere som gjør disse besøkene. I snitt får alle sykehjem besøk fra tannhelsetjenesten én gang i året.

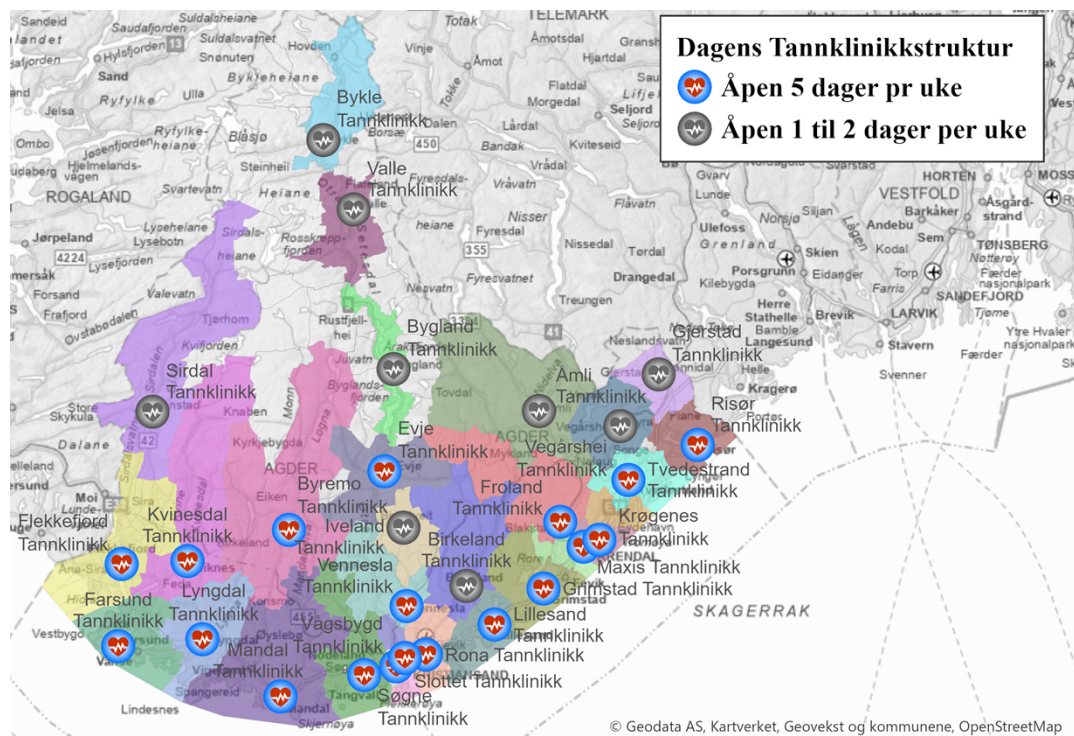
Den offentlige tannhelsetjenesten har samarbeid med skolehelsetjenesten i de fleste kommunene, helsesykepleiere skal få tilbud om opplæring i viktighet av tannhelse, tannpuss og forebyggende tiltak. Det er også samarbeid mellom skoler og barnehager. Det er tannhelsetjenestens ansatte besøker disse og informere om tannhelse og hva den enkelte kan gjøre for å fremme egen tannhelse.



På tannklinikkenes skjer undersøkelser for alle prioriterte pasienter, og reparasjon (behandling) for dem som trenger det. Alle prioriterte pasienter skal ha jevnlig undersøkelse. For de fleste barn som er friske, er intervallet hver 24. måned. For voksne med rettigheter variere det. Sykehjemspasienter får undersøkelsen sin på sykehjem. Det er kun når det er behov for behandling og pasienten er vurdert til å være i stand til å motta dette, at de bistås med transport til en tannklinikk.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Agder er organisert som en virksomhet i Agder fylkeskommune og har i dag 28 tannklinikker i 23 av fylkets 25 kommuner. Det er ikke tannklinikk i Hægebostad eller Åseral kommune. Kristiansand kommune har fire tannklinikker, Arendal og Lyngdal har to tannklinikker hver.

Kartillustrasjonen viser våre 28 tannklinikker. Der det er grått bor det ingen egder, og de ulike fargene representerer pasienttilfanget til de ulike tannklinikkenes.



19 av tannklinikkenes er åpne for pasientbehandling fem dager i uken fra klokka 0800 til 1500, markert rødt i kartet, og de ni resterende tannklinikkenes (ambuleringsklinikker) har åpent én til to dager per uke eller mindre. Reduserte åpningstider er som følge av pasientgrunnlaget i det aktuelle området. Utfyllende informasjon om samtlige klinikker beskrives under kapitlet om tannklinikkenes på Agder og detaljert informasjon er lagt ut på [temasiden til tannhelsetjenesten på Agdertall.no](https://temasiden.til.tannhelsetjenesten.no).

Per i dag er tannklinikken i Birkeland, Gjerstad og Bygland midlertidig nedstengt og det avventes nye lokaler som tilfredsstiller dagens krav til en tannklinikk. Vegårshei og Iveland tannklinikk er nyoppusset i 2024.

For å ivareta de ni klinikkenes med redusert åpningstid, sendes det to eller flere ansatte fra nærliggende klinikker for å utøve nødvendig tannhelsehjelp på klinikkenes.



Tannhelsestrategien 2021–2024

Gjeldende [tannhelsestrategi](#) 2021–2024, vedtatt i Fylkestinget 25. oktober 2021, har fire innsatsområder med tilhørende mål:

1. Forebyggende og helsefremmende arbeid: Hovedmålet med det forebyggende og helsefremmende arbeidet er å redusere antall tilfeller med tannhelserelatert sykdom ved å øke befolkningens kunnskap om egen munn- og tannhelse og deres evne til egenomsorg.
2. Kvalitet og pasientsikkerhet: Pasienter og pårørende skal oppleve at tjenestene er av god kvalitet, samordnet og preget av kontinuitet. Tjenestene skal ta hensyn til pasientens behov med fokus på brukermedvirkning. Behandlingen skal være individuelt tilpasset, basert på pasientens forutsetning og livssituasjon.
3. HR, kompetanse og forskning: Tannhelsetjenesten i Agder skal være en organisasjon med høyt kvalifiserte ansatte som trives på jobb, en fremoverlent tannhelsetjeneste som samhandler godt internt mellom klinikkene, innad i fylkeskommunen og med eksterne samarbeidspartnere.
4. Digitalisering: Tannhelsetjenesten i Agder skal gi pasienter og pårørende digital tilgang til tjenester, og digitalt eierskap til sine pasientdata ved å utnytte potensialet som ligger i digitalisering. Tjenestene skal videreutvikles kontinuerlig, hvor teknologi og digitale verktøy tas i bruk på nye måter slik at både pasienter, pårørende og ansatte får en enklere hverdag. Oppgaver som kan automatiseres eller etableres som selvbetjeningsløsninger, skal bli det. Det skal være helhetlig og brukervennlig IKT-struktur som bidrar til effektive arbeidsprosesser, gode pasientforløp og samhandling på tvers av klinikker og virksomheter.

Kapittel 4 dagens situasjon i den offentlige tannhelsetjenesten og kapittel 5 om pågående innsatsområder, vil knyttes opp mot gjeldende strategi.

Agder

Det er tre timers reisetid fra nord til sør og øst til vest i Agder, og over 80 prosent av egdene bor mindre enn én times reisetid fra Kristiansand. Det funksjonelle Agder med korte reiseavstander, i bo- og arbeidsmarkedet er et av våre konkurransefortrinn. Agder systematiseres i ni bo- og arbeidsmarkedsregioner etter funksjonell integrasjon på bakgrunn av pendlingsnivå og reisetid. [Agdertall gir et godt overblikk over pendling på Agder.](#)

I forbindelse med vurderinger knyttet til en bærekraftig klinikkstruktur i den politiske saken til juninget planlegges det å fremlegge mer spisset informasjon om reisetid ved ulike alternativer.

Egdene

Per 1. januar 2025 hadde Agder 322 188 innbyggere. Agder er Norges syvende største fylke, og har siden 2010 vært blant de raskest voksende regionene i Norge. Høy innvandring er hovedgrunnen til dette, men fylket har også en noe yngre befolkning og litt høyere fødselstall enn landsgjennomsnittet.



[Agdertalls temaside for befolkning](#) gir et godt kunnskapsgrunnlag for befolkningen på Agder. Temasiden er delt inn i befolkningsutviklingen, alder og kjønn, innvandring, flytting og prognoser, alt relevant for tannhelsetjenesten i Agder.

På [Agdertalls temaside knyttet til tannhelsetjenesten i Agder](#) er dette brutt ned i mer spissede prognoser knyttet til pasientgruppene, særlig befolkningsprognoser for alderen 0–28 fordelt på kommunene på Agder.

Pasientene

Tannhelsetjenesteloven (§ 1–3 «omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten») beskriver hvem tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til. I tillegg til de prioriterte oppgavene kan den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksne pasienter mot betaling etter fylkeskommunens bestemmelser.

Stortinget har bestemt at den offentlige tannhelsetjenesten skal tilby nødvendig tannhelsehjelp til unge voksne mellom 25–28 år. I Agder gis dette tilbudet på offentlig tannklinikk fra 01.03.25, og videre tilbud til høsten avhenger av at tilbudet lovfestes. Disse må selv ta kontakt med tannhelsetjenesten. Tilbud om gratis og rabattert tannbehandling er et frivillig tilbud for alle gruppene, og personer står fritt til å velge dette bort.

Per 31.12.24 er det ca. 102 000 personer i Agder med rettigheter til tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. Med unntak av gruppen 19–24 år, har pasientene rett på vederlagsfri tannhelsehjelp. Personer i gruppen 19–24 år må betale 25 prosent av offentlig takst. Offentlig takst er ikke fylkeskommunale priser, men takstene bestemt av Helsedepartementet.

Barn og unge i alderen 0–18 år er tallmessig den dominerende gruppen av pasienter (70 prosent av pasientgrunnlaget) i Agder, og har satt premissene for antall offentlig ansatte tannhelsepersonell. I årene fremover vil det på grunn av bedre tannhelse hos barn og unge, nye prioriterte grupper, samt endringer i befolkningsstruktur være unge, voksne og eldre med spesielle behov som vil kreve de største ressursene. Framtidig klinikkstruktur må ta høyde for dette.

Den offentlige tannhelsetjenesten overvåker tannhelsen i den unge befolkningen gjennom systematiske registreringer av antall nye hull, tenner med fyllinger og tapte tenner (DMFT). Registreringene gir et grovt mål på utviklingen i tannhelsen over flere år, og gir mulighet for å sammenligne tannhelsen innenfor kommuner, fylker og gjennomsnitt for landet. Tannhelsen blant barn og unge i Agder har som resten av landet hatt en positiv utvikling og har stabilisert seg de siste årene.

Oversikten over utviklingen i tannhelsen til våre pasienter er formidlet på [Agdertalls temaside](#). Her er det muligheter for å sammenligne på tvers av kommuner og år på blant annet feilfrie tenner, se tidsserie, sortere etter alder, antall fyllinger.

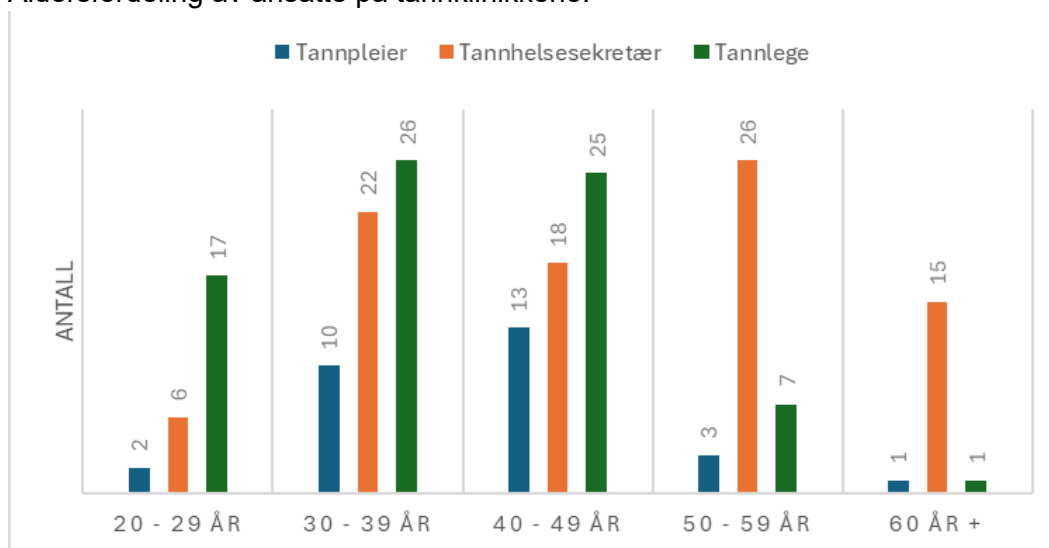
Ansatte

Tannhelsetjenesten har om lag 225 faste ansatte, til sammen 208 årsverk. Av disse arbeider 202 årsverk på klinikkene, hovedsakelig som tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer. De ansatte på klinikkene ledes av elleve avdelingsledere som igjen ledes av

virksomhetsleder. Administrasjonen består av et team på seks ansatte og holder til i fylkeshuset i Kristiansand.

På grunn av høyt sykefravær og permisjoner vil det til enhver tid være stillinger som er vakante eller besatt av vikarer. I tillegg er det noe turnover, og derfor vil det også være stillinger som er vakante i perioder.

Aldersfordeling av ansatte på tannklinikkene:



Tannpleiers oppgave på en tannklinikk er å foreta undersøkelser, instruere i munnhygiene, rens av tenner, oppfølging av pasienter med syreskadde tenner og tenner med ulike grader av emaljefeil. Ved behov henvises pasienten videre til tannlege og/eller kjeveortoped. Tannpleier arbeider helsefremmende og sykdomsforebyggende. Dette er et satsingsområde i dagens tannhelsestrategi, og arbeidet er intensivert i 2024. Formålet er å effektivisere ved å dreie fra individuell tilnærming, til å nå ut til større grupper.

Tannhelsesekretæren er den som holder oversikt over de daglige gjøremålene på tannlegekontoret. De yter også direkte assistanse ved pasientbehandling. Tannhelsesekretærer bidrar både i forebyggende, administrativt og i behandlende arbeid. Blant oppgavene som tannhelsesekretær utføre er smittevern, desinfisering, sterilisering og vedlikehold av instrumenter og utstyr, håndtering av tannbehandlingsmaterialer og de vanligste legemidlene, bestille og oppbevare forbruksmaterialer, ta røntgenbilde, enklere laboratoriearbeid, klargjøre utstyr og instrumenter til pasientbehandling, yte service til pasienter, pårørende og samarbeidspartnere, administrativt arbeid som aktivitetsplanlegging, regnskap, rapportering, innkalling og journalføring og kommunisering med pasienter, pårørende, samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten, NAV og forretningsforbindelser.

Tannlegens rolle er å undersøke, diagnostisere og behandle sykdommer, infeksjoner og skader i tenner, tannkjøtt og munnhule. Noen ganger utføres behandling under ved bruk av beroligende midler eller i narkose. Tannlegen har medisinsk ansvar for behandlingen. Tannlegen samarbeider med andre helseprofesjoner internt og eksternt, gir faglig råd til pasienter, henviser til spesialister ved behov, og holder seg kontinuerlig faglig oppdatert. Tannleger foretar i større eller mindre omfang også rutineundersøkelser av pasienter.



Tannklinikkene i Agder fylkeskommune ledes av en avdelingsleder. Samme avdelingsleder kan lede flere tannklinikker. Det er totalt antall ansatte, samt beliggenhet på klinikken, som avgjør dette. En avdelingsleder skal ikke ha mer enn 25–30 ansatte.

På [temasiden til Agdertall.no](https://temasiden.til.agdertall.no) finner man detaljene knyttet til ansatte fordelt på klinikker, og antall årsverk tannlege og tannpleier. Her finnes også detaljert informasjon om antall behandlingsstoler per klinikk, antall lovpålagte pasienter mv.

Tannklinikkene

Kartdatabasen på Agdertall.no, [se fullskjerm for best brukeropplevelse](#), er oppdatert med detaljert informasjon om alle klinikkene på Agder. Foreløpig ligger følgende informasjon inne:

- klinikknavn
- klinikkområde
- fast klinikk
- åpningstider
- årsverk
- personer i klinikkområdet 2025
- behandlingsstoler
- tannlegeårsverk
- tannpleierårsverk
- tannhelsesekretær årsverk
- avdelingsleder
- annet personell
- totalt antall årsverk
- merknad
- lovpålagte pasienter totalt
- antall barn totalt
- antall psykisk utviklingshemmede totalt
- antall institusjonsboere totalt
- antall med rettigheter pga. hjemmesykepleie totalt
- antall 19–20 år totalt
- antall 21–24 år
- antall 25–28 år
- antall pasienter med rettigheter pga. rus

Økonomi

Netto driftsramme for tannhelsetjenesten består av inntekter og kostnader i virksomheten tannhelsetjenesten, og husleie og driftskostnader i avdeling for bygg og eiendom. Utviklingen fra 2020 til 2024 er som følger:



Regnskap (tusen kr.)	2020	2021	2022	2023	2024
Netto driftsramme	155 807	160 989	170 310	192 211	208 575
Lønn	141 349	142 842	150 219	165 654	178 756
Lønn	150 351	155 267	163 264	178 944	192 687
Lønnsrefusjoner	- 9 002	- 12 425	- 13 045	- 13 290	- 13 931
Utgifter	48 015	55 041	57 675	61 026	62 997
Tannhelse	40 828	46 748	40 368	44 401	46 073
Bygg og eiendom	7 187	8 293	17 307	16 625	16 925
Inntekter	- 33 556	- 36 895	- 37 584	- 34 469	- 33 178
Brukerbetaling	- 22 866	- 25 058	- 25 634	- 21 915	- 20 879
Refusjoner mv	- 10 691	- 11 837	- 11 950	- 12 554	- 12 299
Utvikling årsverk	184	187	194	200	208

Økningen i netto ramme fra 2020 til 2024 overstiger lønns- og prisveksten, og skyldes i hovedsak en kapasitetsøkning på 24 nye årsverk. Antallet undersøkte og behandlede pasienter økte fram til 2023, men falt noe i 2024.

Fra og med 2022 er unge voksne i alderen 21 til 24 år definert som en prioritert pasientgruppe, og får 75 prosent rabatt på tannbehandling. Dette har medført en økning i antallet pasienter i denne aldersgruppen, samtidig som antallet øvrige voksne pasienter har gått ned. Utviklingen gjenspeiles tydelig i brukerbetalingen, som øker frem til 2022 og reduseres frem til 2024.

Utviklingen ventes å fortsette i 2025, når aldersgruppen utvides til å omfatte også 25–28-åringer. Dette vil legge ytterligere press på kapasiteten i flere klinikker og øker de pasientrelaterte kostnaden, uten tilsvarende økning i inntektene.

Det foreligger også utfordringer knyttet til husleie og driftskostnader. Fylkeskommunen leier lokaler fra både private aktører og kommuner, og det er store variasjoner i standarden. Flere klinikker er gamle og vanskelige å tilpasse dagens behov. Mange har dårlig ventilasjon, er trekkfulle og kalde om vinteren, og svært varme om sommeren. Flere tilfredsstillende heller ikke kravene til universell utforming. Alle leieavtalene utløper i løpet av de neste ti årene. En konservativ anslått økning i husleiekostnader tilsier en vekst fra dagens om lag 15 mill. kroner til 23 mill. kroner innen 2029.

I de neste ti år er det også vurdert et utskiftingsbehov i dagens klinikker for dentalteknisk utstyr på totalt 96,9 mill. kroner. Av dette beløpet vil det frem til 2029 være behov for 68,4 mill. kroner til nytt utstyr.

Som en konsekvens av utvidet pasientgrunnlag og utviklingen i befolkningsmønsteret, helsetilstand og behandlingsbehov vil det være endrede behov på klinikkene som må ivaretas, både kapasitet, funksjon og utstyr.

Agder fylkeskommune har forpliktelse til å dekke skyssutgifter for prioriterte pasientgrupper. Det er [forskrift for dekningen av skyssutgifter](#) som regulerer dette. Skyssrefusjonen for perioden 2020 til 2024 er som følger:



	2020	2021	2022	2023	2024
Antall utbetalinger	5	7	5	5	8
Skyss-refusjon	19 732	23 385	19 336	26 073	21 356

For mer informasjon om økonomi, se årsrapporten for [2020](#), [2021](#), [2022](#) og [2023](#) og [2024](#).

3 Den private tannhelsetjenesten på Agder

Den private tannhelsetjenesten har endret seg de siste årene. Tidligere var tannlegekontorene organisert som mindre enheter der tannlegene var selvstendig næringsdrivende, eventuelt ansatt som assistenttannlege. Mange tannpleiere jobber på private tannklinikker.

Stadig flere private tannlegekontorer velger nå bli kjøpt opp eller fusjonert med større tannlegekjeder. Dette er en trend som også sees i Agder. Sammenlignet med tidligere er det få frittstående tannlegekontor igjen på Agder.

Det finnes ingen nøyaktig oversikt over hvor mange private tannleger som praktiserer og i hvilken stillingsprosent, men tabellen under gir et omtrentlig bilde over antall tannleger, samt geografisk plassering:

Sirdal	0	Arendal	37
Flekkefjord	4	Risør	3
Lyngdal	6	Tvedestrand	6
Farsund	6	Gjerstad	0
Lindesnes	15	Vegårshei	0
Kristiansand	70	Åmli	0
Vennesla	8	Froland	***
Evje	*	Åseral	0
Bygland	0	Iveland	0
Valle	0	Birkenes	*
Bykle	**	Kvinesdal	1
Lillesand	10	Hægebostad	0
Grimstad	9	Totalt	175

* Tannleger fra Elvebredden tannklinikk i Kristiansand jobber deltid på denne klinikken.

** Tannleger fra Kristiansand bemanner klinikk plassert på Hovden fredager og lørdager

*** Tannleger fra Munnhulen tannklinikk i Arendal jobber deltid på denne klinikken.

Ser vi på den geografiske spredningen av tilgjengelige ressurser, er de hovedsakelig plassert langs kysten. Unntaket er Kvinesdal, samt Evje, Birkenes og Hovden der tannlegekontorene ikke har åpent hver dag. Majoriteten av tannleger er i tillegg plassert i/rundt de største byene, Kristiansand, Arendal og Lindesnes. Tabellen viser at det er omtrent like mange private tannleger i Kristiansand kommune som i hele den offentlige tannhelsetjenesten i Agder.

Sammenligner vi antall egder per offentlig og per privat tannlege, viser tallene per 01.01.24 at det er 4 424 egder per offentlige tannlege, mens tilsvarende tall for en privat tannlege er beregnet til 1 953.



Den offentlige tannhelsetjenesten i Agder (DOT)	
Totalt antall egder per 01.01.25	322 188
Totalt antall offentlige tannleger per 01.01.25	72,82
Antall egder per tannlege i DOT	4 424

Den private tannhelsetjenesten i Agder	
Totalt antall egder per 01.01.25	322 188
Totalt antall private tannleger per 01.01.25	175
Antall egder per tannlege i privat tannhelse	1 841

Den totale tannhelsetjenesten i Agder	
Totalt antall egder per 01.01.25	322 188
Totalt antall tannleger per 01.01.25	248
Antall egder per tannlege i Agder samlet	1 300

Tabellen over visere at det er god kapasitet for personer med behov for private tannhelsetjenester i Agder.

4 Dagens situasjon i Tannhelsetjenesten i Agder

Tannhelsetjenesten i Agder består av kompetente og motiverte ansatte som leverer gode tannhelsetjenester. Tjenesten er imidlertid ikke tilpasset til å møte fremtidige utfordringer og endringer i rammebetingelser og demografi.

Positive elementer ved dagens situasjon

- Tannhelsetjenesten i Agder leverer gode tjenester, og får i all hovedsak gode tilbakemeldinger fra pasientene.
- Tjenesten har et lavt gjennomtrekk blant ansatte og fremstår i all hovedsak attraktiv blant jobbsøkere innenfor alle profesjonene.
- Tjenesten har god økonomistyring innenfor en krevende struktur og organisatoriske rammer.

Utfordringer ved dagens situasjon

- Dagens klinikkstruktur motvirker en helhetlig og samordnet tjeneste med god kontinuitet og høy produktivitet, blant annet som følge av vesentlige endringer i pasientgruppen.
- Produktiviteten i tannhelsetjenesten i Agder er for lav. Det er flere faktorer som påvirker den kliniske produktiviteten, som f.eks. manglende standardisering av timebok og innkallingsintervall. Reisetid mellom klinikker påvirker også produktiviteten til behandlere. Lav klinisk produktivitet kan føre til økt etterslep på undersøkelser og behandlinger.
- Sykefraværet er for høyt, og har vært stigende over for lang tid. Tiltakene for å snu trenden har ikke fungert.

Dette kapitlet vil gi innsikt i dagens situasjon i tannhelsetjenesten i Agder.



Pasientene

Tannhelsetjenesteloven (§ 1–3 «omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten») beskriver hvem tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til. Disse er (bokstavene foran angir gruppe tilhørighet):

- 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. Unge voksne fra året de fyller 19 til og med året de fyller 24 år.
- e. Personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar noen av følgende tilbud:
 - personlig assistanse i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b
 - avlastningstiltak for pårørende i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2
 - legemiddelassistert rehabilitering i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16
- f. Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen.
- g. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

I tillegg til de prioriterte oppgavene kan den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksne pasienter mot betaling etter fylkeskommunens bestemmelser.

Prioriterte pasienter med rettigheter etter tannhelsetjeneste loven §1-3 har som hovedregel ikke rett på refusjon fra Helfo. Prioriterte pasienter med unntak av unge voksne (19–24/28 år) skal ha vederlagsfri behandling fra den offentlige tannhelsetjenesten. Dette dekkes over rammetilskuddet til fylkeskommunene.

For mer informasjon om dagens situasjon hos pasientene på Agder, se [temasiden om tannhelse på Agdertall.no](https://temasiden.om.tannhelse.pa.Agdertall.no).

Pasientproduktivitet

Ressursbruk og produktivitet er krevende å måle i offentlig sektor, og et område som skaper engasjement. [SSB analyse gjorde i 2018 en analyse av produktivitet i den offentlige tannhelsetjenesten](#), og oppsummerer artikkelen for tiårs-perioden med; «De siste årene har behandlingsutgiftene i den offentlige tannhelsetjenesten økt. Det er blitt flere årsverk tannleger og tannpleiere, men det behandles i gjennomsnitt færre pasienter».

Produktiviteten og behandlingskostnadene per pasient påvirkes av aktivitet, ressursinnsats og ressursutnyttelse. Pasientproduktivitet kan beskrives som et mål på hvor effektivt helsetjenester leveres til våre pasienter. Det er flere perspektiver som må hensyntas i vurderingen av pasientproduktivitet:

- Faktorer som antall konsultasjoner per årsverk og ressursutnyttelse som sikrer at rett tjeneste gis til rett tid. Høy pasientproduktivitet innebærer at flere pasienter får nødvendig behandling på en effektiv måte, samtidig som kvaliteten på tjenestene opprettholdes. Kapasitet og kontinuitet i tjenesten er nøkkelparametere.
- Faktorer som mest mulig helsegevinst sett opp mot ressursinnsatsen. Dette innebærer riktig valg av behandling til riktig tid, samt fokus på forebyggende tiltak. Slik kan vi begrense fremtidig ressursbehov og unngå unødvendige behandlinger og



undersøkelser.

Ansatte som samarbeider i team og sammen utgjør høy grad av kunnskap og erfaring er en vesentlig forutsetning for effektiv ressursbruk.

Datagrunnlaget for pasientproduktivitet er i all hovedsak underlag fra elektronisk pasientjournal(EPJ)-systemet, kalt OPUS. Noe underlag er også hentet fra våre økonomisystemer og KOSTRA. Styringsdataene våre er ikke gode nok, men gir likevel tilstrekkelige styringssignaler på et overordnet nivå.

Netto driftsramme for den offentlige tannhelsetjenesten i Agder er på nesten 210 mill. kroner i 2024. Omtrent 80 prosent av budsjettet er knyttet til pasientbehandling. Resten gjelder lokaler, reise og administrasjon. Den største kostnadsdriveren er ansatte, og deres produktivitet er avgjørende for å nå formålet om å «levere gode offentlige tannhelsetjenester til våre egder innenfor stadig mindre økonomisk handlingsrom og effektiv ressursbruk». I tannhelsetjenesten i Agder er det forventet at behandlerne, tannlegene og tannpleierne, skal ha arbeide pasientrelatert 80 prosent av årsverket.

I 2024 ble, ifølge OPUS, 89,6 prosent av klinisk tid benyttet på prioriterte pasienter og 10,4 prosent på voksne betalende.

Det er mye tid hos behandlerne som går til andre ting enn klinisk tid med pasienten, som sykefravær (15,2 prosent for tannpleiere og 12,1 prosent for tannlege), ikke møtt pasienter (7 prosent), lunsj og administrativt arbeid (13 prosent) og reisetid, oppstartsrutiner av ambuleringsklinikker, interne møter, pasientrelatert arbeid som ikke er kliniske (ca. 20 prosent).

Basert på budsjetterte årsverk er det 134 288 tilgjengelige kliniske timer. Fra dette tallet må det trekkes fra fravær grunnet sykdom, permisjoner, reisetid, verv og vakanser i forbindelse med rekrutteringer. Tall fra OPUS per 31.12.2024 viser at tannhelsetjenesten i Agder totalt registrerte følgende tid på pasienter i 2024:

- 74 606 timer på alle prioriterte grupper. Dette inkluderer alle direkte undersøkelser og behandlinger som er utført av den offentlige tannhelsetjenesten (inkluderer behandling utført i narkose på sykehusene, tannbehandling i fengsel og behandling av TOO pasienter)
- 7 145 timer på «ikke møtt» til alle prioriterte grupper
- 8 753 timer på voksne betalende pasienter (ikke lovpålagte pasienter). I tillegg kommer 341 timer på «ikke møtt» til voksne betalende grupper.
- 68 961 timer “ikke til stede” for alt fravær som inkluderer ferie, permisjoner, sykefravær, vakanser og annet. Dette tilsvarer 35 % av den totale tiden.

Merk at styringsdataene våre har en del svakheter. Kort oppsummert: Dataene er tett koblet med utfordringer med timeboken i pasientjournalssystemet som generer tallene ut fra oppsatte pasienttimer. Tid til samhandling om pasienter og andre administrative eller pasientrelaterte oppgaver, korttidsfravær, avspasering og lignende ble før 2025 ikke særskilt registrert. Først fra 2025 ble det innført noen flere registreringskoder som kan gi et mer relevant bilde. Det kreves imidlertid at ansatte hele tiden er bevisst på å registrere tiden



riktig, spesielt når det forekommer endringer i den oppsatte dagsplanen. Feilregistreringer i en travel hverdag kan forekomme og kan ofte ikke korrigeres i ettertid. Det kan også hende at en del av ansatte ikke er bevisst over viktigheten av nøyaktig tidsregistrering og prioriterer ressursbruken til pasientrettet arbeid isteden.

Produktivitetsvekst kan generelt sett oppnås gjennom bedre arbeidsorganisering, mer tverrfaglig samarbeid og team, teknologisk utvikling og økt kompetanse. God arbeidsorganisering gir bedre utnyttelse av arbeidskraften, lavere kostnader og raskere behandling av pasienter.

Tannbehandling i narkose

Slik behandling gis fra sykehus i henholdsvis Flekkefjord og Arendal. Avtalen med SSHF er i snitt to dager per uke på hver lokasjon. Tjenesten har ventelister på ca. tolv måneder. Det er gjennomført forhandlinger med SSHF om økt tilgang til behandlingsrom, men uten ønsket resultat.

Per april 2025 er det 158 pasienter på venteliste. De siste månedene er det åpnet for noe mer tilgang til narkosebehandling ved sykehuset i Flekkefjord, og ventelistene er gradvis blitt noe redusert siden i fjor. En periode har en person vært engasjert i 50 prosent stilling for å koordinere ventelister og pasientbehandling sykehusene imellom. Dette har bidratt til bedre oversikt og økt effektivitet.

En må imidlertid fortsatt regne med ventelister. Administrasjonen har orientert om dette noen ganger, blant annet til medvirkningsrådene. Se [sak 32/24, orientering om status for tannhelsebehandling i narkose](#), for mer informasjon.

Tannleger med spesialistutdanning

Det er ansatt to spesialister i fylkeskommunen, oralkirurgi og pedodonti, samt en tannlege som har spesialitet i multidisiplinær odontologi.

I tillegg har tannhelsetjenesten inngått avtaler med private spesialister innen fagfeltene rotbehandling, kirurgi, protetikk, samt tannkjøttssykdommer. Rammeavtalene ble inngått februar 2023 og har en kontraktstid på 2 år, med opptil 4 års opsjon.

Tortur, overgrep eller odontofobi (TOO)

Tannhelsetjenesten har også et tilbud til personer som har vært utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. Personer kan selv ta kontakt, eller bli henvist fra andre, og blir vurdert av tannhelsetjenestens psykolog om hvorvidt de kommer inn i gruppen eller ei. Det innledende tilbudet gis ved Grimstad tannklinikk, og deretter kjøper tannhelsetjenesten i Agder tjenester fra private aktører ved behov for ytterligere behandling. Dette tilbudet direktefinansieres fra Helsedirektoratet og det søkes om midler hvert år.

Tannbehandling til innsatte

I tillegg til nødvendig tannhelsehjelp på tannklinikken, utføres nødvendig tannhelsehjelp i fengslene i Froland og i Mandal. Her er det etablert egne tannklinikker i fengslet, og disse er bemannet med ansatte fra tannhelsetjenesten i Agder én til to ganger i uken gjennom året. For innsatte som soner i Evje eller i åpen soning i Kristiansand, må de fremstilles på nærmeste tannklinikk, henholdsvis Slottet og Evje tannklinikk. Dette tilbudet



direktefinansieres fra Helsedirektoratet og det mottas midler hvert år basert på fengslenes kapasitet til innsatte.

Tannlegevakt

Tannhelsetjenesten drifter tannlegevakt fra Slottet tannklinikk. Dette er en ikke lovpålagt oppgave. Dagens organisering av tannlegevakt, og innhold i avtaler har vært uendret siden 2012. Tannlegevakten betjenes av offentlige behandlere. Driften har til nå vært basert på frivillighet.

Allerede før sammenslåing av fylkeskommunene i 2020, har prioriterte grupper vært i mindretall når det gjelder bruken av tannlegevakt. Fordeling mellom prioriterte grupper og voksne betalende, har de siste årene vært som følger:

	Totalt antall konsultasjoner hele året	Prosentvis andel prioriterte pasienter	Prosentvis andel voksne betalende pasienter
2019	526	27%	73%
2020	456	28%	72%
2021	540	30%	70%
2022	531	30%	70%
2023	616	38%	62%
2024	658	47%	53%

Tabellen ovenfor viser at den største andelen som benytter offentlig tannlegevakt er voksne, betalende pasienter. Det vil si personer den offentlige tannhelsetjenesten i Agder ikke er lovpålagt å gi tjenester til.

Endringene i fordelingen i 2023 antas å være påvirket av at gruppen 21–24 åringer fra dette året ble regnet som prioritert gruppe. 2023 økte antallet behandlinger med 85 personer fra 2022 til 616 personer.

Antall behandlinger i 2024 er økt med 43 personer til 658 personer. Av disse er 350 personer (53 prosent) voksne betalende. De resterende 308 personene er pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven

Grupper med personer som har rett på tannbehandling til redusert pris er økt og inkluderer både 21–24 åringer og 25–28 åringer i 2024. 25–28 åringer hadde rettigheter fra 01.07.24 til 31.12.24 som følge av revidert statsbudsjett.

Hvorvidt den offentlige tannhelsetjenesten skal drifte tannlegevakt, er vurdert tidligere, og kan med fordel vurderes videre opp mot hvilke tjenester vi skal tilby ved en formålstjenlig klinikkstruktur.

Annet

Tannhelsetjenesten i Agder samarbeider med Statens barnehus i Kristiansand, og har en ansatt der en gang per uke for å bidra til nødvendige rettsodontologiske undersøkelser.



Enhetlig og samordnet tannhelsetjeneste i Agder

Målet i Regionplan Agder 2030 som hele Agder har samlet seg bak, er å utvikle Agder til et attraktivt lavutslippssamfunn med gode levekår. Agder fylkeskommunes interne oppdrag er å bygge én fylkeskommune som løfter Agder.

Tannhelsestrategiens overordnede målsetting er å utvikle tannhelsetjenesten enhetlig og samordnet. Målsettingen underbygger Agder fylkeskommunes interne oppdrag om å bygge én fylkeskommune, og svarer også ut det politiske vedtaket om standardisering ([sak 49/50](#)); «Agder fylkeskommune skal gå foran i arbeidet med standardisering i regionen. Arbeidet starter internt i fylkeskommunen med innkjøp, drift, felles metodikk og rutiner».

NOU 2018:16 Det viktigste først (prinsipper for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlige tannhelsetjenester) sier følgende: «*Tannhelsetjenesten må i fremtiden produseres på en mer effektiv måte, blant annet gjennom bedre arbeidsfordeling mellom profesjonene i tannhelsetjenesten. Laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) må være førende for tannhelsetjenesten*».

Målsettingen om en enhetlig og samordnet tannhelsetjeneste ble vedtatt i forbindelse med sammenslåingen i 2020, der Vest-Agder og Aust-Agder ble til Agder fylkeskommune. Målsettingen er også i tråd med Regionplan 2030, der utvikling til ett Agder er et bærende element, oversatt til Agder fylkeskommunes organisatoriske mål om å «bygge én fylkeskommune som løfter landsdelen».

Et overordnet argument for enhetlige tannhelsetjeneste, er å sikre mest mulig like tjenester til alle tjenestemottagere, uavhengig av bo- eller oppholdssted.

De siste årene er det vært høyt fokus på utvikling av felles prosedyrer som skal gjelde for hele fylket, alle klinikker og alle ansatte. Dette er vurdert som både hensiktsmessig og nødvendig for å tilnærme seg målet om mer enhetlige tjenester.

Man ser variasjoner i daglige pasientbesøk fra behandler til behandler. Dette kan blant annet forklares med at pasienter med stort behandlingsbehov kan behandles i få lange konsultasjoner eller i flere korte konsultasjoner. Noen behandlere henviser kompliserte og tidskrevende behandlinger internt og eksternt, mens andre behandler utfører slike behandlinger selv. Det er i tillegg en rekke andre kliniske, pasientrelaterte, behandlerrelaterte og organisatoriske faktorer som påvirker behandlingstiden og ressursinnsatsen generelt per pasient. Et fleksibelt system med mulighet til å tilpasse behandlingstiden til individuelle forutsetninger, er i sum mer ressurseffektivt enn et system hvor omfang av behandlinger og behandlingstid må tilpasses et rigid tidsskjema.

Autonomi er en sentral faktor i 10-faktor medarbeiderundersøkelsen. Arbeidet med autonomi vil inngå som viktig del av omstillingsarbeidet ved tannhelsetjenesten i Agder.



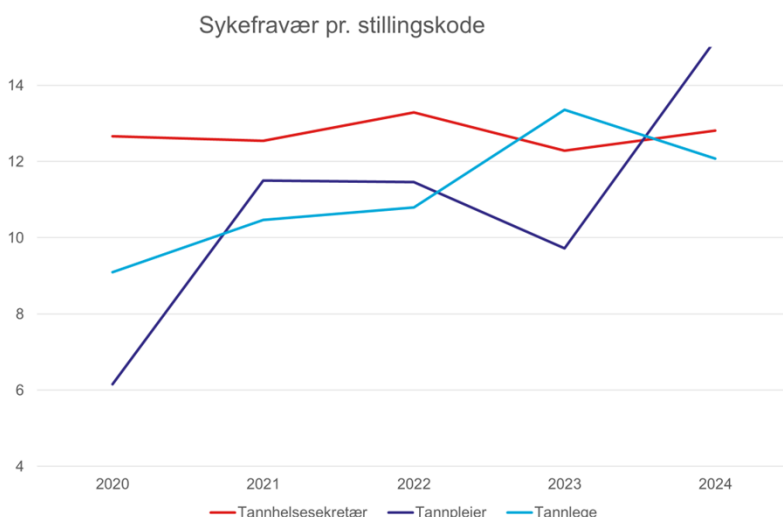
Ansatte

På [temasiden til Agdertall.no](https://temasiden.til.agdertall.no) finnes detaljene knyttet til ansatte fordelt på klinikker, fordelt på årsverk tannlege og tannpleier, samt detaljert informasjon om antall behandlingsstoler per klinikk antall lovpålagte pasienter mv.

I dagens situasjon blant de ansatte er det trukket frem noen viktige områder som sykefravær, 10-faktor medarbeiderundersøkelse, gjennomtrekk og avvik.

Vedvarende høyt sykefravær og slitasje

Sykefraværet i tannhelsetjenesten i Agder har vært stabilt høyt over tid. Nedenfor er sykefraværet for 2024 fordelt på stillingskode.



Sykefraværestrenden sees også ellers i landet for den offentlige tannhelsetjenesten, noe som tyder på at det er mer enn lokale forhold som påvirker fraværsprosenten. I Agder fylkeskommune var kun 0,08 prosent av fraværene i perioden 2020–2024 rapportert som arbeidsrelatert. Selv om årsakene til sykefravær er sammensatte, vet vi at forhold på jobb påvirker fraværet, selv om ansatte ikke rapporterer fraværet som en direkte konsekvens av jobbforhold.

Langtidsfraværet er spesielt utfordrende, mens korttidsfraværet er på et normalt nivå og har vært fallende siden 2022. Langtidsfravær fordelt på yrke viser at tannhelsesekretærene har høyest langtidsfravær, etterfulgt av tannlegene.

Klinikkstrukturen vi har i dag, med mange små klinikker gjør oss svært sårbare ved fravær. Åtte av våre 28 klinikker har under fem ansatte, og totalt 15 klinikker har under ti ansatte. Et fravær på 13,4 prosent hos behandlerne ved en klinikk med fem ansatte vil påvirke arbeidsbelastningen betydelig mer enn ved en større klinikk.

Tilrettelegging for sykemeldte skal ikke gå ut over andre ansatte. I små og mellomstore klinikker blir muligheten for tilrettelegging begrenset. Spesielt tannlege og tannhelsesekretærene som jobber i tospann er utsatt. Når en tannlege er fraværende må pasienten ombookes, og sekretæren endre sine arbeidsoppgaver bort fra pasientbehandling.



Fravær av sekretær fører ikke automatisk til ombooking, men gjør at tannlegen arbeider mindre produktivt. I et yrke hvor balansen mellom krav og kontroll allerede er utfordret, kan dette være vanskelig å håndtere. Ved høyt fravær over tid vil det ikke være mulig å skjerme øvrige ansatte helt fra belastning, noe som kan føre til slitasje på friske ansatte, negativ påvirkning på arbeidsmiljøet og redusert jobbmotivasjon, som igjen kan øke sykefraværet.

Avbøtende tiltak er nødvendige ved høyt fravær. Oppdekking med vikarer eller utlån av ansatte fra andre klinikker reduserer belastningen og forebygger slitasje. Konsekvenser av høyt fravær inkluderer færre behandlede pasienter, lengre ventelister og misfornøyde pasienter. Med færre ansatte blir det mindre tid til samhandling og diskusjon mellom kollegaer, noe som påvirker verdifull sparring, relasjonsbygging og trygging av sårbare pasientgrupper. Strengere prioritering av arbeidsoppgaver kan føre til lengre ventelister, som påvirker produktivitet og pasienttilfredshet. Slike tiltak påvirker også ansattes opplevelse av mestring og autonomi, som igjen påvirker arbeidsmiljøet. Konsekvensen vil være størst ved de minste klinikkene hvor fraværet rammer hardest, og handlingsrom for avbøtende tiltak er lavest.

Dersom trenden med høyt fravær fortsetter og strukturen og rammen for arbeidet forblir slik den er i dag, vil det kunne føre til større negative konsekvenser for ansatte, pasienter, ressursutnyttelse og økonomi.

Ustabil bemanning og sårbare fagmiljø

En stabil bemanning er avgjørende for å sikre god kvalitet i tjenesten. Bemanningssituasjonen påvirker også ansattes psykososiale arbeidsmiljø og trivsel. Kontinuitet blant ansatte er nødvendig for å opprettholde og videreutvikle sterke fagmiljøer og gode kollegiale relasjoner.

Stabilitet i bemanningen og streke fagmiljø er tett koblet til sykefravær, permisjoner og gjennomtrekk.

Oversikt over gjennomtrekket i Tannhelsetjenesten i Agder fordelt på klinikker og avdelinger i perioden 2020-2024:

	2020*	2021	2022	2023	2024**
Antall fast ansatte	193	188	201	205	209
Antall stillinger (arbeidsforhold)	202	201	216	225	224
Turnover totalt %	9,8	12,2	10,4	3,9	8,6
<i>Turnover tannleger %</i>	3,6	4,8	3	1	1,4
<i>Turnover andre stillinger %</i>	6,2	7,4	7,4	2,9	7,2
Byttet klinikk % ***	6,4	3	9,7	13,8	8,9

Turnover = personer som var fast ansatt ved en tannklinikk per 1. desember det ene året, og ikke fast ansatt ved noen tannklinikk per 1. desember året etter (tidspunktene er i henhold til KS sin definisjon)
Stillinger = arbeidsforhold

* for 2020 er det intervallet fra 01.01.2020 til 01.12.2020 som er brukt, da vi ikke har data før 2020 i innsikt.

** for 2024 er det intervallet 01.12.2023 til 14.11.2024 som er brukt.



*** NB: Hvis en ansatt med to stillinger bytter klinikk på begge stillingene så vil det telle som to bytter. Derfor er disse tallene prosent av antall stillinger (ikke ansatte). De blir derfor ikke direkte sammenlignbare med de andre tallene, men kanskje interessante allikevel.

Rekruttering er kostbart, både økonomisk og ressursmessig. Opplæring av nye ansatte og vikarer tar tid bort fra pasientbehandling og krever ekstra innsats og motivasjon fra både ledere og kollegaer. Tannhelsetjenesten i Agder har som mål at ansatte skal lære av hverandre og videreutvikle sin faglighet gjennom samspill med kollegaer og egen praksis. Høy intern gjennomtrekk (når ansatte søker og får fast stilling ved en annen klinikk innad i fylket) skaper utfordringer for videreutvikling av fagmiljøene og merarbeid for lederne.

Rekrutteringstrendene vi ser i Agder er lik de som rapporteres i andre fylker og nasjonalt. Behovet for tannpleiere er størst, tett etterfulgt av tannleger. Tannpleiere og tannleger har også den høyest turnoverprosenten av yrkesgruppene, om vi ser på perioden 2020–2024. For utlyste stillinger for tannpleiere er søkerantallet lavt. I 2024 ble åtte faste stillinger for tannpleiere lyst ut, med i snitt fire søkere per stilling. Færre eller ingen søkere kom til de små klinikkene. I fem av de åtte stillingene ble ingen ansatt, enten i mangel på kvalifiserte søkere eller av andre grunner. Vi ser at vi sjelden får søkere med lang erfaring og opplever også at tannleger søker tannpleierstillinger.

Gjennomtrekk i tannhelsetjenesten i Agder har i 2024 vært noe lavere enn gjennomsnittet nasjonalt. Tall fra 2020–2024 viser at gjennomtrekket ligger relativt stabilt. Klinikken har økt samarbeidet om ressurser de senere år, inkludert utlån av både faste og midlertidige ansatte mellom klinikkene. Midlertidig flytting av ansatte mellom klinikker brukes blant annet for å sikre forsvarlig drift ved akutte fravær. Godt planlagt, midlertidig forflytning kan unntaksvis være et verktøy for god ressursutnyttelse, men uforutsigbarheten over tid kan være belastende og et tegn på dårlig ressursutnyttelse. Små klinikker blir spesielt skadelidende, da fragmenterte fagmiljøer blir enda mer sårbare når kvalifiserte ansatte bytter arbeidsplass. Aldersfordeling i 2024 viser at ti prosent av ansatte er 60 år eller eldre, og 26 prosent er 51 år eller eldre. Det er ingenting som tyder på en nedgang i turnover i årene fremover, snarere tvert imot.

For å opprettholde en god tannhelsetjeneste vil tannhelsetjenesten i Agder være avhengig av å beholde ansatte lengst mulig, sikre gode strukturer for kompetanseoverføring og kompetanseheving, samt effektivisere ressursutnyttelsen i større grad enn tilfellet er i dag. Tannhelsetjenesten i Agder må fremstå som en attraktiv arbeidsgiver i regionen og landet, med et godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljøer. De ansattes faglighet har en direkte påvirkning på kvaliteten i tjenestene våre. Kvalitet sikres gjennom den enkeltes innsats, og gjennom organisasjonslæring ved deling og kunnskapsoverføring mellom medarbeidere. For å fremme ansattes engasjement og kompetanseutvikling er vi avhengig av et godt miljø for kompetanseutvikling hvor alle profesjoner deltar og bidrar. Dette styrker tryggheten til behandlere og kan være utslagsgivende for om ansatte søker seg bort fra eller til ulike klinikker.

Offentlig sektor står overfor store utfordringer som krever omstilling og tydelige politiske prioriteringer. Regjeringens perspektivmelding gir et bilde av utfordringene. KS debatthefte trakk frem følgende en av tre hovedutfordringer: Kampen om arbeidskraft: Omsorgsoppgavene blir flere, men vi blir ikke flere i yrkesaktiv alder til å utføre dem.



Tannhelsetjenesten i Agder merker allerede at konkurransen om arbeidskraften tilspisser seg, både i konkurranse med de store kjedene og annen helse og omsorg. Tannhelsetjenesten må være attraktiv for å kunne levere gode tannhelsetjenester til befolkningen.

10-faktor medarbeiderundersøkelse

10-faktor medarbeiderundersøkelse er et forskningsbasert verktøy for utvikling på medarbeider-, leder- og organisasjonsnivå. De ti faktorene er viktige innsatsområder både individuelt og samlet for å oppnå gode resultater for medarbeider, leder og organisasjon. Resultatene fra undersøkelsen brukes som grunnlag og utgangspunkt for videre utvikling. Aktivt arbeid med faktorene på individ-, leder- og organisasjonsnivå, er avgjørende for at organisasjonen skal oppnå gode resultater.

Agder fylkeskommunes organisasjonspolitikk er utarbeidet i tråd med faktorene i undersøkelsen. Forskning viser at disse faktorene har en positiv effekt på arbeidsmiljøet og tjenesteleveransen i en organisasjon, og derfor er undersøkelsen et godt verktøy for utvikling av organisasjonspolitikken, arbeidsmiljøet og tjenesteleveransen samlet sett.

Tannhelsetjenesten i Agder gjennomførte 10-faktor undersøkelsen i 2022 (svarprosent 75 prosent) og igjen i slutten av 2024 (svarprosent 90 prosent). I 2022 ble resultatene samlet inn per klinikk, mens det i 2024 ble besluttet at resultatene skulle samles per klinikkområde, basert på ledernes ansvarsområder. Der hvor flere klinikker fra 2022 er samlet under ett resultat i 2024, er gjennomsnittet av klinikkens svar i 2022 beregnet for hver faktor og sammenlignet med resultatene for 2024. Ser vi bort fra ledergruppen og administrasjonen sentralt, ser vi at åtte av elleve klinikkområder har en lavere gjennomsnittscore i 2024 enn i 2022.

Faktor	Faktornavn	Totalt klinikkene Agder 2022	Totalt klinikkene Agder 2024	Totalt ansatte - administrasjon 2022	Totalt ansatte - administrasjon 2024
Faktor 1	Indre motivasjon	4,2	4,0	4,2	3,6
Faktor 2	Mestringstro	4,2	4,0	4,2	3,9
Faktor 3	Autonomi	4,1	3,7	4,8	4,0
Faktor 4	Bruk av kompetanse	4,3	4,0	4,4	3,5
Faktor 5	Mestringsorientert ledelse	4,0	3,7	4,6	3,7
Faktor 6	Rolleklarhet	4,4	4,0	3,9	3,2
Faktor 7	Relevant kompetanseutvikling	3,7	3,3	3,5	3,2
Faktor 8	Fleksibilitetsvilje	4,4	4,0	4,8	4,2
Faktor 9	Mestringsklima	4,0	3,8	4,4	3,1
Faktor 10	Prososial motivasjon	4,6	4,4	4,8	3,9

Resultatene gir oss et signal på hvilke områder tannhelsetjenesten i Agder bør sette inn en ekstra innsats fremover, for å nå sine mål om å levere gode tannhelsetjenester til våre innbyggere, i en tid med stadig mindre økonomisk handlingsrom og færre ressurser.

Årsakene til resultatene er sammensatte. Likevel kan arbeidet som er gjort fra 2022, samt kunnskap om tannhelsetjenesten i Agder og nasjonalt, gi oss noen svar. Ser vi på faktorer som autonomi, rolleklarhet og motivasjon (både prososial og indre motivasjon) ser vi klare



tendenser til at arbeidets art påvirker resultatene både i positiv og negativ retning, sammenlignet med landsgjennomsnittet for alle type yrker og tannhelsetjenesten nasjonalt.

Det er de samme krav til faglighet og kompetanse i tannhelsetjenesten, som ellers i den offentlige helsesektoren. Prosesser de siste årene med etablering av flere felles prosedyrer som gjelder for hele virksomheten, har endret graden av egne, individuelle valg for gjennomføring av arbeidshverdagen på områder der felles praksis er viktig for å sikre like tjenester i hele fylket. Dette kan forklare en lavere score på opplevd autonomi.

10-faktor undersøkelsen gir ingen opplysninger om årsakene til scoringene i de forskjellige faktorene og skiller heller ikke mellom de forskjellige yrkesgruppene. For å få mer kunnskap om årsakene kreves det nærmere kartlegging og undersøkelser. Likevel vet vi at profesjonsutdannede ofte scorer høyt på prososial motivasjon og indre motivasjon, noe som også stemmer med resultatene for Agder. Høyt fravær over tid (se eget avsnitt) vil også langt på vei kunne forklare en lavere score på faktorer som mestringsorientert ledelse og relevant kompetanseutvikling, ettersom fravær setter begrensninger både for leders handlingsrom og for ansattes handlingsrom knyttet til kompetanseutvikling i det daglige. På individ- og klinikknivå kan resultatene også si noe om status på arbeidsmiljø og trivsel. Større fagmiljøer har bedre forutsetning for å utvikle både et godt faglig og sosialt miljø.

I tannhelsetjenesten i Agder, som i fylkeskommunen ellers, jobbes det aktivt med 10-faktor, både som et styringsverktøy med målbare resultater og tiltak i Framsikt (fra 2024). Undersøkelsen er et utviklingsverktøy som brukes som grunnlag for den enkelte medarbeider, avdeling og på organisasjonsnivå. Dette beskrives mer detaljert i avsnittet *pågående innsatsområder*.

Ledelse i tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Agder er etter fylkessammenslåing organisert som én virksomhet med virksomhetsleder som øverste leder. I slutten av 2021 ble opprettet en ny stilling som assisterende virksomhetsleder.

Avdelingslederrollen

Virksomheten har valgt tittel “avdelingsleder”, fremfor “klinikkleder”. Intensjonen er blant annet å vise at ledelse i offentlige tannhelse er mer enn det som foregår inne på klinikk. I forbindelse med sammenslåingen av to fylker til ett i 2020, valgte fylkeskommunen å fortsette med samme antall klinikkledere. Dette resulterte i at ledergruppen ble bestående av 18 klinikkledere. Organiseringen av den enkelte leder ble også videreført. Konsekvensen av dette ble en stor ledergruppe der lederne jobbet svært ulikt. Noen kombinert lederrolle med klinisk arbeid, ansvarsområdet var svært ulikt, og kompetansen og rolleforståelsen svært varierende.

I samarbeid med HR, gjennomførte virksomhetsleder en rekke samlinger med fokus på lederutvikling fra begynnelsen av 2021 og frem til sommer 2022. Høst 2022 ble det bestemt å iverksette prosess for endret lederstruktur. I april 2023 ble endret lederstruktur iverksatt. Antall ledere ble redusert fra atten seksjonsledere som i større eller mindre grad også jobbet klinisk til elleve avdelingsledere. Ingen ledere fikk fortsette med klinisk arbeid, og det ble utarbeidet en stillingsbeskrivelse. Man har valgt å endre ledertittel til avdelingsleder.



I forbindelse med strukturendringen, ble det behov for å lyse ut fire ledige stillinger. Det ble i den forbindelse åpnet for at personer uten tannhelsefaglig utdanning kunne søke, men med større fokus enn tidligere på utdanning/erfaring innen ledelse. Resultatet av prosessen er en ledergruppe med noe bredere fagbakgrunn enn tidligere.

I dag består avdelingsledergruppen av ulike profesjonsbakgrunner, hvorav tre har fullført en formell lederutdanning, tre er underveis i en videreutdanning med ledelse som tema, mens de øvrige fem ikke har formell lederutdanning:

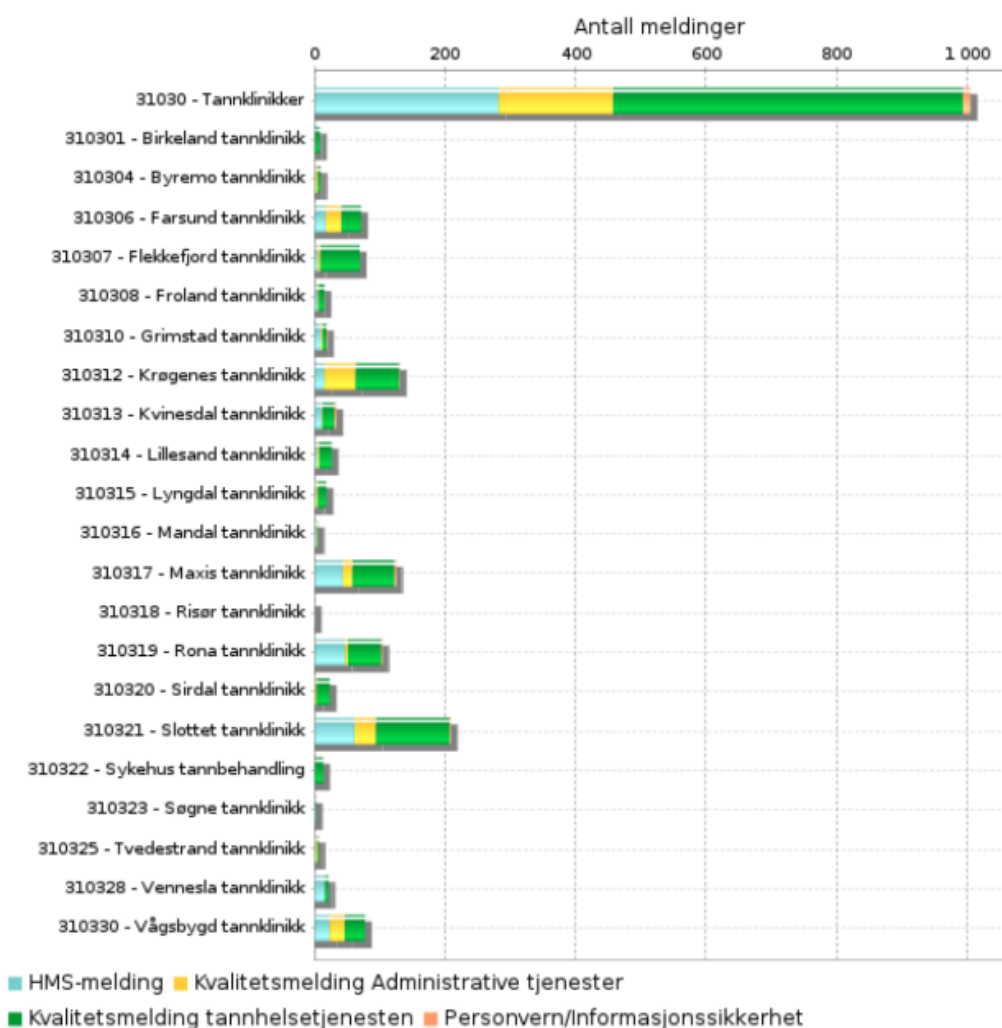
- Tannpleiere (tre). To er underveis i masterstudie i helseledelse, en har ikke formell lederutdanning,
- Tannleger (seks). En har master i ledelse, en underveis i masterstudie i helseledelse. De øvrige fire har ikke formell lederutdanning,
- Sykepleier (én). Har formell lederutdanning i personalledelse og kompetanseutvikling
- Barnevernspedagog (én). Har master i helseledelse og erfaringsbasert ledelse.

Kunnskap, kompetanse og interesse for ledelse sto sentralt i rekrutteringen, mens tannhelsefaglig kvalifikasjon ikke ble vurdert som vesentlig faktor. Ledelse handler ikke bare om fag. Det handler også om arbeidsmiljø, personalpolitikk, HMS-arbeid, budsjett og budsjettstyring. Dette er ikke kunnskap man tilegner seg via det tannhelsefaglige. Begrenset tannhelsefaglig kunnskap kan utfordre den faglige forankring av beslutninger som tas av ledelsen. Endringen i tannhelsetjenestens lederstruktur er foreløpig ikke evaluert, dette vurderes i forbindelse med delprosessen.

I lederutviklingen de siste årene har det overordnet målsetting om å utvikle tannhelsetjenesten enhetlig og samordnet stått sentralt. I samarbeid med HR har det vært satt fokus på rekruttering og rekrutteringsprosesser, endringsledelse, HMS-arbeid og oppfølging ved fravær.

Avvik

I 2024 ble det sendt inn rundt 1000 avviksmeldinger av ansatte i tannhelsetjenesten. Omtrent 120 av sakene som er meldt inn handler om feil eller mangler på fysisk utstyr eller teknisk feil/systemfeil.



Rundt 100 av avvikene rapporterer om mulige årsaker knyttet til bemanning, samarbeid, opplæring eller ledelse. I tillegg handler rundt 60 meldinger om feil, mangler eller brudd på rutine eller forskrifter.

Av rapporterte mulige konsekvenser av alle innmeldte avvik er dårlig effektivitet klart på topp med over 200 meldinger, tett etterfulgt av belastnings- eller personskade (ca. 130 meldinger totalt). Rett over 80 meldinger rapporterer at økt sykefravær vil være en mulig direkte konsekvens av avviket.

Sammen med de øvrige indikatorer kan avviksrapportering fra ansatte gi et innblikk i hvilke utfordringer som ansatte støter på i det daglige og mulige konsekvenser. Rapporteringen fra 2024 underbygger langt på vei det utfordringsbildet som er presentert i dette kapittelet; nedadgående trend i resultater på 10-faktor medarbeiderundersøkelse, vedvarende høyt sykefravær og slitasje på ansatte og ustabil bemanning og sårbare fagmiljø.

Tannklinikkene

Det er flere av de leide klinikkene som har et oppgraderingsbehov de kommende årene. Det er en del eldre klinikker som har utfordringer knyttet til spesielt plass, ventilasjon, universell



utforming og lyd. Videre er det også en del utgående leieavtaler, som gjør det naturlig å avslutte noen av våre nåværende avtaler ved utgangen av disse.

Det ble i 2022 gjennomført vernerunder på samtlige klinikker. Universell utforming var et sentralt element for gjennomgang, og kartleggingen viste at flere klinikker ikke tilfredsstiller dagens krav. For tannhelsetjenesten er universell utforming spesielt viktig, ettersom det legger til rette for en likeverdig behandling av de ulike pasientgruppene. For eksempel kan pasienter med ulike former for funksjonsnedsettelse møte barrierer knyttet til begrenset plass og merking til å orientere seg, mulighet for å åpne dører og utilstrekkelig heisplass. Skal man tilby et tilgjengelig og verdig tannhelsetilbud for alle, er det derfor helt avgjørende at utformingen i byggene våre følger krav til universell utforming.

Lokalenes tekniske stand og krav til fysisk arbeidsmiljø, var også vesentlige elementer under vernerundene. Basert på disse, samt oppfølging og tiltak som ble gjort i etterkant, er bygningsstandard på de ulike klinikkene beskrevet kort i tabellen nedenfor. I tabellen er det også beskrevet hvilke tiltak som er vurdert i et tiårs perspektiv, med bakgrunn i bygningenes standard og status på leieavtalene.

Klinikk	Bygning standard	Vurdering 10 års perspektiv
<i>Birkeland</i>	Stengt	
<i>Gjerstad</i>	Stengt	
<i>Valle</i>	Ombygging av klinikken ferdig påske 2025	OK i tiårs perspektiv
<i>Lyngdal</i>	Gammelt bygg, vinduer og ventilasjon. Tannhelse ser behov for større klinikk. Universell utforming: mangler HC-toalett på venterom, mangler taktil utforming i inngangsparti, mangler automatisk døråpner mellom gang/venterom/klinikk. For liten svingradius.	Nye/oppdaterte lokaler bør på plass i løpet av få år
<i>Kvinesdal</i>	Dårlig lydisolert, lytt mellom behandlingsrom, pauserom og kontor. Gammelt ventilasjonsanlegg. Ikke solavskjerming. Gammelt bygg som per i dag ikke tilfredsstiller dagens krav til arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.	Nye/oppdaterte lokaler bør på plass i løpet av få år
<i>Farsund</i>	Trang/dårlig planløsning. Flere forhold som ikke er i tråd med arbeidsmiljølovens krav til fysisk arbeidsmiljø. Universell utforming: for smale dører, ingen taktil merking, tilrettelegging synshemmede mangler	Nye lokaler etableres når kontrakt utgår i 2027
<i>Vågsbygd</i>	Klinikkstandard er OK. Vedtak foreligger om etablering av ny, større klinikk.	Nye lokaler bør etableres snarlig



<i>Maxis</i>	Utfordringer knyttet til inneklimate og ventilasjon. Muggsopp vaskes jevnlig. Lytt mellom venterom og klinikk. Trange garderober. Slitte møbler, interiør og overflater. Utfordringer knyttet til lekkasje og solavskjerming. Universell utforming: for liten heis, mangler automatisk døråpner til venterom, for høye dørterskler, mangler taktil merking	Nye lokaler etableres når kontrakt utgår i 2027. I forbindelse med mulighetsstudie for administrasjonsbygg Fløyheia, ses det også på muligheter knyttet til lokaler for tannklinikk i Arendal
<i>Tvedestrand</i>	Store utfordringer knyttet til lydforhold. Plaget med gjentakende vannlekkasje. Universell utforming: heis er for liten, mangler automatisk døråpner til venterom, for smal rampe, mangler taktil merking	Nye lokaler bør på plass i løpet av få år
<i>Slottet</i>	Utfordringer med dagens inneklimate, ventilasjon er underdimensjonert.	OK i tiårs perspektiv, anbefales tilrettelagt
<i>Vennesla</i>	Utfordringer med ventilasjon, varme og kulde. Manglende solavskjerming. Utfordringer knyttet til lydforhold. Utfordringer knyttet til det elektriske anlegget. Universell utforming: tilfredsstillende ikke dagens krav, blant annet for liten svingradius, ikke heis til møterom i andre etasje	Nye lokaler etableres når kontrakt utgår i 2029
<i>Iveland</i>	Oppdaterte lokaler i 2024	OK i tiårs perspektiv
<i>Vegårshei</i>	Oppdaterte lokaler i 2024	OK i tiårs perspektiv
<i>Kragerø</i>	Ingen større merknader	OK i tiårs perspektiv I forbindelse med mulighetsstudie for administrasjonsbygg Fløyheia, ses det også på muligheter knyttet til lokaler for tannklinikk i Arendal
<i>Bygland</i>	Stengt	
<i>Bykle</i>	Eldre klinikk, med dårlig planløsning. Ofte kaldt på klinikken, dårlig inneklimate. Universell utforming: tilfredsstillende ikke dagens krav. Blant annet er det er ikke automatisk døråpner eller HC-toalett i lokalene	Nye/oppdaterte lokaler bør på plass i løpet av få år
<i>Evje</i>	Ingen større merknader	OK i tiårs perspektiv



<i>Froland</i>	Lytt mellom resepsjon og venterom.	OK i tiårs perspektiv, anbefales tilrettelagt til nye krav
<i>Lillesand</i>	Ingen større merknader	OK i tiårs perspektiv
<i>Risør</i>	Trekk fra vinduer. Dårlig inneklime - varmt om sommeren, kaldt om vinteren. Utfordringer knyttet til lydforhold. Mangler standard fasiliteter (gard., møterom osv.) Universell utforming: tilfredsstillende ikke dagens krav. Blant annet er det flere steder for liten svingradius	Nye/oppdaterte lokaler bør på plass i løpet av få år
<i>Åmli</i>	Har ikke garderober. Universell utforming: tilfredsstillende ikke dagens krav	OK i tiårs perspektiv, anbefales tilrettelagt til nye krav
<i>Rona</i>	Ingen større merknader	OK i tiårs perspektiv
<i>Søgne</i>	Ingen større merknader	OK i tiårs perspektiv
<i>Flekkefjord</i>	Ingen større merknader	OK i tiårs perspektiv
<i>Mandal</i>	Ingen større merknader	OK i tiårs perspektiv
<i>Byremo</i>	Ingen større merknader	OK i tiårs perspektiv
<i>Sirdal</i>	Utfordringer med ventilasjon, varme og kulde.	OK i tiårs perspektiv, anbefales tilrettelagt til nye krav

Tannhelsetjenesten i Agder har i dag totalt 134 behandlingsstoler/ units, inkludert stoler på klinikkene som er midlertidig stengt. Det er gjort en vurdering av levetid og tilstanden på disse, samt øvrig dentalt teknisk utstyr som kompressor, sugemotor, vaskemaskin osv. Dette er videre sett i sammenheng med etablering av nye eller oppdaterte klinikker.

Det er behov for utskiftning ved flere klinikker de kommende årene, og totalt i perioden fra 2025, og til og med år 2030, er det vurdert til at 105 behandlingsstoler må skiftes ut. Det også vurdert at øvrig dentalt teknisk utstyr må skiftes ut, der det er anbefalt nye eller oppdaterte klinikker.

5 Pågående innsatsområder

Etter at Agder fylkeskommune ble etablert i 2020 har det vært gjennomført mange tiltak i tannhelsetjenesten i Agder for å levere på tannhelsestrategien og målsettingene til Agder fylkeskommune. En oppsummering av utvalgte pågående innsatsområder fra 2024 er beskrevet nedenfor.



Mot slutten av kapitlet er det utarbeidet en oversikt over hvordan pågående innsatsområder vil videreføres som en del av delprosess 3 – helhetlig omstilling og effektivisering av tannhelsetjenesten.

Standardisering – arbeid for en enhetlig og samordnet tannhelsetjeneste i Agder

Agder fylkeskommunes overordnede samfunnsoppdrag er å bygge én fylkeskommune som løfter Agder. I 2020 vedtok administrasjonsutvalget og fylkesutvalget at Agder fylkeskommune skal gå foran i arbeidet med standardisering i regionen.

Ved fylkessammenslåingen i 2020 ble målsettingen om en enhetlig og samordnet tannhelsetjeneste vedtatt, og forsterket i gjeldende tannhelsestrategi.

Nå-situasjonen viser fremdeles en fragmentert tannhelsetjeneste. Mye skyldes at tannhelsetjenesten i stor grad er preget av ulik grad av autonomi, men også manglende grad av standardisering av viktige faktorer som innkallingsintervall og timebokoppsett.

Det er også ulik oppfatning av begrepet «nødvendig tannbehandling». I veilederen «God klinisk praksis i tannhelsetjenesten» er begrepet nødvendig tannbehandling definert som «den informasjon og behandling som skal til for at enkeltpersoner kan oppnå og selv bidra til å opprettholde akseptabel oral helse». Dette er en vid definisjon som gir behandlerne stort rom for personlige tolkninger. Samtidig opplever behandlerne en økende grad av forventninger fra pasientene om hvilken tannbehandling som skal tilbys.

Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring (... Og bedre skal det bli), gir kvalitetsbegrepet et innhold som bygger på samfunnets føringer og faglige vurderinger, for å gi best mulig tjenester til brukerne. For tannhelse innebærer dette blant annet at tjenestene vi tilbyr skal utnytte ressursene på en god måte, samtidig som de er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Klinikkområder med bedre tilgang på behandlingsressurser har anledning til å bruke mer tid på den enkelte pasient enn klinikkområder med mindre ressurser. I veilederen Nasjonal faglige retningslinje «Tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år» står det beskrevet at når et barn er til undersøkelse, skal eventuelle risikofaktorer vurderes før tidspunkt for neste innkalling settes. Med de nasjonale retningslinjene lagt til grunn ble det for tannhelsetjenesten presisert å bare bruke 12, 18 eller 24 måneder som standardintervaller, ut fra gitte vurderingskriterier. Implementeringen av denne felles standarden tar tid, siden pasienter ikke får endret sin recall med tilbakevirkende kraft.

Individuell vurdering basert på behandlers trygghet og erfaring kan føre til at det gis et ulikt tilbud til pasientene for hvor ofte de skal følges opp. Denne problemstillingen ses også i klinikker med mindre ressurser hvor konsekvensen blir tydeligere. Mindre ressurser fører til at pasienter kan få en forsinket rutineinnkalling og behandling, fordi klinikkene kaller inn til flere konsultasjoner enn klinikken er bemannet for.

Det mangler fortsatt en formell standardisering på hvor lang tid som skal avsettes i timebøkene for undersøkelser og de ulike prosedyrene som utføres. Noen prosedyrer krever mer tid enn andre, og det er også individuelle forskjeller på pasientene. Noen pasienter trenger mer tid på å få gjennomført behandling enn andre. Nyutdannete behandlere bruker



også lengre tid på en prosedyre. Tannhelsetjenesten har ikke konkretisert begrepet «ny», dvs. hvor lenge det er akseptabelt å bruke mer tid på en gitt prosedyre.

Per nå finnes det heller ingen standardisering når det gjelder innkjøp av forbruksmateriell. Fylkeskommunen har en rammeavtale på dentalt forbruksmateriell med LIC Scadenta, og alle klinikkene forholder seg til denne avtalen. På grunn av manglende standardisering, står klinikkene og den enkelte behandler fritt til å velge de produkter og materialer man selv ønsker, selv om avtalen gir større rabatt på utvalgte varer. Muligheten for å kjøpe inn de materialene man selv ønsker å bruke, er spesielt utfordrende når en behandler slutter. Hvis den nyansatte ikke ønsker å bruke samme materialer som den som var i stillingen tidligere, risikerer klinikken å sitte på død kapital, som etter hvert også må kastes på grunn av holdbarhetsdato. I tillegg tilkommer en økt kostnad for innkjøp av materialer som den nye behandleren ønsker å bruke.

Prisøkningen på dentalt forbruksmateriell har vært formidabel de siste årene, og regnskap for 2024 viser et merforbruk på 20 prosent på forbruksmateriell hos tannhelsetjenesten. Gode innkjøpsrutiner og kontrakter, samt enighet om standarder som gir tilstrekkelig frihetsgrader til behandlerne, vil være et viktig tiltak for å sikre nødvendig kostnadskontroll og autonomi.

Videre er det utarbeidet oversikt for hvor mye tid som skal avsettes i timebøkene for gitte prosedyrer. "Veiledende tidsbruk i timebok" forankres i avdelingsledergruppen og drøftes med tillitsvalgte før den tas ut i klinikkene i løpet av 2025.

Ledelse i tannhelsetjenesten i Agder

Lederrollen, og forståelse av det mestringsorienterte lederskapet er helt sentralt for at tannhelsetjenesten skal levere på formålet med omstillingsprosessen.

I 2022 ble det gjennomført en omorganisering av ledelses og ledelsesstruktur. I den forbindelse ble det gjennomført et ledergruppeutviklingsprogram for lederne. Programmet handlet blant annet om å gjøre lederne kjent med organisasjonspolitikken vår.

Organisasjonspolitikken i Agder fylkeskommune definerer ønskede handlinger, holdninger og verdier som medarbeidere og ledere står for og praktiserer i vårt forhold til hverandre. Våre ni førende prinsipper, tillitsbasert medarbeiderskap og mestringsorientert lederskap ligger til grunn for måten vi løser samfunnsoppdraget vårt på.

I januar 2025 ble det iverksatt prosess i samarbeid med Agder arbeidsmiljø IKS. Prosessen innebærer systematisk kartlegging og vurdering av ulike sider ved lederrollen i virksomheten. Blant annet er disse områdene vurdert:

- Ledelse i situasjoner med varierende lojalitet til beslutninger
- Konflikthåndtering
- Rollekonflikt sett i et mellomlederperspektiv
- Lederes ulike profesjonsbakgrunn

Prosessen er planlagt å vare frem til sommeren 2025.

Tannhelsetjenestens oppgaver og forebyggende tannpleierteam



Utgangspunktet er å organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, samt gi regelmessig oppsøkende tilbud til de som etter lov har krav på tjenester.

Forebygging er sentralt for å sikre en god tannhelse. Fra januar 2025 er forebyggende innsats økt ved at fire tannpleiere er ansatt i 100-prosent stillinger, der 50 prosent av hver stilling skal brukes til utadrettede tiltak. Det vil si aktivitet utenfor klinikkene. Oppsøkende virksomhet mot større grupper, samt systematisering av informasjon er noen av hovedoppgavene. Tannhelse er en viktig del av generell helse, og det er avgjørende å satse på universelle helsefremmende tiltak som forebygger sykdommer, heller enn å fokusere på kompensierende eller reparerende tiltak. Kosthold og tannhelse utgjør en liten, men viktig del av dette arbeidet.

Rutineundersøkelser og/eller tannbehandling på klinikk omfattes av rettighet til nødvendig tannhelsehjelp. Det er fra nasjonalt hold iverksatt en prosess for hvordan definere hva som er nødvendig tannbehandling. Helsedirektoratet har ansvar for dette, og har satt april 2026 som sluttdato for arbeidet. Tannhelseutvalgets valgte i sin utredning (NOU 2024:18) kriteriene nytteverdi, ressursbruk og alvorlighetsgrad.

Attraktiv arbeidsgiver – beholde og rekruttere

I 2024 fullførte Agder fylkeskommune et større arbeid med å etablere og standardisere rutiner for bemanningsstyring og rekruttering, Det gjelder også oppdaterte rutiner for innfasing og utfasing av medarbeidere og oppfølging i prøvetid. Som et resultat av dette har det i første del av 2025 tredd i kraft et nytt reglement for bemanningsstyring og ansettelser.

Tannhelsetjenesten har i tillegg laget egne maler for behovsanalyse og intervjuguide tilpasset fagområdene. I kraft av dette arbeidet har alle avdelingsledere og tillitsvalgte i tannhelsetjenesten fått tilbud om opplæring i *Rekrutteringsprosessen fra A til Å*. Lederne har selv tatt initiativ til å sette temaene «rekruttere og beholde» på dagsorden. Det har vært arbeidet med dette i flere klinikkledermøter i 2024 og hittil i 2025, hvor blant annet erfaringsdeling og dilemmatrening er gjennomført.

Tannhelsetjenesten i Agder har, i tillegg til de underliggende rutiner som gjelder for hele fylkeskommunen (inkludert oppfølging i prøvetid, digital introduksjonsplan og prøvetidssamtaler), utarbeidet en egen sjekkliste for introduksjon av nyansatte. Dette er en gjennomarbeidet strategisk plan for hvordan nyansatte skal ivaretas og sikre at de raskest mulig kommer inn i arbeidsmiljøet og arbeidsoppgavene sine. Klinikken praktiserer også i varierende grad en mentor-/fadderordning, hvor nyansatt blir koblet med en kollega som vil være tilgjengelig ved spørsmål og kunne bistå ved praktiske ting på arbeidsplassen i den første perioden. Sammen har disse ulike ordningene til hensikt å skape en trygg og effektiv innfasing av nyansatte, som bidrar til tidlig forventningsavklaring mellom den ansatte og arbeidsgiver. Det gjenstår fortsatt et arbeid i tannhelsetjenesten med å systematisere og standardisere disse verktøyene og rutinene ved klinikkene. Det er et innsatsområde som fortsetter å være relevant og som vil kreve handling i tiden fremover.

Kompetanseutvikling og sterke fagmiljø

Odontologi er et fagområde som krever både tekniske ferdigheter og faglig kunnskap. Det er derfor viktig å sikre ansatte god kompetanseutvikling som bidrar til å vedlikeholde og videreutvikle tjenesten til det beste for våre brukere.



En lærende organisasjon kjennetegnes av at de ansatte lærer av hverandre og får videreutviklet sine evner i refleksjon over egen praksis. Variasjon i arbeidsoppgaver og pasientgrupper er også viktig for å sikre kompetanse og for å legge til rette for faglig og personlig utvikling.

I 10-faktor undersøkelsen scorer spørsmål om relevant kompetanseutvikling generelt lavest på klinikkene. 10-faktor undersøkelsen skiller imidlertid ikke mellom yrkesgruppene og et mer detaljert bilde kan ikke tegnes uten nærmere undersøkelser og kartlegginger.

For å sikre lik praksis brukes det i dag en god del tid på kalibreringsmøter. Alle klinikker har fagmøter, enten bare den ene klinikken, eller i fellesskap med naboklinikk(er). Temaet for mange av disse fagmøtene er nettopp kalibrering. Det er viktig at klinikken kalibrerer seg på behandlingsnivå, slik at pasienten tilbys lik behandling uavhengig av hvilket kontor man tilhører. I tillegg brukes fagmøtene til å avklare felles forståelse for gjeldende rutiner og prosedyrer. Alle yrkesgrupper har fagmøter, avhengig av tema vurderes det om alle ansatte på klinikken skal være sammen på møtet, eller om man skal samles i de ulike yrkesgruppene. Tannhelsetjenesten arrangerer egne webinarer for alle ansatte med bruk av hovedsakelig interne ressurser med særlig relevant kompetanse innenfor et gitt tema, sekundært brukes også eksterne foredragsholdere.

De ansattes fagorganisasjoner arrangerer flere kurs med et bredt faglig spektrum i løpet av året som ansatte anbefales å delta på. Midlene og rammene for deltagelse ved eksterne kurs er imidlertid begrenset, og alle ønsker om å delta på relevante kurs kan ikke innfris. Det arrangeres dessverre få kurs for tannhelsesekretær- og tannpleiergruppen. Ansatte oppfordres derfor til å delta på tannlegenes webinarer der temaet kan være interessant for alle yrkesgrupper. Alle ansatte som får innvilget å dra på eksterne kurs, forplikter seg til å formidle ny kunnskap på fagmøte på klinikken.

Den enkelte ansattes kompetanseutvikling følges opp gjennom blant annet medarbeidersamtalene som gjennomføres hvert år. Samtalen legger vekt på utvikling av kompetanse; forstått som evner, holdninger, kunnskaper og ferdigheter. Den skal også bidra til definering av handlingsrommet, rolleklarhet og gode relasjoner. I tillegg skal samtalen bidra til økt felles forståelse for hvordan vi kan innarbeide organisasjonspolitikken med vekt på tillit og mestring.

Hvert klinikkområde har siden 2022 i varierende grad jobbet med oppfølging av 10-faktor medarbeiderundersøkelsen. I 2025 er det lagt ned et betydelig arbeid fra klinikklederne for å snu denne trenden. På nær alle klinikkområder er en i første kvartal i 2025 godt i gang med utarbeidelse av en handlings- og oppfølgingsplan for klinikkområdene.

Vi ser et økt behov for tverrfaglig samarbeid i fremtiden, sammen med økt grad av samarbeid på tvers av ikke bare klinikker, men fylker og mellom det private og den offentlige tannhelsetjeneste. Kompetanseutvikling vil derfor fortsette å være et viktig innsatsområde fremover.

Sykefravær- og nærværarbeid

Med et vedvarende høyt sykefravær er det naturlig og nødvendig å ha forebygging, oppfølging og nærværarbeid på agendaen. Ledere i Agder fylkeskommune har en rekke



verktøy og gode rutiner tilgjengelig som de kan benytte seg av i sitt arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær. I det daglige har klinikklederne god oversikt over sine ansatte og følger opp den enkelte sykemeldte og de øvrige ansatte på jobb etter gjeldende retningslinjer og rutiner. Sykefravær har vært oppe som tema flere ganger i klinikkledergruppa, hvor de blant annet har jobbet med dilemmatrening.

Utover det som er beskrevet i rutinene finnes det ulike virkemidler nasjonalt og i kommunene. Flere av klinikkene har blant annet gjennomført verktøyet "en bra dag på jobb" i 2024. Verktøyet er utviklet av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), og belyser de spesifikke faktorene som forskning viser har betydning for arbeidsmiljøet i ulike bransjer. Verktøyet skal hjelpe ansatte til å samarbeide om å skape et godt arbeidsmiljø som bidrar til redusert sykefravær og hindrer frafall. (STAMI, <https://enbradagpajobb.no/om-verktoyet/>). Det vurderes også jevnlig å ta i bruk ekspertbistand fra NAV i mer kompliserte enkeltsaker for å få bistand fra eksterne med spisskompetanse på spesifikke utfordringer der dette sees hensiktsmessig.

Arbeidet innen nærværarbeid og sykefraværsoppfølging må sees i sammenheng med arbeidet knyttet til øvrige innsatsområder. Korttidsfraværet i tannhelsetjenesten har en nedadgående trend. Samtidig vil det vedvarende høye langtidsfraværet, som vi ser også i andre fylker, kreve en langvarig og helhetlig strategi. Dette er gjort ved å se enkelte tiltak alene, men gjennom en helhetlig gjennomgang og etablering av nye innsatsområder og verktøy som et supplement til det gode arbeidet som allerede gjøres i tannhelsetjenesten i dag.

Partssamarbeidet i Tannhelsetjenesten i Agder, på virksomhetsnivå

Tannhelsetjenesten i Agder er organisert som en virksomhet med egen virksomhetsleder, eget drøftingsnivå og arbeidsmiljøutvalg (AMU).

Det har over tid vært utfordringer ved drøftingsinstituttet og partssamarbeidet. Det har flere ulike årsaker. En grunn kan være det som skiller denne fylkeskommunale virksomheten fra alle våre andre virksomheter; den distribuerte klinikkstrukturen og organisasjonsstrukturen. En annen grunn kan være ulik forståelse og praktisering av prinsippene for medbestemmelse.

Det er 22 virksomheter i Agder fylkeskommune som alle yter våre innbyggere lovpålagte tjenester - videregående skoler, Fagskolen i Agder, Karriere Agder og Tannhelsetjenesten i Agder. Innenfor utdannings er så å si alle samlet på ett geografisk sted. 16 virksomheter har all ledelse, en lokal tillitsvalgt fra hver fagforening og alle ansatte samlet på samme lokasjon. Tannhelsetjenesten i Agder har klinikker spredt på 28 ulike lokasjoner over hele Agder. Virksomhetsleder og administrasjon for øvrig har base i fylkeshuset i Kristiansand. Ingen av de fire arbeidsplassstillitsvalgte er på samme lokasjon som virksomhetsleder, men har sine baser på ulike klinikker. Avdelingslederne har sine arbeidsplasser i hele Agder, i likhet med alle våre tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer. Å være virksomhetsleder for ansatte som jobber på ulike lokasjoner, er krevende. Å representere medlemmer som stort sett ikke er på samme sted, er krevende. Å samarbeide når man sjelden møtes annet enn i formelle møter, gir vanskelige vilkår for relasjonsbygging.

De fylkeskommunale retningslinjene for medbestemmelse



Ved sammenslåingen i 2020 ble det etablert egne retningslinjer for medbestemmelse for Agder fylkeskommune. Disse retningslinjene er todelte. En del handler om medbestemmelsesstrukturen på fylkeskommunalt nivå, den andre omhandler virksomhetsnivå.

Virksomheten tannhelse er omtalt i retningslinjene og omfattet av den såkalte frikjøpstrappa for arbeidsplassstillitsvalgte. Dette er et system som gir et fast frikjøp til en arbeidsplassstillitsvalgt per virksomhet for hver fagforening. Systemet ble i sin tid konstruert for videregående skoler i gamle Vest-Agder fylkeskommune, men man hadde også en variant av systemet på videregående skoler i gamle Aust-Agder fylkeskommune. Hovedavtalen sier at «Tillitsvalgte har rett til tjenestefri for å utføre sine oppgaver». Den nevnte frikjøpstrappa gir et fast frikjøp fra alminnelige arbeidsoppgaver. Det gir økt forutsigbarhet, både for tillitsvalgte og ledelse. Tillitsvalgte i virksomhetene unngår å ha «tjenestefri» på tidspunkt hvor de er satt opp med arbeid med brukere/pasienter. Ved å legge inn «tjenestefri» i arbeidsplanen unngår man å avlyse timer med pasienter. Foruten frikjøpstrappa, hvor tannhelse fikk samme vilkår som skolene, er ikke tannhelse diskutert ved den administrative behandlingen eller drøftet ved opprettelsen av retningslinjene for medbestemmelse.

Prosess planlagt høsten 2025

Med utgangspunkt i Hovedavtalens bestemmelser, ønsker arbeidsgiver å igangsette en prosess fra høsten 2025 særskilt rettet mot virksomheten tannhelse. Det blir en prosess hvor vi skal utforske om medbestemmelsesstrukturen er godt nok tilpasset virksomhetens organisering. Oppstarten avventes til høsten, for å se fremtidens struktur i sammenheng med det politiske vedtaket i fylkestinget i juni.

Hovedavtalens § 3-3 sier blant annet at «Tillitsvalgtordningen må utformes slik at det gir både tillitsvalgte, medlemmene de representerer og arbeidsgiver forutsigbarhet.» Det står også at «Tillitsvalgtstrukturen skal tilpasses kommunens/fylkeskommunens geografiske spredning samt styrings- og organisasjonsstruktur.» Med utgangspunkt i disse bestemmelsene har de fire fagforeningene som er representert i tannhelse, sammen med arbeidsgiver, forpliktet seg til å finne bedre løsninger for det lokale drøftingsinstituttet. Vi skal se på tillitsvalgtstrukturen opp mot den lokale styrings- og organisasjonsstrukturen. Vi ønsker også å lage egne rutiner for permisjonssøknader for tillitsvalgte etter Hovedavtalens § 3-5 og 3-6, for å lette arbeidet både for ledelsen og de tillitsvalgte, samt for å minske potensialet for konflikt i slike saker.

Dette blir en prosess på virksomhetsnivå, hvor virksomhetens ledelse og virksomhetens arbeidsplassstillitsvalgte blir de viktigste aktørene. HR og direktør for organisasjon og tannhelse vil bistå, og på ordinært vis kan de hovedtillitsvalgte for de fire fagforeningene bistå sine arbeidsplassstillitsvalgte. Det kan også bli aktuelt med egen hovedavtale-opplæring for de lokale partene.

Det finnes ikke en fiks ferdig fasit i Hovedavtalen for hvordan en medbestemmelsesstruktur skal organiseres, men prosessen med å finne bedre lokale løsninger skal være preget av tillit og gjensidig forståelse for partenes ulike roller, i tråd med Hovedavtalens formålsparagraf. Arbeidsgiver har også et håp om at samarbeidet i prosessen i seg selv, vil være med på å bidra til et bedre partssamarbeid på Tannhelse. Vi har konkrete mål for prosessen, men veien frem er også målet.



Arbeidet starter i høst, etter at omstillingsprosessen av tannhelsetjenesten er politisk vedtatt. Vedtakene politikerne fatter vil også påvirke partssamarbeidet på lenger sikt. Det er mer krevende å få et partssamarbeid til å fungere på en virksomhet med mange lokasjoner. Det er også mer krevende å bygge en felles kultur på en slik virksomhet. Det er muligens sant at struktur og kultur spiser strategi til frokost.

Tannhelsetjenestens arbeidsmiljøutvalg

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) til den offentlige tannhelsetjenesten i Agder startet et grundig arbeid med presisering av roller og reorganisering, i begynnelsen av 2024. Hensikten med dette var å se på hvordan tannhelse kunne utvikle og forbedre sitt utvalg, herunder hvordan man kunne presisere og tydeliggjøre et klart mandat og bidra til god rolleavklaring.

En del av behovet for dette arbeidet har utsprunget av at AMU i tannhelsetjenesten i lang tid har hatt oppe saker til orientering relatert til det høye sykefraværet. Utvalget har hatt fravær på dagsorden, men har utarbeidet få forslag eller anbefalinger til hvordan angripe problemet. Med bakgrunn i dette sammen med en tydelig forventning fra politikerne i administrasjonsutvalget høsten 2024, ble en rådgiver fra HR fast observatør i tannhelsetjenestens AMU.

Som et resultat av dette ble AMU reorganisert i første møte i 2025. Nye AMU består av tre verneombud, fra øst, midt og vest i tillegg til en ansattrepresentant. Arbeidsgiversiden ble ikke endret vesentlig og består av virksomhetsleder, assisterende virksomhetsleder og en avdelingsleder. Det er ulike personer fra arbeidstakersiden som sitter i informasjons- og drøftingsmøtet og i AMU. Dette ble anbefalt for at det skulle være lettere å skille hensikten til både AMU og informasjons- og drøftingsmøtet, men også forenkle forståelse av den enkeltes rolle i de ulike samarbeidsfora. På første møte i 2025 ble AMUs oppgave og hver enkelt rolle i utvalget tydelig gjennomgått og innarbeidet i gruppen. Det har videre blitt satt fokus på hvilke saker AMU behandler og hensikten med den enkelte sak. AMU tannhelse følger plan for årshjul som øvrige virksomheter i Agder fylkeskommune og skal utarbeide sine fokusområder for videre arbeid i løpet av første kvartal 2025.

Internkontroll

Kommuner og fylkeskommuner skal ha internkontroll for å sikre at lover og forskrifter følges (jamfør kommunelovens § 25 og internkontrollforskriften). Denne kontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Tannhelsetjenesten har ikke hatt rutiner for systematisk internkontroll.

Håndbok for internkontroll er under utarbeidelse. Den forventes ferdigstilt i mai/juni, og iverksatt i tannhelsetjenesten i løpet av kommende høst. Internkontrollhåndboken vil inneholde følgende hovedkapitler:

- Tannhelsetjenestens hovedoppgaver, mål og organisering
- Agder fylkeskommunes etiske retningslinjer
- Oppfølging av internkontroll i Tannhelsetjenesten
- Analyse for hvor og hvordan avvik kan oppstå
- Kontrolltiltak for å avdekke avvik
- Tiltak for håndtering av avvik



Det vurderes endringer i mulighetene for undersøkelser og behandlinger kollegaer imellom, samt undersøkelser og behandlinger av ansattes nære relasjoner. I forbindelse med etableringen av internkontrollhåndbok, ble det for kontrollutvalget 12.02 foreslått oppdatering, med følgende tekst: «*Ansatte i tannhelsetjenesten i Agder med brukertilgang og tjenstlig behov til vårt journalsystem, har tilgang til dataene. Tjenstlig behov ligger i selve behandlingen av pasientene og kontroll over utførte behandlinger i henhold til lovverket (kommunelovens § 25-1, tannhelsetjenesteloven, helsepersonelloven, pasientjournalloven, pasient- og brukerrettighetsloven). I tillegg vil data kunne deles etter avtale med pasienten, eller ved at det foreligger et lovgrunnlag som pålegger oss å gi ut informasjon. All behandling av personopplysninger som vi foretar skjer innenfor EU/EØS-området*».

Deler av tannhelsetjenestens virksomhet innehar elementer av økonomi. I enkelte tilfeller skal pasienter betale for tjenestene og takster, fastsatt av fylkeskommunen avgjør hva den enkelte behandling koster. Noen behandlinger utløser refusjoner til pasienten fra Helfo. Håndtering av fakturering og refusjonskrav gjøres fra klinikken som utfører tjenestene det skal betales for. Mange av behandlingstakstene er lagt inn i pasientjournalsystemet. Et eget dokument med fullstendig takstliste, takstbeskrivelser, anvendelse av timetakst og andre nødvendige presiseringer foreligger ikke.

Digitalisering av tannhelsetjenesten

Den offentlige tannhelsetjenesten er ulikt organisert i 15 fylkeskommuner. Uavhengig av organisering, er tannhelsetjenesten avhengig av støtte og samarbeid med andre tjenester. Det gjelder både internt i fylkeskommunen og med det øvrige offentlige helsevesen. Samtlige fylkeskommuner benytter i dag Opus Dental som leverandør av elektronisk pasientjournal (epj). Denne løsningen har hatt tilnærmet monopol i mange år, hvilket har medført til lite satsing på utvikling og tilpassinger til tjenestens behov.

Høsten 2023 ble prosjekt "DigiDOT - munnen er en del av kroppen, i hvert fall digitalt" etablert. Prosjektets deltagere omfatter blant annet hele den offentlige tannhelsetjenesten i landet, i tillegg til Novari, KS og fagforeninger på nasjonalt nivå.

Prosjektet har gjennomført konseptfasen og anbefaler at alle fylkeskommunene fortsetter sammen og går mot en felles løsning og felles lagring av informasjon. Denne løsningen vil bidra til best måloppnåelse og flest gevinster, samt laveste kostnader og minst risiko. Neste fase handler om planlegging, gjennomføring og avslutning av prosjektet, gitt at fylkeskommunekollegiet beslutter at det skal videreføres.

For mer informasjon om arbeidet med digital tjenesteutvikling av tannhelsetjenesten, se DigiDOT, vedlegg 5.

Oversikt over hvordan pågående innsatsområder vurderes videre i delprosessen

Pågående innsatsområde	Hvordan videreføres i delprosess 3
Standardisering – arbeid for en enhetlig og samordnet tannhelsetjeneste i Agder	Innsatsområdet er en sentral komponent i arbeidet med å bygge én fylkeskommune som løfter landsdelen. Standardisering er avgjørende for å lykkes med flere av de



	andre innsatsområdene og et inkluderende omstillingsarbeid med godt partarbeid blir et suksesskriterium.
Ledelse i tannhelsetjenesten i Agder	Mestringsorientert lederskap er valgt som prioritert faktor fra 10-faktor medarbeiderundersøkelsen for hele Agder fylkeskommune. Det skal ansettes ny leder for virksomheten og riktig lederskap på alle nivåer vil være avgjørende i arbeidet med Et samspill med lederskap hos tillitsvalgte og vernetjenesten blir viktig for å lykkes.
Tannhelsetjenestens oppgaver og forebyggende tannpleierteam	Dette er et sentralt element for å levere på dagens og ny tannhelsestrategi om viktigheten av forebyggende og helhetlig innsats for hele befolkningen.
Attraktiv arbeidsgiver – beholde og rekruttere	Tannhelsetjenesten i Agder merker allerede at konkurransen om arbeidskraften tilspisser seg, både i konkurranse med de store kjedene og annen helse og omsorg. Tannhelsetjenesten må være attraktiv for å kunne levere gode tannhelsetjenester til befolkningen. I tillegg vil forsterket Forsvar påvirke konkurransen om arbeidskraften.
Kompetanseutvikling og sterke fagmiljø	Sterke fagmiljø er et vurderingskriterium for formålstjenlig klinikkstruktur og ny innsatsområder. Sterke fagmiljø er avgjørende for å håndtere endringen i pasientgruppene og det å være en attraktiv arbeidsgiver.
Sykefravær- og nærværarbeid	Sykefraværet er for høyt, og har vært stigende over for lang tid. Tiltakene for å snu trenden har ikke fungert. En sentral grunn til at den helhetlige omstilling og effektiviseringsprosessen er igangsatt er for å sikre tiltak som kan snu sykefraværtrenden. En formålstjenlig klinikkstruktur og nye innsatsområder blir en kritisk suksessfaktor.
Partssamarbeidet i Tannhelsetjenesten i Agder, på virksomhetsnivå	Det er ikke mulig å gjennomføre den helhetlige omstilling og effektiviseringsprosessen uten godt partsarbeid. Godt partsarbeid er også avgjørende for å levere på formålet om å «levere gode offentlige tannhelsetjenester til våre egder med effektiv ressursbruk innenfor stadig mindre økonomisk handlingsrom».
Tannhelsetjenestens arbeidsmiljøutvalg	Behovet for en god vernetjeneste er stort. Varslingssakene, avvikene, bekymringsrapportene til politisk ledelse og kontrollutvalget underbygget behovet. Behovet for en supplerende medarbeiderundersøkelse for å kartlegge arbeidsmiljøet i tannhelsetjenesten vil vurderes sammen med partene og Agder arbeidsmiljø IKS. En formålstjenlig tannklinikkstruktur vil være et viktig medvirkende element for å få til en god vernetjeneste.

Internkontroll	God internkontroll og kvalitetssystem, sammen med godt avviks- og forbedringssystem, er avgjørende for å kunne levere gode likeverdige tjenester til våre egder. Omstillingsarbeidet vil bidra til bedre kvalitetssystem og internkontroll.
Digitalisering av tannhelsetjenesten	En helt sentral komponent i delprosessen, se vedlegg 5.

6 Nullalternativet

Nullalternativet vil si dagens situasjon og forventet økonomisk utvikling i fravær av tiltak. Det inkluderer å vurdere minimumskostnadene for at det skal være et reelt alternativ, herunder nødvendige vedlikeholdskostnader. Nullalternativet skal representere en forsvarlig videreføring av dagens situasjon. Det skal utformes slik at forventet utvikling ivaretas og en tilfredsstillende funksjon opprettholdes. Nullalternativet brukes som sammenlikningsgrunnlag når virkningene av de alternative konseptene skal vurderes.

Nullalternativet vil vurderes opp mot å levere på foreslått tannhelsestrategi og vurderes opp mot formålet og vurderingskriteriene på samme måte som klinikkstruktur og nye innsatsområder.

Vurdering av effekten av nullalternativet



Pasientkvalitet og -sikkerhet

Tannhelsetjenesten leverer generelt gode og trygge tjenester. Tidligere gjennomførte brukerundersøkelser har høy score på brukertilfredshet.

Likevel mottar vi jevnlig klager. Det er kun et fåtall av klagesakene som går direkte på behandling som er blitt utført. De fleste klagen dreier seg om forventninger om behandlingsnivå. Når forventningsgapet mellom ønsket behandling, mulighet til å være på denne behandlingen og rettighetene til denne behandlingen avviker kan det medføre lavere pasienttilfredshet.

Pasientkvalitet og -sikkerhet skårer ned på oransje i vurderingen. Kort forklaring

- Vi leverer ikke likeverdige tjenester på Agder. Utilstrekkelig kompetanse, fagmiljø og utstyr på våre 28 tannklinikker gjør det ikke mulig å levere en likeverdig regional tjeneste over hele Agder.
- Omfanget av tannhelsetjenester fylkeskommunen er pålagt å levere har økt de siste årene, og forventes å øke fremover. Dette er delvis finansiert av økte rammeoverføringer, men det vil kreve tydelige prioriteringer i tilbudet som gis.



Samtidig må det jobbes målrettet med effektivisering av tjenesten dersom tannhelsetjenesten skal være bærekraftig i framtiden. Fylkeskommunens tannklinikker i Agder er ikke dimensjonert for å møte det økte behovet, verken med hensyn til areal, utstyr, bemanningssammensetning eller funksjonalitet. Nullalternativet, altså dagens situasjon og forventet utvikling vil ikke løse det økte behovet.

- Klinikkkstrukturen motvirker en helhetlig og samordnet tjeneste med god kontinuitet og høy produktivitet, i en tid med vesentlige endringer i pasientgruppen.
- Klinikker som ligger i nær relasjon til UiA, opplever nå et større press etter at tilbudet til unge voksne ble utvidet. Tannhelseloven sier at man skal få tannbehandling der man oppholder seg. Vår utfordring er at vi ikke vet hvor mange pasienter som tilhører gruppen unge voksne, da vi kun får oversikt over aktuelle pasienter som har meldt flytting til gjeldende kommune. Dagens klinikkkstruktur med fastlåst tilhørighet til klinikk relatert til bostedsadresse, gjør at noen tannklinikker ikke klarer å gi det tilbudet som er ønskelig til pasientene pga. manglende ressurser og kapasitet.
- Bemanningen i forhold til prioriterte pasienter er skjevfordelt mellom de ulike tannklinikkene. Små klinikker i utkantstrøk har i stor grad for mye bemanning i forhold til det prioriterte pasientgrunnlaget, for å unngå sårbarhet ved fravær.
- Små klinikker blir i tillegg sårbare hvis man står uten en av yrkesgruppene over lengre tid. Mangler det tannpleierressurser, må tannlegen utføre både tannpleierens oppgaver og nødvendig behandlinger. Dette vil på sikt føre til at klinikken ikke vil kunne ha den pasientgjennomstrømningen som er påkrevd for å holde oppsatte innkallingsintervall. Konsekvensen av slike kapasitetsbrudd er at pasientene får et dårligere tilbud med forsinket innkallingsintervall. Dette vil kunne føre til økt sykdomsbyrde hos pasientene, som igjen kan føre til at pasienten trenger en mer komplisert behandling, Mer komplisert behandling kan igjen føre til økte utgifter for tannhelsetjenesten, da det i mange tilfeller må kjøpes private spesialisttjenester.
- Tannklinikk med bare en tannlege, må holde stengt hvis tannhelsesekretæren ikke er borte, og det ikke kan skaffes vikar. Dette er både på grunn av tannhelsetjenestens policy at ingen skal jobbe alene på en liten klinikk. På en større klinikk vil pasientproduktiviteten bli null for tannhelsesekretæren om tannlegen er borte, og betraktelig redusert for tannlegen om tannhelsesekretæren er borte.
- Små klinikker som ikke er i daglig drift, er mer utsatt for opphopning av bakterier/vannbåren smitte i behandlingsunitene. Det er derfor behov for en særskilt daglige rutiner for gjennomskylling som tar tid. Bakteriene, i hovedsak legionella, er stort sett ikke farlig for en frisk person. For medisinsk kompromitterte pasienter kan smitte fra tannlegeutstyr bli fatalt.

Dagens organisering av tannhelsetjenesten motvirker arbeidet med riktig pasientkvalitet og -sikkerhet.

Pasientproduktivitet

Pasientproduktivitet er behandlingskostnadene per pasient som påvirkes av aktivitetsnivå, ressursinnsats og ressursutnyttelse.

SSBs analyser fra 2018 viser at «de siste årene har behandlingsutgiftene i den offentlige tannhelsetjenesten økt. Det er det blitt flere årsverk tannleger og tannpleiere, men det behandles i gjennomsnitt færre pasienter». Dette kan blant annet forklares med at man



innkaller barn med lite karies sjeldnere til rutineundersøkelser enn tidligere, noe som gjelder også for tannhelsetjenesten i Agder.

Det er mye tid hos behandlerne som går til andre ting enn klinisk tid med pasienten, som sykefravær (15,2 prosent for tannpleiere og 12,1 prosent for tannlege), *ikke-møtt* pasienter (7 prosent), lunsj og administrativt arbeid (13 prosent) og reisetid, oppstarts rutiner av mindre klinikker, interne møter, pasientrelatert arbeid som ikke er kliniske (ca. 20 prosent).

Det er i dag 134 behandlingsrom i våre 28 tannklinikker. 25 behandlingsrom står til enhver tid tomme på grunn av at klinikker er stengt, eller at ansatte arbeider på klinikker med redusert åpningstid, og behandlingsrommet på hovedklinikken er tomt.

Dersom pasientproduktiviteten ikke økes, vil man måtte øke kapasiteten gjennom flere ansatte og dertil behandlingsrom for å ta inn etterslepet og nye pasientgrupper. Økt produktivitet vil ha en umiddelbar effekt på vurderingskriteriet bærekraftig ressursbruk.

Dreining av ressursinnsatsen til risikopasienter vil forbedre ressursutnyttelsen. Det å gå fra dagens erfarings- og tidsbaserte pasientoppfølging til kunnskaps- og behovsdrivet pasientoppfølging ved bruk av data og styringsinformasjon bidra til dette.

Pasientproduktivitet skårer lavt vurderingen av nullalternativet. Kort forklaring

- De pågående innsatsområdene har hatt liten effekt på pasientproduktiviteten de siste årene. Utover DigiDOT-prosjektet er det lite som tilsier at dette vil endre seg ved nullalternativet.
- Det er lavere pasientproduktivitet på en liten klinikk med få behandlere, men den enkelte behandler kan være meget produktiv uavhengig av klinikkstørrelse.
- Det er en større sårbarhet på mindre klinikker, særlig for sykefravær og uforutsette hendelser.
- Små klinikker mangler utstyr og kompetanse til enkelte behandlinger, og pasienten må dermed innkalles på nytt på større klinikk. Dette medfører ineffektiv ressursbruk for behandlerne og pasientene.
- Ansatte som reiser til en tannklinikk som er åpen en til to dager i uken, eller mindre, vil reise og starte opp klinikken i arbeidstiden. Dette er ikke pasientproduktiv arbeidstid.
- Ved sykefravær hos en tannlege, vil tannhelsesekretærene på en liten klinikk ikke ha pasientproduktivt arbeid tilgjengelig.
- Ved sykefravær hos tannhelsesekretær på en liten klinikk vil pasientproduktivt til tannlegen reduseres betraktelig.

Dagens organisering av tannhelsetjenesten motvirker arbeidet med tilstrekkelig pasientproduktivitet.

Pasienttilfredshet

Tjenesten leverer i dag ikke likeverdig tjenester til innbyggerne på Agder, samtidig opplever innbyggerne gode tjenester og får i all hovedsak gode tilbakemeldinger fra pasientene.



Tannhelsetjenesten mottar likevel flere klager fra pasienter som mener at de ikke får det tilbudet om tannbehandling som de har krav på, på grunn av få ressurser på klinikken de tilhører. Manglende ressurser og lav pasientproduktivitet skaper lengre ventelister, og det går lengre tid enn ønsket mellom hver timeavtale, uten at det er kunnskaps- og behovsdrevne årsaker.

Kort reisevei oppleves nok som positivt for de fleste. Men i flere av klagenes som mottas, opplyses det at de har tilgjengelig bil, slik at de gjerne tar imot time på andre klinikker med bedre kapasitet, slik at de hurtigere kan få en timeavtale. Årsaken til lange ventelister kan skyldes stor belastning på gjeldende klinikk, og/eller manglende ressurser på grunn av vakante stillinger. Dette gjelder i hovedsak klinikker i utkantstrøkene hvor ansettelsesprosesser kan trekke ut i tid.

Noen pasienter opplever også at klinikker med dårlig universell tilpasning, er vanskelig tilgjengelig. Dagens rullestoler er større enn tidligere, og flere av de dårligste klinikkene har problemer med å få inn slike store stoler, da svingradius ikke tidligere er hensyntatt.

Godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljøer

De pågående innsatsområdene har hatt liten effekt på arbeidsmiljøet de siste årene, trenden har heller vært negativ på både sykefravær, 10-faktor medarbeiderundersøkelsene og avvikene på arbeidsmiljø.

Godt arbeidsmiljø

Arbeidsmiljø handler om hvordan arbeidet organiseres, planlegges og gjennomføres. Det inkluderer alle forhold på arbeidsplassen som påvirker arbeidstakernes helse, sikkerhet, og trivsel. Forebyggende arbeidsmiljøarbeid basert på kunnskap om hva som har effekt er en god investering, da det kan redusere sykefravær og forbedre virksomhetens resultater.

Arbeidsmiljøet kan deles inn i flere hovedområder: psykososialt-, organisatorisk-, fysisk- og kjemisk og biologisk arbeidsmiljø.

Psykososialt arbeidsmiljø omfatter de sosiale og psykologiske aspektene ved arbeidsplassen, som relasjoner mellom kollegaer, ledelse, arbeidsbelastning, og mulighet for personlig utvikling. En god arbeidskultur har positive effekter på helse, motivasjon, og produktivitet blant ansatte. I Agder fylkeskommune er det et felles ansvar for ledere og medarbeidere å praktisere organisasjonspolitikken og skape en kultur preget av tillit og åpenhet. Sykefraværstall og resultater fra 10-faktor medarbeiderundersøkelsen er indikatorer som kan si noe om status på det psykososiale arbeidsmiljø. Hvis dagens situasjon fortsetter, vil det vedvarende høye langtidsfraværet kunne føre til større negative konsekvenser for ansatte, pasienter, ressursutnyttelse og økonomi.

Organisatorisk arbeidsmiljø inkluderer hvordan arbeidet er strukturert og organisert, inkludert arbeidsoppgaver, ansvarsfordeling, og arbeidsprosesser. 10-faktor resultatene fra 2024 knyttet til faktorene uklare roller, autonomi og mestringsorientert ledelse kan si noe om hvordan struktur og organisering av arbeidet påvirker ansattes opplevelse av disse faktorene. Det er nødvendig med tiltak som påvirker disse områdene positivt, for å unngå



ineffektiv drift og misforståelser, unødvendig slitasje på ansatte og i verste fall påvirke kvaliteten på tjenesteleveransen og pasientens opplevelse av denne.

Fysisk arbeidsmiljø omfatter de fysiske forholdene på arbeidsplassen, som ergonomi, støy, lysforhold, og sikkerhet. God fysisk tilrettelegging kan bidra til å redusere risikoen for arbeidsrelaterte skader og sykdommer. Innen ergonomi har det blitt gjort et godt arbeid med informasjon og opplæring av ansatte på arbeidsstillinger og effekten av pauser og øvelser for å minske belastning fra statiske arbeidsstillinger. Midlertidig nedstenging av tannklinikker har vært nødvendig som følge av at lokalene ikke har hatt forsvarlig standard for å sikre det fysiske arbeidsmiljøet. Videreføres nullalternativet vil man måtte fortsette å bruke økonomiske og personellressurser på å slukke branner, heller enn å kunne drifte effektivt og være i forkant og drive forebygging i større grad enn det som er mulig i dag. Konsekvensene av et dårlig fysisk arbeidsmiljø er økt risiko for arbeidsrelaterte skader og sykdommer og redusert produktivitet, en økt risiko som man da må akseptere dersom man går for nullalternativet.

Kjemisk og biologisk arbeidsmiljø inkluderer eksponering for kjemiske stoffer, biologiske agenter, og andre miljøfaktorer som kan påvirke helsen. Forebyggende tiltak og riktig håndtering av farlige stoffer er viktige for å sikre et trygt arbeidsmiljø. Et eksempel på kjemisk eksponering er fyllingsmaterialer. Feilaktig håndtering av sprøytespisser og andre skjærende avfall kan utsette ansatte for biologiske agenter. Det har vært jevnlig innrapporteringer der ansatte, og da særlig tannhelsesekretærer, har blitt usatt for biologiske agenter, ved stikkskader i forbindelse med rengjøring av instrumenter etter endt pasientbehandling. Tannhelsetjenesten har i samarbeid med bedriftshelsetjenesten utarbeidet egne rutiner for hvordan den ansatte skal følges opp etter å ha blitt eksponert for biologiske agenter.

Uavhengig av endringer i organisasjonsstrukturen fremover vil det være avgjørende å bruke ressurser på å videreutvikle arbeidsmiljøet for å håndtere de negative konsekvensene av dagens situasjon. Lederne er sentrale i arbeidet med å skape en mestringskultur, sette strategi ut i handling gjennom sine medarbeidere og å gjennomføre gode ressursprioriteringer og valg av tjenester for å møte brukernes behov. Det kreves at lederne har et aktivt forhold til egen selvledelse, påvirkningsevne og mestringsutvikling.

Videreføring av nullalternativet vil kreve økt ressursbruk på medarbeider- og ledelsesutvikling. Bruk av ressurskrevende verktøy i form av medarbeiderundersøkelser, risikoanalyser og arbeidsmiljøundersøkelser må intensiveres og arbeidet må følges opp over tid. Tiltak for å redusere enkeltfravær og avbøtende tiltak, som oppdekking med vikarer eller utlån av ansatte, bør suppleres med flere ressurser.

Midlertidig stengte tannklinikker

Birkeland, Gjerstad og Bygland tannklinikk er nedstengt på grunn av uforsvarlige lokaler, grunnet det fysiske arbeidsmiljøet til våre ansatte, uforsvarlig pasientsikkerhet og uholdbare avvik på personvernet. En midlertidig nedstenging medfører lengre reisevei og noe usikkerhet hos pasienter, politikere og ansatte. På den andre siden får pasienter nå tilbud ved klinikker som har et bedre arbeidsmiljø, bedre pasientsikkerhet, bedret personvern, bedre tilrettelegging, mer stabil bemanning med åpningstider hele uken.



Klinikk	Avvik
Birkeland	Ventilasjon: Mangler kjøling og luftkvaliteten oppleves dårlig Universell utforming: Ett kontor mangler plass for rullestol og det andre har knapt plass. Har ikke pasientheis eller HC-toalett. Lokalenes tekniske stand: Herregarderobe ligger utenfor klinikkens lokaler, damegarderoben er svært liten og er et ombygget datarom. Det er lytt mellom flere rom. Dermed ivaretas ikke personvernet godt nok for pasientene, og det blir sjenerende støy fra kompressorrom og naborom
Bygland	Ventilasjon: Mangler kjøling og luftkvaliteten oppleves dårlig, oppvarming via panelovner Universell utforming: Trangt på behandlingsrommet, vanskelig for rullestolbrukere å komme bort til behandlingssolen. Ikke pasientheis. Klinikken har ikke toaletter, må benytte kommunehusets. Lokalenes tekniske stand: Støy fra kompressor, oppvaskmaskin, sterilisator og tannteknisk utstyr, fordi klinikken har en åpen løsning – delvis avdelt med lettvegger som ikke går helt opp til taket.
Gjerstad	Inneklima: Det trekkes fra samtlige vinduer. Bygget er dårlig isolert. Det blir svært kaldt vinterstid, og veldig varmt om sommeren. Universell utforming: Behandlingsrommene er trange for rullestolbrukere. På tannlegens kontor, er det ikke plass til rullestol ved siden av behandlingsstol. Mangler pasientheis Brannvern: Kun én rømningsvei (ut hovedinngang). Ergonomi: Tannpleierkontor har lite plass til å skrive journal, og arbeidsstasjon ved vinduet fungerer dårlig pga. trekk fra vinduer.

En midlertidig nedstenging medfører usikkerhet hos pasienter, politikere og ansatte.

Sterke fagmiljøer

Et sterkt fagmiljø kjennetegnes ved høy kompetanse og mulighet for faglig utvikling og samarbeid på tvers av ulike profesjoner. Et sterkt fagmiljø er avgjørende for rekruttering av nye ansatte og for å beholde ansatte. Mangler en eller flere profesjoner vil en klinikk vanskelig utvikle et godt profesjonsfaglig fagmiljø. Tendensene i arbeidsmarkedet tilsier at det vil bli vanskeligere å rekruttere autoriserte tannhelsesekretærer og tannpleiere i fremtiden. Tilgangen på tannleger er god, da det utdannes flere norske tannleger i utlandet, enn det utdannes i Norge.

Ved små klinikker vil det være vanskelig å opprettholde Agder fylkeskommunes filosofi som en lærende organisasjon. Nyutdannede ved små klinikker får i dag en begrenset eller i noen tilfeller fraværende tilgang til profesjonsfaglige sparringspartnere i det daglige. De er avhengig av møteplasser på tvers av klinikkene. Mangel på sparringspartnere kan skape



usikkerhet hos den enkelte behandler og risikoen for ulik behandling av lignende tilfeller blir større. Dette er både ressurskrevende og ineffektivt og er med på å fragmentere fagmiljøene og forringe arbeidsmiljøet.

Små klinikker er særlig sårbare hvis man står uten en av yrkesgruppene over lengre tid. Mangler det tannpleierressurser, må tannlegen utføre både tannpleierens oppgaver og nødvendige behandlinger. Tannhelsetjenesten har en policy som sier at ingen skal jobbe alene på en tannklinikk. En tannklinikk med bare én tannlege, må derfor holde stengt hvis tannhelsesekretæren er borte og det ikke kan skaffes vikar. Konsekvensen av slike kapasitetsbrudd er at pasientene får et dårligere tilbud med forsinket innkallingsintervall, som forlenger ventelistene.

Uten ytterligere tiltak vil mangel på kvalifiserte ansatte sammen med fragmenterte fagmiljø kunne påvirke kvaliteten i tjenesten negativt, og det vil være vanskelig å opprettholde et godt faglig og sosialt miljø. Manglende satsing på kompetanseutvikling vil kunne føre til redusert faglig kvalitet og mindre effektiv ressursutnyttelse.

For at nullalternativet skal være et reelt alternativ og sikre en forsvarlig videreføring av dagens situasjon, må det inkludere økt innsats og ressurser. Dette innebærer blant annet økte kostnader for felles kompetanseutvikling, fagmøter, webinarer, og tiltak for å sikre stabil bemanning og redusere turnover. Dagens organisering av tannhelsetjenesten vanskeliggjør av disse grunner videreutviklingen av sterke fagmiljøer.

Bærekraftig ressursbruk

Dette avsnittet er knyttet til de økonomiske forholdene rundt dagens klinikkstruktur. Det er ikke først og fremst økonomiske begrunnelser som bør legges til grunn for en ny struktur i tannhelsetjenesten. Det er hensynet til arbeidsmiljø og sykefravær, fagmiljø, ledelsesutfordringer og medarbeidernes mulighet til å god kvalitet og effektivitet i arbeidet sitt, som bør vektlegges.

Dagens situasjon i den offentlige tannhelsetjenesten, både struktur- og driftsmessig, er ikke bærekraftig. Helhetlig omstilling og effektivisering må til for å levere likeverdige og gode tannhelsetjenester til innbyggerne på Agder, innenfor stadig mindre økonomisk handlingsrom.

Alternativet til omstilling og effektivisering er omprioritering fra andre sektorer for å finansiere en videreføring av dagens struktur og organisering. En slik løsning vil kreve økt investerings- og driftsbudsjett.

I nullalternativet videreføres en ikke ønsket situasjon med å finansiere en ineffektiv offentlig tannhelsetjeneste med konkurranse med privat sektor om voksne betalende pasienter. Eksempelvis tannklinikkerne i Risør og Tvedestrand, som betjener tannklinikkerne i Vegårshei, Åmli og Gjerstad, må budsjettere med rundt fem millioner kroner i voksne betalende for å finansiere dagens organisering. Inntektene på fem millionene kroner må hentes fra et sunt privat tannhelsemarked.



Nødvendige oppgraderinger i null-alternativet

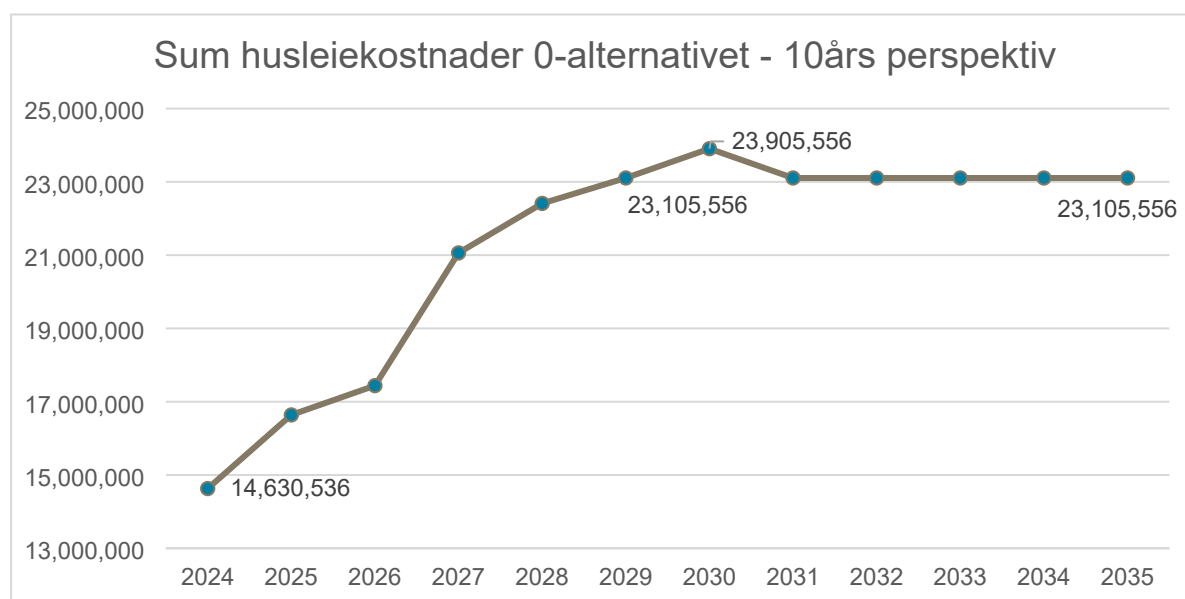
Nødvendige oppgraderinger og investeringer av klinikker, for en forsvarlig videreføring av dagens situasjon, er basert på vurderingene gjort nedenfor. Alle tall er i oppgitt i 2024 kroner.

Basert på dette vil nullalternativet innebære følgende:

- ni klinikker trenger oppdaterte eller nye lokaler de neste ett til fire årene
- fire klinikker vil trenge en engangs-investering for å oppfylle dagens krav
- tre klinikker er midlertidig stengt i dag og vil reetableres
- tre klinikker har nye eller oppdaterte lokaler (2024/25)
- åtte klinikker er per nå OK i et tiårs perspektiv
- én klinikk eier vi selv

Estimerte husleiekostnader per år er vist i graf under. Husleiekostnaden vil stige mest mot 2029 som følge av nye eller oppdaterte lokaler, og engangs-investeringene er lagt inn i 2030. Over de neste ti årene vil total økning i husleiekostnad være ca. 81,2 mill. kroner.

Nødvendige oppgraderinger ivaretar det å sikre en forsvarlig tannklinikkstruktur. Det ivaretar ikke det å sikre en tannklinikkstruktur som kan ta imot nye pasientgrupper og ivareta utviklingen i befolkningen og deres helsetilstand og behandlingsbehov.



I dette scenarioet er det lagt opp til at vi fortsetter å leie lokaler slik som i dag. Ved etablering av nye lokaler vil eie/leie bli vurdert i henhold til eiendomsstrategien, men ettersom dette vil være individuelle og omfattende vurderinger er det ikke i hensyntatt her.

Videre har vi 134 behandlingsstoler, hvorav seks er på stengte klinikker og dermed ikke tilgjengelige. I null-alternativet vil det også etableres åtte nye behandlingsstoler for å kunne ivareta det kommende pasientgrunnlaget, og det vil derfor i 2035 være 142 behandlingsstoler. I nullalternativet er det ikke lagt inn noe økning i pasientproduktivitet eller økt kapasitet gjennom økt åpningstid.

I nullalternativet er det lagt til grunn at alle behandlingsstoler skiftes ut i løpet av en tiårs periode, samt at øvrig dentalt teknisk utstyr skiftes ut ved etablering av nye eller oppdaterte klinikker. Denne investeringen er anslått til totalt 96,9 mill. kroner (2024-kroner). Utskiftning



av behandlingsstoler må ses på i et bærekraftperspektiv, og vurderinger rundt faktisk utskiftning baseres blant annet på dette.

Total økning i husleiekostnader og investeringer ved videreføring av dagens situasjon:

	Samlet husleieøkning 10-års perspektiv	Dentalteknisk investering 10-års perspektiv	Totalt
Nullalternativet	81,2 millioner kroner	96,9 millioner kroner	178,1 millioner kroner

I denne saken oppgir vi ikke leiekostnad per klinikk, av konkurransemessige grunner.

I dag står 25 behandlingsstoler ubrukt til enhver tid. Dette betyr i praksis at vi betaler for kapasitet som ikke brukes. I nullalternativet er det derfor sett nærmere på leiekostnad per faktisk brukte stol, hvor vi har justert for bruksgrad.

For eksempel vil en behandlingsstol på en klinikk som er åpen en dag i uken ha bruksgrad 0.2, mens en behandlingsstol på en klinikk som har åpent alle virkedager, ha bruksgrad 1.0.

I tabellen under har vi trukket frem et eksempel på klinikkområde med lav bruksgrad, samt et klinikkområde med full bruksgrad.

Klinikk	Antall pasienter 2025	Antall behandlings- stoler	Bruks- grad	Estimert husleie 2035	Leie- kostnad/ stol	Leiekostnad/ faktisk brukt stol
Område 11	6113	14	0.74	3 239 560	231 397	312 699
Område 10	12427	16	1.0	2 203 069	137 692	137 692

I område 11, som består av tannklinikkenes Gjerstad, Risør, Tvedestrand, Vegårshei og Åmli, er det tre klinikker som har åpent to ganger i uken, og to klinikker med full åpningstid. Dette gir et gjennomsnitt en bruksgrad på 0.74 på de 14 behandlingsstolene i dette område.

I område 10, som består av tannklinikkenes Maxis og Krøgenes, som er åpne fem dager i uken. Dette gir en bruksgrad på 1. Differansen mellom leiekostnad per stol og leiekostnad per faktisk brukte behandlingsstol viser kostnaden vi betaler per behandlingsstol for kapasiteten som ikke brukes.

Om man bygger videre bruksgraden med faktorer som påvirker pasientproduktiviteten negativt kan man forenklet se et slikt regnestykke:

Faktorer	Område 10	Område 11
Bruksgrad	0,74	1.0
Bruksgrad <i>etter sykefravær</i> hos behandlerne	0,60	0,85



(gjennomsnitt område)		
Bruksgrad etter sykefravær og ikke møtt pasienter (gjennomsnitt DOT)	0,53	0,78
Bruksgrad etter sykefravær, ikke møtt pasienter og administrativt arbeid (gjennomsnitt DOT)	0,40	0,65

I tillegg kommer reisetid, oppstartsrutiner av mindre klinikker, interne møter, pasientrelatert arbeid som ikke er kliniske på ca. 20 prosent i gjennomsnitt i hele tannhelsetjenesten i Agder.

Fra et økonomisk synspunkt, vil dagens organisering av tannhelsetjenesten motvirke formålet om en ressurseffektiv tannhelsetjeneste og muligheten til å levere gode tjenester. Spesielt gjelder dette på lengre sikt, da en mer effektiv struktur vil medføre betydelige gevinster. Men også i et kortsiktig perspektiv vil det være positivt med endring av strukturen, spesielt siden vi nå står overfor en situasjon med stadig mindre økonomisk handlingsrom. Da en videreføring av dagens situasjon vil kreve betydelige kostnadsøkninger for å opprettholde påkrevet standard på lokaliteter og utstyr, vil en slik beslutning måtte føre til omprioritering av midler fra andre områder i fylkeskommunen.

KOSTRA

Utviklingen i netto driftsutgifter pr. innbygger for perioden 2018 til 2024 fra KOSTRA er som følger.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Agder*	550	557	517	555	562	661	648
Landet uten Oslo	521	533	532	553	580	666	700
Østfold**	394	416	435	414	428	462	430

* Aust- Agder 40 %, Vest- Agder 60 %

** Viken 2020- 2023

Før sammenslåingen har Agder utgifter over gjennomsnittet av fylkeskommunene uten Oslo. Etter sammenslåingen har utgiftene fulgt landsgjennomsnittet, og for 2024 reduseres de til under landsgjennomsnittet.

Østfold fylkeskommune har gjennomført en omstilling av tannhelsetjenesten sin. Dette fremkommer tydelig i utviklingen fra 2018 og fremover. Mens Østfold hadde 75 prosent av utgiftene til gjennomsnittet av fylkeskommunene uten Oslo i 2018 har de kun 60 prosent av utgiftene i 2024.



Reisevei

Dagens organisering skårer godt på distrikt. Med unntak av Hægebostad kommune og Åseral kommune har alle kommunene på Agder tannklinikk tilgjengelig i sin kommune. Av 28 tannklinikker har ni av klinikkene redusert åpningstid.

Tabellen nedenfor viser reisetid i minutter i nullalternativet.

Reisetid minutter	Dagens 28 tannklinikker
0 til 15	91,80 %
15 til 30	7,00 %
30 til 45	1,10 %
45 til 60	0,10 %
over 60	0,00 %
Sum totalt	100,00 %



7 Nasjonale rammer

Det er en rekke lover, forskrifter og stortingsmeldinger som gir føringer for tannhelsetjenesten, blant annet:

- [Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\)](#)
- [Lov om tannhelsetjenesten \(tannhelsetjenesteloven\)](#)
- [Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten](#)
- [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\)](#)
- [Lov om barnevern \(barnevernsloven\)](#)
- [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\)](#)
- [Lov om medisinsk utstyr](#)
- [Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr](#)
- [Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter \(Internkontrollforskriften\)](#)
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
- [Forskrift om strålevern og bruk av stråling \(strålevernforskriften\)](#)
- [Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.](#)
- [Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne \(diskriminerings- og tilgjengelighetsloven\)](#)
- [Lov om vern mot smittsomme sykdommer \[smittevernloven\]](#)
- [St.meld. nr. 35 \(2006-2007\) - Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester](#)
- [NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste](#) – Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar
- [NOU 2018: 16 Det viktigste først.](#) Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester
- [God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år](#)



AGDER
fylkeskommune

Agder fylkeskommune

Postboks 788, Stoa
NO-4809 Arendal

Besøksadresse Kristiansand:
Tordenskjolds gate 25

Org.nr.: 921 707 134
Bank: 3207.28.74993

Besøksadresse Arendal:
Ragnvald Blakstads vei 1

www.agderfk.no

