



## Helse- og omsorgsdepartementet

### Evaluering av regionale odontologiske kompetansesentre

PwC rapport  
2023



## Forord

PriceWaterhouseCoopers AS (PwC) har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført en evaluering av regionale odontologiske kompetansesentre i Norge. Det overordnede målet med evalueringen har vært å få kunnskap om i hvilken grad kompetansesentrene har fungert i henhold til intensjonen.

Våre vurderinger bygger på informasjon gjennom dokumentstudier, datamateriale, intervjuer, samt en spørreundersøkelse. PwC har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi innestår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis.

Prosjektet ble gjennomført fra mars til oktober 2023. Arbeidet er gjennomført av Helge Dønnum, Karsten Rieck og Monica Hanssen fra PwC med bistand fra Kristin Kolltveit og Hilde Nordgarden. Helge Dønnum har vært prosjektleder. Kontaktperson i Helse- og omsorgsdepartementet har vært Siv Svardal.

Vi takker for et spennende oppdrag og god kommunikasjon med Helse- og omsorgsdepartementet underveis i prosjektet.

Oslo, 2. oktober 2023

PricewaterhouseCoopers AS



Roger Mortensen

Partner

roger.mortensen@pwc.com

T: +47 952 60 699

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	<b>2</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b>	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>4</b>
<b>1. Introduksjon</b>	<b>9</b>
<b>2. Om evalueringen</b>	<b>10</b>
2.1 Gjennomføring	10
2.2 Evalueringsdesign	11
<b>3. Beskrivelse av tannhelsetjenestens kompetansesentre</b>	<b>20</b>
3.1 Bakgrunn for etablering av kompetansesentre	20
3.2 Kompetansesentrenes hovedoppgaver	23
3.3 Organisering og utvikling	27
<b>4. Observasjoner</b>	<b>32</b>
4.1 Behandlingstilbudet	32
4.2 Fagstøtte og etterutdanning	52
4.3 Forskning og kunnskapsutvikling	58
4.4 Deltakelse i spesialistutdanningen	72
4.5 Økonomiske og administrative forhold	79
4.6 Overordnet	89
<b>5. Vurderinger</b>	<b>93</b>
5.1 Behandlingstilbudet	93
5.2 Fagstøtte og etterutdanning	105
5.3 Forskning og kunnskapsutvikling	109
5.4 Deltakelse i spesialistutdanningen	113
5.5 Økonomiske og administrative forhold	117
5.6 Overordnet	124
<b>6. Oppsummering av vurderinger og anbefalinger</b>	<b>137</b>
<b>Referanser</b>	<b>142</b>
<b>Vedlegg A - Spørsmål fra Helse- og omsorgsdepartementet</b>	<b>145</b>
<b>Vedlegg B - Spørreundersøkelse</b>	<b>147</b>
<b>Vedlegg C - Referansegruppe</b>	<b>153</b>
<b>Vedlegg D - Intervjuobjekter</b>	<b>154</b>

# Sammendrag

## Introduksjon

De regionale odontologiske kompetansesentrene har vært en betydelig satsing innenfor den offentlige tannhelsetjenesten siden årtusenskiftet. På bakgrunn av en utredning som ble gjennomført av Statens helsetilsyn i 2000, ble det vurdert at regionale odontologiske kompetansesentre kunne bidra til å heve kompetansen i tannhelsetjenesten i regionen og sikre bedre geografisk spredning av spesialisttjenester. I 2008 ble det vedtatt at staten skulle bidra med tilskudd til etablering av regionale odontologiske kompetansesentre i alle helseregioner i Norge, med utgangspunkt i formålsbeskrivelsen som ble lagt frem i St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester*.

I dag er det fem kompetansesentre i Norge, TkNN, TkMidt, TkVestland, TkRogaland og TkØ, med fire hovedoppgaver: Spesialistbehandlingstilbud, fagstøtte og etterutdanning, forskning og kunnskapsutvikling og deltakelse i spesialistutdanningen av tannleger. Det overordnede målet med kompetansesentrene å bidra til oppbygging av regionale kompetansemiljøer som er drivkraft for fagutvikling i tannhelsetjenesten og som driver forskning og kunnskapsutvikling i samsvar med strategien *Sammen om kunnskapsløft for oral helse* (2017–2027).

I juni 2021 fattet Stortinget et vedtak (nr. 1164) om at kompetansesentrene skulle evalueres. Formålet med evalueringen er å få kunnskap om i hvilken grad tannhelsetjenestens kompetansesentre har fungert i henhold til intensjonen om å være kompetansesenter for tannhelsetjenestene, både de offentlige og de private i sin region. Helse- og omsorgsdepartementet har beskrevet flere problemstillinger og forhold som de ønsker å få belyst i evalueringen av kompetansesentrene.

## Tilnærming

På grunnlag av de definerte målene og oppgavene til kompetansesentrene, samt problemstillingene som løftes frem av departementet, har vi utarbeidet 15 evalueringskriterier. Evalueringskriteriene utgjør det normative grunnlaget for å vurdere måloppnåelsen til kompetansesentrene. For å sikre en bred informasjonsinnhenting og et godt grunnlag for analysene har vi benyttet flere metoder i evalueringen. I kartleggingen har vi gjennomført dokumentstudier og innhentet datamateriale. I tillegg har vi gjennomført intervjuer med et bredt spekter av relevante aktører innenfor tannhelsefeltet og gjennomført en spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse.

## Oppsummering av vurderinger

Vår overordnede vurdering er at de regionale odontologiske kompetansesentrene har bidratt til at befolkningen til en viss grad har fått bedre tilgang til odontologiske spesialisttjenester. I tillegg har kompetansesentrene bidratt til å heve kompetansen i tannhelsetjenesten gjennom fagstøtte, rådgivning, veiledning, etterutdanning, forskning og øvrig kunnskapsutvikling. Fra kartleggingen vår vil vi særlig fremheve følgende:

- Kompetansesentrene har, om enn i noe varierende grad, bygd opp en tverrfaglig spesialisttannhelsetjeneste som styrker fylkeskommunenes spesialisttannhelsetilbud
- Kompetansesentrene tilbyr fagstøtte, rådgivning, veiledning, hospitering og etterutdanning
- Kompetansesentrene har bygd opp forskningsavdelinger og utviklet et flerfaglig samarbeid med relevante fagmiljøer
- Kompetansesentrene har vokst over tid og antall henvisninger har økt, større kurstilbud, økt forskningsaktivitet m.m.
- Kompetansesentrene har et aktivt samarbeid med institusjoner i helse- og omsorgstjenesten i behandling av pasienter

Samtidig er det forhold som har bidratt til at kompetansesentrene ikke har fungert etter intensjonen:

- Kompetansesentrene har, med enkelte unntak, konsentrert hovedvirksomheten fysisk. Det har muliggjort et større fagmiljø med et tverrfaglig spesialisttilbud og positive synergieffekter. Samtidig har det gitt lang reisevei for pasienter i rurale områder hvor dekningen av private tannlegespesialister er lavest, og kartleggingen har vist at lang reisevei er en sentral barriere for å henvise pasienter til sentrene. Den fysiske konsentrasjonen av virksomheten har således vært et hinder for å bedre tilgangen til spesialisttannhelsetjenester for befolkningen.
- En del av motivasjonen bak etableringen av kompetansesentrene var at desentralisert videreutdanning av tannleger skulle bidra til spredning av tannlegespesialister utenfor de største byene. Svært få kandidater har gjennomført desentralisert klinisk praksis på kompetansesentrene som en del av spesialistutdanningen. Samarbeidet mellom universitetene og kompetansesentrene om spesialistutdanningen påvirkes av flere forhold, og er særlig preget av prinsipielle uenigheter rundt kompetansesentrenes rolle i spesialistutdanningen.
- Intensjonen var at kompetansesentrene skulle være et senter for *hele* tannhelsetjenesten. I dag fremstår kompetansesentrene i hovedsak som sentre for den offentlige tannhelsetjenesten, særlig fagstøtten og etterutdanningstilbudet, og ikke for hele tannhelsetjenesten.
- Den regionale funksjonen til kompetansesentrene er i stor grad knyttet til fylkeskommunene sentrene tilhører og ikke til regionene i stort. Det regionale perspektivet var en viktig del av intensjonen bak opprettelsen av kompetansesentrene, og det er kun TkØ som reelt betjener en større region i dag.

Statens helsetilsyn utredet behovet for regionale odontologiske kompetansesentre i 2000 og beredte grunnlaget for etableringen av sentrene. I oppfølgingen av St.meld. nr. 35 (2006-2007) savner vi imidlertid et tydeligere strategisk mål bilde for utviklingen av og omfanget på virksomheten til sentrene og en tydeligere arbeidsdeling mellom aktørene på tannhelsefeltet. Herunder hvilke tannbehandlingsbehov i befolkningen sentrene skal dekke utover pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, hvor omfattende kursvirksomhet og fagstøttetjenester, hvor stor forskningsproduksjon og hvor stort bidrag i den kliniske delen av spesialistutdanningen sett opp mot andre aktører. Omfanget på virksomheten har også stor betydning for finansiering av kompetansesentrene. Overføringen av offentlige midler har økt betydelig siden sentrene ble etablert, men det samlede finansieringsbehovet fremstår fremdeles som uklart.

Kompetansesentrene ble etablert på ulike tidspunkt og det er variasjon i hvor godt sentrene har ivaretatt oppgavene de har blitt tildelt. På tvers av kompetansesentrene har vi identifisert flere barrierer som har

hindret utviklingen av sentrene. Sentrale faktorer er rekrutteringsutfordringer av tannhelsepersonell og forskere innenfor klinisk odontologi og sårbarheter i bemanningen, til dels lange ventetider på spesialistklinikken, begrenset økonomisk handlingsrom og uforutsigbar statlig finansiering. Kompetansesentrene har ulik tilknytningsform til fylkeskommunene som gir ulike fordeler og ulemper, men hvor ingen av tilknytningsformene peker seg vesentlig bedre ut enn andre.

En sentral del av virksomheten til kompetansesentrene er forskning og kunnskapsutvikling. Det har vært betydelig variasjon i forskningsaktivitet mellom kompetansesentrene, og forskningsavdelingene er preget av utfordringer med å rekruttere forskere innenfor klinisk odontologi. Kompetansesentrenes rolle som pådriver for praksisnær forskning fremstår som særlig viktig, spesielt når det fortsatt er stort behov for kunnskap i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Samtidig er det risiko for at forskningskompetansen innenfor odontologi spres utover for mange aktører slik at det blir vanskelig å skape fagmiljøer som er tilstrekkelig robuste. Vår vurdering er at forskningsmandatet til kompetansesentrene burde vært tydeligere og mer målrettet for å legge til rette for utviklingen av mer spissede fagprofiler og en tydeligere arbeidsdeling mellom kompetansesentrene og andre forskningsaktører, særlig universitetene.

Kompetansesentrene har over tid utviklet seg til store organisatoriske enheter i tannhelsetjenesten. De har således blitt en del av en større diskusjon om hvordan tannhelsetjenesten skal være organisert, finansiert og hvordan lovverket skal utformes. Deler av kritikken mot kompetansesentrene som har fremkommet i evalueringen, handler ikke primært om den enkelte kompetansesenterets virksomhet, men hvordan kompetansesentrene samlet sett passer inn i organiseringen av tannhelsetjenesten og innenfor et utdannings- og forskningssystem med veletablerte aktører i universitets- og høyskolesektoren. Vi er svært positive til at det har blitt nedsatt et tannhelseutvalg som har som mandat å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket, inkludert regulering og rettigheter. Kompetansesentrene bør være en sentral del av utvalgets vurderinger.

## Anbefalinger

Kompetansesentrene utgjør i dag en sentral del av den offentlige tannhelsetjenesten, som de også burde gjøre i fremtiden. Vi stiller imidlertid spørsmål ved bredden i oppgavesammensetningen og etterspør større synlighet av gevinster.

- Når det gjelder *forskning*, stiller vi spørsmål ved om det er hensiktsmessig å legge opp til større spredning av forskningskompetanse i et relativt lite fagmiljø. Det bør gjøres en vurdering av om hvert kompetansesenter skal drive med forskning og om forskningsmandatet til sentrene bør spisses. For å oppnå større faglige synergier bør muligheter for samordning på tvers av kompetansesentrene, og samarbeid mellom sentrene og andre forskningsmiljøer, konkretiseres i en felles forskningsstrategi for kompetansesentrene.
- *Desentralisert klinisk praksis* på kompetansesentrene som en del av spesialistutdanningen, har hittil ikke fungert godt. Dersom utviklingen fortsetter slik, er det grunn til å stille spørsmål ved om alle kompetansesentrene skal delta i spesialistutdanningen og om det bør begrenses til enkelte fagdisipliner. Dette bør vurderes opp mot andre virkemidler som kan bidra til bedre geografisk spredning av tannlegespesialister.
- Når det gjelder *spesialistbehandlingstilbudet*, må myndighetene vurdere hvor mye av behovet for spesialiserte tannhelsetjenester i befolkningen kompetansesentrene skal dekke. Personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven bør fortsatt stå sentralt, mens i den voksne befolkningen

mener vi det er særlig tre sentrale behandlingsgrupper som sentrene bør behandle; personer i områder med lav spesialistdekning i det private markedet, komplekse kasuser og sårbare grupper. Dette kan kreve endringer i tannhelsetjenesteloven og bør således vurderes av tannhelseutvalget.

- Når det gjelder *fagstøtte og rådgivning*, er det en viktig oppgave overfor tannhelsetjenesten og et riktig supplement til spesialisttannhelsetjenesten ved sentrene. Kompetansesentrene må imidlertid sørge for at tilbudet når ut til hele tannhelsetjenesten.

Vi anbefaler at det utvikles et strategisk målbilde for kompetansesentrene. Målbildet bør tydeliggjøre omfanget på virksomheten og sette klare mål for hva sentrene skal oppnå sett opp mot behovene i tannhelsetjenesten. Dette er også viktig for å vurdere omfanget på finansieringen fremover. Det bør åpnes for at kompetansesentrene kan ha ulike faglige profiler og ansvar for ulike fagområder hvor de bygger opp særskilt kompetanse. Om kompetansesentrene skal ha en tydeligere regional funksjon bør vurderes i en større kontekst med hensyn til organiseringen av tannhelsetjenesten og tilgjengeligheten til spesialisttannhelsetjenester i hele landet.

Vi ser rom for både mindre og større forbedringer for å bidra til å videreutvikle kompetansesentrene og tjenestetilbudet ytterligere:

- For å sikre befolkningen bedre tilgang til spesialisttannhelsetjenester mener vi at kompetansesentrene bør ha en mer spredt fysisk tilstedeværelse i regionene, samtidig som sentrene bevarer tilhørigheten til et fagmiljø i større organisatoriske enheter. Dette er en krevende balansegang og den beste løsningen kan være forskjellig fra region til region. TkRogaland har allerede opprettet en spesialistklinikk i Haugesund, TkNN har en avdeling på Finnsnes og TkVestland har en avdeling i Stryn. TkVestland planlegger også å opprette en filial i Førde. I tillegg er vi inneforstått med at andre kompetansesentre gjør tilsvarende vurderinger rundt behovet for å spre spesialistvirksomheten i fylkeskommunene.
- Vi anbefaler at det utarbeides en felles forskningsstrategi for kompetansesentrene slik det opprinnelig ble foreslått i Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi. En felles forskningsstrategi bør legge til rette for en mer målrettet og samordnet innsats på tvers av kompetansesentrene. Det bør også legges vekt på sammenhengen mellom kompetansesentrene og andre aktører på tannhelsefeltet, slik at aktørene i større grad utfyller hverandre og samarbeider for å nå kunnskapsmålene for sektoren. Vi anbefaler videre at det gjennomføres en ny kartlegging og analyse av odontologisk forskning i Norge, ettersom det er nesten ti år siden det sist ble utført en slik analyse. Det kan danne en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for et strategiarbeid.
- Mangel på data fører til lite transparens om innsats og resultater i tannhelsetjenesten. Det er behov for mer data innenfor flere områder som omfatter og berører kompetansesentrenes virksomhet og som kan bidra til å oppfylle myndighetenes styringsbehov. Vi anbefaler at Helsedirektoratet i større grad enn i dag analyserer og formidler datamateriale fra årsrapportene til sentrene for å kunne vurdere måloppnåelse på tvers av sentrene og identifisere forbedrings- og utviklingsområder. Videre er det generell mangel på data innenfor tannhelsefeltet, herunder det

underliggende behovet for spesialisthelsetjenester i befolkningen, omfanget av spesialist-tannleger i privat sektor, etterspørselen etter offentlig vs private tjenester i befolkningen m.m.

- Det later til at det er mulig å hente ut større synergieffekter innad på kompetansesentrene. Det gjelder særlig mellom spesialistklinikken og forskningsavdelingen. Økt samarbeid kan blant annet bidra til å identifisere relevante kliniske problemstillinger og utvikle nye forskningsprosjekter. Vårt inntrykk er at det ikke er tilstrekkelig å samle spesialistklinikken og forskningsavdelingen fysisk på samme sted, men at det er nødvendig med aktive handlinger for å styrke kunnskapsoverføring og skape arenaer for innovasjon og utvikling.
- Kompetansesentrene bør bidra til å styrke det kvantitative og kvalitative kunnskapsgrunnlaget for å synliggjøre merverdien av egeninnsats i større grad. Det gjelder innenfor flere områder, blant annet det tverrfaglige arbeidet som utføres, innsatsen innenfor praksisnær forskning, forskningsresultater som anvendes i tjenesten, synergieffekter, pasientgrunnlaget og ressursinnsatsen som kreves ved behandling av ulike pasientgrupper.
- Kompetansesentrene bør loggføre henvendelser og estimere arbeidsmengden knyttet til alle former for fagstøtte og etterutdanning, og synliggjøre statistikken gjennom årsrapportene e.l. Ved å få et tydeligere bilde av ressursituasjonen vil sentrene også ha et bedre grunnlag til å vurdere om det er behov for å øke kapasiteten for å dekke eventuelle udekket etterspørsel, og således også om det foreligger et behov for å øke finansieringen av tjenestene. I tillegg er det behov for bedre innsikt og analyser av behovet i befolkningen for å bedre innrette tilbudet.
- Kompetansesentrene er ulikt organisert og har ulik tilknytning til eierfylkeskommunene. Det medfører at det er utfordrende å fremstille inntekter og utgifter på tvers av sentrene på en helhetlig måte. Vi mener at Helsedirektoratet og kompetansesentrene bør videreutvikle rapporteringen med formål om økt sammenlignbarhet mellom sentrene og at regnskapstallene bør synliggjøres i årsrapporteringer og -meldinger. Dette vil gi økt åpenhet og transparens i bruken av offentlige midler.
- Det er et stort forbedringspotensial når det gjelder formidling av tjenestetilbudet til tannhelsepersonell i tjenesten. Det gjelder særlig fagstøtte og kursvirksomheten på sentrene. I tillegg ser vi et forbedringspotensial med hensyn til kompetansesentrenes formidling av forskningsresultater til tjenesten. Det etterspørres mer synlighet i tjenesten.
- Det er et potensial for økt samarbeid og samordning på tvers av sentrene. Innenfor spesialistbehandling kan kompetansesentrene blant annet etablere tverregionale arenaer for kompetanseheving gjennom deling av prosedyrer, fagutvikling (for eksempel bruk av teknologi), kasusmøter m.m. Innenfor fagstøtte og etterutdanning kan sentrene blant annet samarbeide i utarbeidelsen og gjennomføringen av kursvirksomheten.



## 1. Introduksjon

Etter et Stortingsvedtak i 1998 gjennomførte Statens helsetilsyn en utredning av regionale odontologiske kompetansesentre, blant annet på bakgrunn av mangelfull tilgang på spesialiserte tannhelsetjenester i deler av landet. Det ble vurdert at regionale kompetansesentre kunne bidra til å heve kompetansen i tannhelsetjenesten i regionen og sikre bedre geografisk spredning av spesialisttjenester.

Staten har bevilget tilskudd til oppbygging av et regionalt odontologisk kompetansesenter i Nord-Norge siden 2002, og på bakgrunn av St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester* ble det vedtatt å etablere regionale odontologiske kompetansesentre i alle helseregioner i Norge. I dag er det fem kompetansesentre i Norge, TkNN, TkMidt, TkVestland, TkRogaland og TkØ, som er organisatorisk tilknyttet fylkeskommunene som har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten.

Ifølge Helsedirektoratets beskrivelse av tilskuddsordningen for regionale odontologiske kompetansesentre, er det overordnede målet med kompetansesentrene å bidra til oppbygging av regionale kompetansemiljøer som er drivkraft for fagutvikling i tannhelsetjenesten, og som driver forskning og kunnskapsutvikling i samsvar med strategien *Sammen om kunnskapsløft for oral helse* (2017–2027). Kompetansesentrene driver klinikker for spesialistbehandling og tilbyr fagstøtte og etterutdanning til tannhelsetjenesten, i tillegg til å drive med forskning og delta i den kliniske delen av spesialistutdanningen for tannleger. Kompetansesentrene skal fungere som ressurser for tannhelsetjenesten og bidra til å bygge opp regionale kompetansemiljøer.

I juni 2021 fattet Stortinget et vedtak (nr. 1164) om at kompetansesentrene skal evalueres:

*«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av de regionale odontologiske kompetansesentrene. Evalueringen må blant annet vurdere hvorvidt man har nådd målet om at sentrene skal bidra til en desentralisering av spesialisert kompetanse på tannhelsefeltet, om innretningen av dagens statlige tilskuddsordning er riktig, og hvorvidt bruken av disse statlige tilskuddsmidlene bør endres, for bedre å kunne bidra til at man sikrer pasienter tilgang på god spesialisert tannhelsebehandling i hele landet. Resultatet av evalueringen og forslag til tiltak legges fram for Stortinget.»*

Formålet med denne evalueringen er å få kunnskap om i hvilken grad tannhelsetjenestens kompetansesentre har fungert i henhold til intensjonen om å være kompetansesenter for tannhelsetjenestene, både de offentlige og de private i sin region. Evalueringen innebærer å vurdere oppgavene som kompetansesentrene mottar tilskudd for, samt hvorvidt sentrene bidrar til en styrking av spesialisert kompetanse innenfor tannhelsefeltet i fylkeskommunene, og til at personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og andre som mottar fylkeskommunale tjenester basert på Stortingets budsjettvedtak mottar spesialisttannhelsetjenester. Dette for å bedre kunne bidra til at man sikrer pasienter tilgang på god spesialisert tannhelsebehandling i hele landet.

## 2. Om evalueringen

### 2.1 Gjennomføring

Evalueringen er gjennomført i fem faser:



Figur 2.1 Evalueringens fem faser

I **etableringsfasen** var målet å sikre at PwC og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fikk en felles forståelse av hva evalueringen skulle levere og hvordan arbeidet skulle gjennomføres. Det ble gjennomført et oppstartsmøte med HOD og i samarbeid ble det utarbeidet et prosjektmandat med avgrensninger av evalueringsområdet, organisering av prosjektet, fremdriftsplan og planlagt kommunikasjon mellom PwC og HOD. I tillegg ble det etablert en referansegruppe med sentrale ressurser som bistod PwC i arbeidet med å utarbeide et godt sluttprodukt i tråd med mandatet for evalueringen. Referansegruppen ga faglige innspill og råd til PwC underveis i evalueringen, men la ikke føringer for evalueringens analyser, vurderinger og anbefalinger. Referansegruppen var uavhengig av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Helsedirektoratet var representert med to observatører.

Etter at prosjektet og referansegruppen er etablert, startet fase 2 med **utviklingen av evalueringsdesign**. Evalueringsdesignet tok utgangspunkt i metodikk som følger en prosess med utarbeidelse av avklaring av formål, ambisjonsnivå og avgrensninger samt detaljert beskrivelse av problemstillinger og utarbeidelse av evalueringskriterier. I tillegg innebar arbeidet en detaljering og planlegging av de ulike metodene for innsamling av informasjon til evalueringen, herunder dokumentstudier, datamateriale, intervjuer og spørreundersøkelse. Det endelige evalueringsdesignet ble diskutert sammen med både referansegruppen og HOD. Evalueringsdesignet er nærmere beskrevet i kapittel 2.2.

**Kartleggingen** av kompetansesentrene ble gjennomført gjennom en kombinasjon av ulike metodiske tilnærminger, herunder innhenting av statistikk, rapporter og andre dokumenter, gjennomføring av intervjuer med en rekke aktører i tilknytning til kompetansesentrene og gjennomføring av spørreundersøkelse blant ledere ved kompetansesentrene, fylkeskommunene, universitetene, samt offentlige og private tannklinikker. Hensikten med fasen var å gi evalueringsteamet et bredt informasjonsgrunnlag for å kunne gjennomføre gode analyser og vurderinger. Observasjonene ble oppsummert og presentert for både referansegruppen og HOD, som fikk mulighet til å komme med innspill til observasjonene og avklare eventuelle misforståelser. Beskrivelse av kompetansesentrene og observasjonene fra datainnsamlingen er beskrevet i henholdsvis kapittel 3 og kapittel 4.

Etter at informasjonen var innhentet og kvalitetssikret, ble arbeidet fokusert mot **analysen**. Analysen tok utgangspunkt i de etablerte evalueringskriteriene for å vurdere i hvilken grad kompetansesentrene har fungert i henhold til intensjonen om å være kompetansesenter for tannhelsetjenesten. De foreløpige

vurderingene ble presentert for både referansegruppen og HOD for innspill. Analyse og vurderinger er presentert i kapittel 5.

Basert på kartlegging, analyser og vurderinger av måloppnåelse har evalueringsteamet **konkludert** med i hvilken grad de mener at kompetansesentrene har fungert i henhold til intensjonen om å være kompetansesenter for tannhelsetjenestene. Oppsummeringen av vurderingene og anbefalinger er presentert i kapittel 6.

## 2.2 Evalueringsdesign

Formål, ambisjonsnivå og eventuelle avgrensninger i omfang legger rammene for evalueringen. Problemstillinger og forhold som ønskes belyst gjennom evalueringen skal løftes frem og inngår i et sett med utarbeidede evalueringskriterier. Evalueringskriteriene utgjør selve referansepunktet for evalueringen og grunnlaget for å vurdere ulike aspekter ved evalueringsobjektet og for å vurdere måloppnåelse innenfor identifiserte målområder. Kriteriene kan både være av kvalitativ og kvantitativ karakter. En siste viktig del av evalueringsdesignet er å etablere et sett med metoder som sikrer et robust informasjonsgrunnlag for å kunne vurdere aspekter ved evalueringsobjektet og måloppnåelse. Nedenfor gis en beskrivelse av vårt evalueringsdesign.

### Formål

Formålet med evalueringen er å få kunnskap om i hvilken grad tannhelsetjenestens kompetansesentre har fungert i henhold til intensjonen om å være et kompetansesenter for tannhelsetjenesten, både den offentlige og den private i sin region.

Evalueringen innebærer å vurdere oppgavene som kompetansesentrene mottar tilskudd for, samt hvorvidt sentrene bidrar til en styrking av spesialisert kompetanse innenfor tannhelsefeltet i fylkeskommunene, og til at personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og andre som mottar fylkeskommunale tjenester basert på Stortingets budsjettvedtak mottar spesialisttannhelsetjenester. Dette for å bedre kunne bidra til at man sikrer pasienter tilgang på god spesialisert tannhelsebehandling i hele landet.

### Ambisjonsnivå

I evalueringen kombinerer vi en summativ (bakoverskuende) og formativ (fremoverskuende) tilnærming der vi er opptatt av både effekt og prosess. En samlet vurdering av kompetansesentrenes måloppnåelse gir en indikasjon på oppnådd effekt med hensyn til intensjonen og formålet med etablering av sentrene. Samtidig legger vi vekt på hva som har skjedd underveis i sentrenes levetid, og hvordan prosessuelle og andre faktorer har påvirket kompetansesentrenes evne til å ivareta og løse oppgavene i henhold til intensjonen.

Evalueringen belyser flere kvalitative aspekter ved kompetansesentrenes rolle og oppgaver, og tar et bredt systemperspektiv for å kunne identifisere eventuelle sammenhenger mellom effekt og prosess. Dette gir oss et godt grunnlag for å peke på forbedringsområder.

## Avgrensninger

Evalueringen har følgende avgrensninger:

- Evalueringen er ikke en vitenskapelig studie. Hovedformålet med evalueringen er ikke å avdekke kausale årsakssammenhenger, og evalueringsdesignet og metodevalg er ikke innrettet etter dette. Formålet med evalueringen er å få økt kunnskap om kompetansesentrene har fungert etter intensjonen. Eventuelle sammenhenger avdekket i datainnsamlingen og analysene kan både være kausale og/eller spuriøse sammenhenger, men det kan vi ikke med sikkerhet skille mellom.
- Evalueringen er ikke en organisasjonsgjennomgang av kompetansesentrene, men kan peke på eventuelle organisatoriske forbedringer som kan bidra til å styrke måloppnåelsen til sentrene.

## Evalueringskriterier

Helse- og omsorgsdepartementet har skissert en rekke problemstillinger og forhold som ønskes belyst i evalueringen av kompetansesentrene. I utarbeidelsen av evalueringskriteriene har vi tatt hensyn til de problemstillingene, og bearbeidet inndelingen av problemstillingene i målområder og økonomiske og administrative forhold. Oversikten over spørsmål og problemstillinger fra Helse- og omsorgsdepartementet er vist i Vedlegg A.

På grunnlag av problemstillingene og de definerte målene og oppgavene til kompetansesentrene, har vi utarbeidet 15 evalueringskriterier. Evalueringskriteriene utgjør referansepunktet for evalueringen og det normative grunnlaget for å vurdere måloppnåelsen til kompetansesentrene. Alle evalueringskriteriene er kvalitative kriterier, mens vurderingene inn under hvert enkelt kriterium kan gjøres basert på et kvalitativt og kvantitativt datagrunnlag. Evalueringskriteriene beskrives nærmere under.

### **Behandlingstilbud**

#### **E1: Kompetansesentrene har bidratt til å styrke spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene**

En av hovedoppgavene til kompetansesentrene er å sikre befolkningen i de respektive regionene tilgang til spesialisttannhelsetjenester og være en henvisningsinstans for både offentlig og privat tannhelsetjeneste. Kompetansesentrene er eid av ulike fylkeskommuner, jf. nærmere beskrivelse i kapittel 3, og behandlingstilbudet ved kompetansesentrene utgjør hoveddelen av den offentlige tannhelsetjenestens spesialisttjenester i de respektive fylkeskommunene. Som følge av dette, er det sentralt å vurdere i hvilken grad kompetansesentrene har bidratt til å styrke spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene.

#### **E2: Dimensjoneringen av spesialistbehandlingstilbudet i fylkeskommunene med kompetansesentre er tilstrekkelig sett opp mot behovet for disse tjenestene**

Siden spesialisttannhelsetilbudet ved kompetansesentrene utgjør hoveddelen av den offentlige tannhelsetjenestens spesialisttjenester i de respektive fylkeskommunene, er viktig å vurdere om omfanget og innretningen på tilbudet på sentrene er tilstrekkelig i forhold til behovet i befolkningen. Det gjelder særskilt for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. I den sammenheng vil vi også

undersøke om det er eventuelle behov som ikke blir dekket av sentrene og kartlegge mulige hindringer i tjenesteforløpet.

### **E3: Kompetansesentrene samarbeider med andre deler av helse- og omsorgstjenesten for å bidra til et helhetlig behandlingstilbud til pasienter**

Et helhetlig behandlingstilbud rettet særlig mot personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og Stortingets budsjettvedtak innebærer et godt samarbeid med andre helse- og omsorgstjenester. I *Sammen om kunnskapsløft for oral helse: Forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (2017-2027)* fremgår det også at det er "behov for kunnskap om hvilke faktorer og rammebetingelser som er av betydning for en hensiktsmessig og god samhandling mellom tannhelsetjenesten, både offentlig og privat, og andre samarbeidspartnere i helse- og omsorgstjenesten."<sup>1</sup> Vi vil derfor vurdere omfanget av samarbeidet mellom kompetansesentrene og andre deler av helse- og omsorgstjenesten i behandlingen av pasienter.

#### **Fagstøtte og etterutdanning**

### **E5: Kompetansesentrenes fagstøtte og etterutdanningstilbud er godt kjent blant tannhelsepersonell i tannhelsetjenesten**

En av hovedoppgavene til kompetansesentrene er å gi fagstøtte og etterutdanningstilbud til den offentlige og private tannhelsetjenesten og råd til andre tjenesteområder og befolkningen. For at tjenestene skal kunne benyttes i tilstrekkelig grad og ha effekt må de være kjent blant personell i tannhelsetjenesten. Vi vil derfor undersøke hvorvidt fagstøtte- og rådgivningstilbudet til kompetansesentrene er kjent blant tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten.

### **E4: Kompetansesentrene har bidratt til å heve den faglige kompetansen i tannhelsetjenesten gjennom fagstøtte og etterutdanning**

Fagstøtte og rådgivning omfatter blant annet veiledning i pasientbehandlingen, generelle råd på tannhelsefeltet, hospiteringsordninger og kompetansehevede tiltak som kursvirksomhet og etterutdanning av tannhelsepersonell. Siden dette er en av hovedoppgavene til kompetansesentrene, er det sentralt å vurdere i hvilken grad sentrene har bidratt til å heve den faglige kompetansen i tannhelsetjenesten. Det innebærer å vurdere i hvilken grad tjenestene deltar i tiltak som initieres av kompetansesentrene og i hvilken grad tiltakene bidrar til fagutvikling og kvalitetsforbedring i tjenestene.

#### **Forskning og kunnskapsutvikling**

### **E6: Kompetansesentrene har bidratt til forskning og kunnskapsutvikling innenfor tannhelsefeltet som har kommet tjenesteytere til gode**

Kompetansesentrene har som mål å drive med forskning og kunnskapsutvikling. Arbeidet med kunnskapsutvikling omfatter blant annet formidling av forskningsresultater, støtte- og veilederfunksjon for forskning initiert i tjenesten og andre tiltak som fremmer formidling og implementering av ny odontologisk

---

<sup>1</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, s.19). *Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (2017-2027)*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-kunnskapsloft-for-oral-helse/id2569994/>

innsikt. Dette er en del av kompetansesentrenes rolle som pådriver for faglig utvikling av tannhelsetjenesten, som er et mål for tilskuddsordningen for de regionale odontologiske kompetansesentrene. Som følge av dette vil vi vurdere tjenestenes erfaring med og opplevd nytte av kompetansesentrenes arbeid med forskning og kunnskapsutvikling, herunder hvorvidt det har bidratt til utvikling av tjenesten, samt suksesskriterier og eventuelle hindre/barrierer for sentrenes arbeid med kunnskapsutvikling. I tillegg vil det være relevant å vurdere kompetansesentrenes forskningsbidrag innenfor forskningssvake områder.

### **E7: Kompetansesentrene har bidratt til å styrke praksisnær forskning på tannhelsefeltet**

Kompetansesentrene har en viktig rolle i praksisnær forskning, særlig når det gjelder forskning om personer med rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester.<sup>2</sup> Det er også en forventning om at kompetansesentrene skal kunne bistå med støtte og veiledning i forbindelse med forskning som initieres i tannhelsetjenesten. Derfor vil vi vurdere kompetansesentrenes rolle i tjenestenes medvirkning i praksisnær forskning innenfor sin region, samt suksesskriterier og eventuelle hindre/barrierer. Vi vil også vurdere kompetansesentrenes forskningsinnsats innenfor praksisnær forskning.

### **E8: Kompetansesentrene har samarbeidet med relevante forskningsmiljøer i kunnskapsutviklingen**

Forskningen ved kompetansesentrene foregår i samarbeid med fylkeskommunale tannklinikker eller forskningsmiljøer ved universitetene, forskningsinstitutter, sykehus eller andre relevante fagmiljøer. Forsknings samarbeid er viktig for å bygge opp kompetansesentrenes forskningsaktivitet i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi. Derfor er det viktig å vurdere omfanget av samarbeidet mellom kompetansesentrene og relevante forskningsmiljøer, herunder suksesskriterier og eventuelle hindre/barrierer for samarbeidet. Samarbeidet med universitets- og høyskolesektoren er særlig viktig og vi vil vurdere hvilke vilkår og forhold som har samvirket der kompetansesentrene har fått til gode samarbeidsrelasjoner med UH-miljøer.

### **Spesialistutdanning**

### **E9: Kompetansesentrene samarbeider med universitetene om klinisk praksistrening i spesialistutdanningen av tannleger**

Spesialistutdanningen av tannleger skjer hovedsakelig i regi av Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen og Universitetet i Tromsø. Klinisk praksistrening utgjør en viktig del av spesialistutdanningen. Kompetansesentrene kan i prinsippet ta imot kandidater fra alle tre odontologiske læresteder for klinisk praksistrening som del av spesialistutdanningen. Det forutsetter som regel en samarbeidsavtale mellom kompetansesenteret og universitetet for godkjent praksistrening, slik at kandidaten får uttelling som en del av vurderingsmappen og/eller kasusmappen. Kompetansesentrene kan også søke om lønnsmidler til kandidater under spesialisering gjennom to statlige tilskuddsordninger, som krever arbeidsavtale mellom kandidaten og den offentlige tannhelsetjenesten etter endt utdanning.

---

<sup>2</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (2017 -2027)*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-kunnskapsloft-for-oral-helse/id2569994/>

### **E10: Kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen har bidratt til større spredning av tannlegespesialister i landet**

Det fremgår av St. meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester* at oppbyggingen av regionale kompetansesentre skulle bidra til bedre geografisk spredning av tannlegespesialister. Kompetansesentrene mottar statlige tilskudd for å tilby klinisk praksistrening for tannleger under spesialisering. I tillegg kan de motta tilskudd for lønn til kandidater under spesialisering. Det fremgår av regelverket for begge tilskuddsordningene for spesialistutdanning av tannleger at tilskuddene skal bidra til å sikre bedre geografisk fordeling av spesialister og tilstrekkelig tilgang til spesialisttannhelsetjenester for befolkningen i regioner med liten tilgang til tannlegespesialister. Som følge av dette vil vi vurdere i hvilken grad kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen har bidratt til en økning i antall tannlegespesialister i regionen. Det vil også omfatte betydningen av deltakelse i spesialistutdanning for kompetansesentrene, samt vilkår og eventuelle hindringer.

#### **Økonomiske og administrative forhold**

### **E11: Finansieringen av kompetansesentrene er optimalt innrettet**

Finansieringen av kompetansesentrene skjer gjennom flere kilder. De sentre finansieringskildene er statlige tilskudd som forvaltes av Helsedirektoratet, overføringer fra fylkeskommunene, samt egenererte inntekter fra spesialistbehandling (pasientinntekter) og andre eksterne midler (forskningsfinansiering m.m.). Med flere finansieringskilder er det hensiktsmessig å vurdere om finansieringen av kompetansesentrene er optimalt innrettet. I tillegg gjør vi en overordnet vurdering om omfanget på bevilgningene er rimelig sett opp mot oppgaveporteføljen på kompetansesentrene.

### **E12: Helsedirektoratet har en god forvaltning av tilskuddsordningen til kompetansesentrene**

Helsedirektoratet forvalter de aktuelle tilskuddsordningene. Det innebærer å utarbeide tilskuddsregelverket etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, som legger premissene for ordningen. Som tilskuddsforvalter skal Helsedirektoratet også påse at rapporteringen fra tilskuddsmottakere er tilfredsstillende, utføre kontroll av at bevilgningen brukes etter kravene i regelverk og tilskuddsbrev og at opplysninger som legges til grunn for tildeling og som inngår i den etterfølgende rapporteringen er korrekte. Ettersom tilskuddsordningen *Regionale odontologiske kompetansesentre* er den mest sentrale ordningen for kompetansesentrene vil vi ha fokus på dette tilskuddet i evalueringskriteriet.

### **E13: Tilskuddsmottakere har etterlevd kravene i tilskuddsordningen**

Kompetansesentrene må oppfylle visse krav som er beskrevet i regelverket til de aktuelle tilskuddsordningene. I henhold til regelverket til ordningene må sentrene levere årsrapporter med tilleggs skjemaer, budsjett, regnskap og revisorkontroll og attestasjon fra revisor, samt vurdere hvordan gjennomførte tiltak på sentrene har bidratt til oppnåelse av målene for tilskuddsordningen. Det er viktig at kravene i tilskuddsordningen blir etterlevd og at det utøves god forvaltningsskikk, habilitet og etisk adferd i gjennomføringen av tilskuddsaktiviteten. Ettersom tilskuddsordningen *Regionale odontologiske kompetansesentre* utgjør hovedandelen av den statlige finansieringen vil vi ha hovedvekt på denne ordningen i evalueringskriteriet.

## Overordnet

### **E14: Det er positive synergieffekter ved at flere oppgaver er samlet ved kompetansesentre**

Hovedoppgavene til kompetansesentrene omfatter spesialistbehandling, forskning og kunnskapsutvikling, fagstøtte til tannhelsetjenesten, etterutdanning og deltakelse i spesialistutdanningen. En kombinasjon av ulike oppgaver, og implisitt samling av nødvendig kompetanse, kan gi positive faglige synergieffekter innad i sentrene, som gir merverdi overfor brukere og samarbeidspartnere. Positive synergieffekter har blitt løftet som en fordel med å etablere kompetansesentrene, og det er derfor sentralt å belyse dette i evalueringen av sentrene.

### **E15: Kompetansesentrene bidrar til en formålstjenlig og ressurseffektiv ivaretagelse av oppgavene som sentrene har blitt tildelt**

Under dette evalueringskriteriet vil vi foreta en helhetlig vurdering av kompetansesentrene. Det innebærer å vurdere ivaretagelse av hele oppgaveporteføljen og sentrenes samlede måloppnåelse, herunder tannhelsetjenestens samlede erfaring med og opplevde nytte av kompetansesentrene, organisering, regional funksjon, oppgavesammensetning m.m.

## **Metode**

### **Overordnet om metode**

For å sikre en bred informasjonsinnhenting og et godt grunnlag for vurderingene, har vi benyttet flere metoder i evalueringen av kompetansesentrene. I evalueringen er det gjennomført dokumentstudier, innhentet datamateriale, foretatt intervjuer og gjennomført en spørreundersøkelse.

### **Dokumentstudier**

Dokumentstudier omfatter både overordnet informasjon om kompetansesentrene og kunnskap om ulike forhold ved sentrenes arbeid som bidrar til å belyse vurderingen av evalueringskriteriene.

I evalueringen har det vært særlig viktig å danne et godt bilde av bakgrunnen for opprettelsen av kompetansesentrene, med de utfordringene og målsettingene som lå til grunn for sentrenes etablering. Det omfatter blant annet de føringene som fremgår av styrende dokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt tilskuddsregelverket som forvaltes av Helsedirektoratet. Nedenfor lister vi opp noen sentrale kilder for denne evalueringen:

- Statens helsetilsyn (2000) Utredningsserie 5-99. *Odontologiske spesialisttjenester: Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra*. IK-2701.
- NOU 2005: 11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet— Et godt tilbud til de som trenger det mest*.
- St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester*
- Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017-2027) *Sammen om kunnskapsløft for oral helse*
- Regelverket for ordningen med tilskudd til regionale odontologiske kompetansesentre
- Helsedirektoratet (2022) *Spesialistutdanning av tannleger - en kompetansebasert integrert samarbeidsmodell*



- Kartlegging og analyse av tannhelse- og odontologisk forskning i Norge - NIFU Rapport 48/2014

### **Datamateriale**

Evalueringen har omfattet innhenting og systematisering av data knyttet til kompetansesentrenes arbeid, inkludert henvisninger til pasientbehandling, kursvirksomhet og etterutdanningstilbud, forskningsartikler og deltakelse i spesialistutdanningen. I arbeidet har vi benyttet oss av de årlige rapporteringene fra kompetansesentrene. Rapportene er et krav som stilles til tilskuddsmottakere av de aktuelle tilskuddsordningene som kompetansesentrene kan søke om midler fra, og inneholder informasjon knyttet til blant annet personellressurser, henvisninger og pasientgrunnlag, økonomi, forskning, kunnskapsutvikling, fagstøtte, veiledning m.m.

I tillegg til de årlige rapportene har vi benyttet data fra Helsedirektoratet med oversikt over tildelte midler som er gitt ut i forbindelse med tilskuddsordningen, samt data fra kompetansesentrene om publikasjon av forskning.

### **Intervjuer**

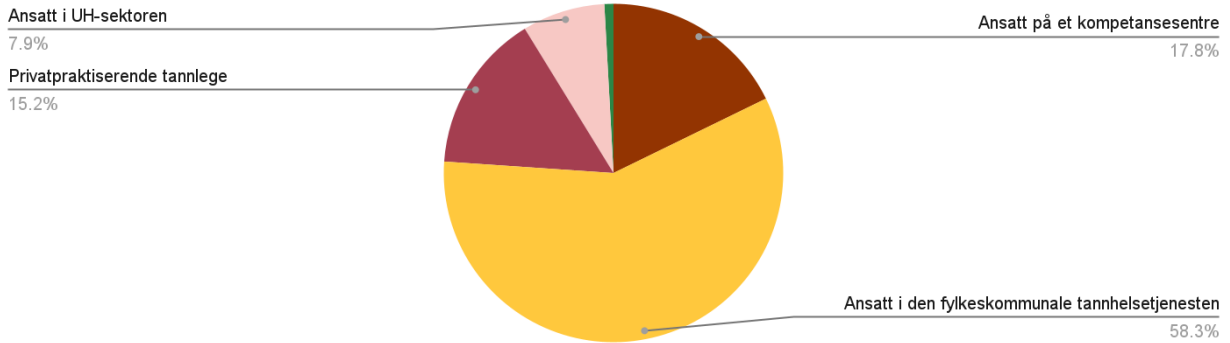
Intervjuer har vært en sentral og viktig informasjonskilde i denne evalueringen for å innhente observasjoner om kompetansesentrenes rolle og oppgaver, herunder synspunkter om den opplevde nytteverdien av arbeidet. Totalt gjennomførte vi 61 intervjuer med et bredt spekter av relevante aktører innenfor tannhelsefeltet med kjennskap til kompetansesentrene. En oversikt over intervjuobjekter er gitt i vedlegg D.

I første omgang ble det gjennomført innledende samtaler med utvalgte nøkkelpersoner for å skape en kontekstuell forståelse av kompetansesentrenes rolle og funksjon innenfor tannhelsefeltet. Samtalene var et viktig bidrag i utarbeidelsen av evalueringsdesignet (fase 2). Hovedbolken av intervjuene ble gjennomført i kartleggingsfasen av evalueringen (fase 3). Temaene i intervjuene omfattet målområdene og hovedoppgavene til kompetansesentrene, samt økonomiske og administrative forhold. Avslutningsvis ble det gjennomført enkelte supplerende intervjuer, blant annet for å verifisere observasjoner og funn i evalueringen. Dette sikret at vurderingene i minst mulig grad ble basert på misforståelser, feiltolkninger og faktafeil.

### **Spørreundersøkelse**

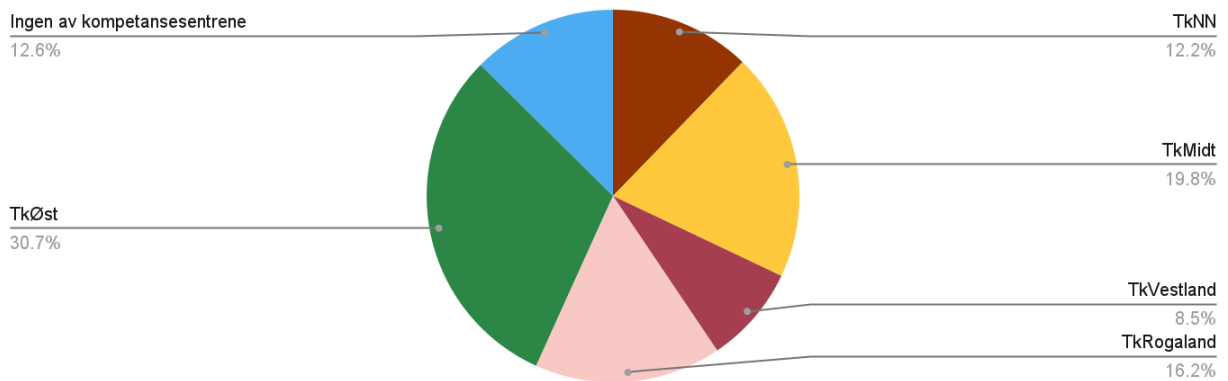
Det ble gjennomført en spørreundersøkelse i perioden 1. mai - 14. mai 2023. Spørreundersøkelsen var anonym, opplysningene ble behandlet konfidensielt og ingen svar er mulig å spore tilbake til den enkelte respondent. Målgruppene i undersøkelsen var ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. I gjennomføringen av undersøkelsen fikk vi bistand fra fylkestannhelsesjefer, ledere av kompetansesentre, ledelsen på fakultetene/instituttene og Tannlegeforeningen til å informere om spørreundersøkelsen. Oversikt over spørsmålene i spørreundersøkelsen er vedlagt rapporten, jf. vedlegg B.

Totalt var det 740 respondenter på spørreundersøkelsen. Som følge av gjennomføringsdesignet, har vi ikke kjennskap til antallet personer som mottok informasjon om spørreundersøkelsen, og det er ikke mulig å beregne en svarprosent. Figur 2.2 viser fordelingen av respondentene på målgruppene og figur 2.3 viser hvilke kompetansesentre respondentene har hatt en relasjon til.



Figur 2.2 Hvilken relasjon har du hatt til tannhelsetjenestens kompetansesentre? Flervalg mulig

Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført i evalueringen.



Figur 2.3 Hvilken kompetansesenter har / har du hatt en relasjon til? Flervalg mulig

Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført i evalueringen.

Tabell 2.1 gir en oversikt over evalueringskriteriene og hvilke analysebevis som danner grunnlaget for observasjonene og vurderingene innenfor hvert kriterium.

Tabell 2.1 Evalueringskriterier og analysebevis

Målområde 1: Behandlingstilbud		Dokument-analyse	Data-materiale	Spørre-undersøkelse	Intervju
E1	Kompetansesentrene har bidratt til å styrke spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene	x	x	x	x
E2	Dimensjoneringen av spesialistbehandlingstilbudet i fylkene med kompetansesentre er tilstrekkelig sett opp mot behovet for disse tjenestene	x	x	x	x

<b>E3</b>	Kompetansesentrene samarbeider med andre deler av helse- og omsorgstjenesten for å bidra til et helhetlig behandlingstilbud til pasienter	x		x	x
<b>Målområde 2: Fagstøtte og etterutdanning</b>					
Kompetansesentrene skal gi fagstøtte til offentlig og privat tannhelsetjeneste og råd til andre tjenesteområder og befolkningen.					
		<b>Dokument-analyse</b>	<b>Data-materiale</b>	<b>Spørre-undersøkelse</b>	<b>Intervju</b>
<b>E4</b>	Kompetansesentrenes fagstøtte og etterutdanningstilbud er godt kjent blant tannhelsepersonell i tannhelsetjenesten			x	x
<b>E5</b>	Kompetansesentrene har bidratt til å heve den faglige kompetansen i tannhelsetjenesten gjennom fagstøtte og etterutdanning	x	x	x	x
<b>Målområde 3: Forskning og kunnskapsutvikling</b>					
Kompetansesentrene skal drive forskning og kunnskapsutvikling.					
		<b>Dokument-analyse</b>	<b>Data-materiale</b>	<b>Spørre-undersøkelse</b>	<b>Intervju</b>
<b>E6</b>	Kompetansesentrene har bidratt til forskning og kunnskapsutvikling innenfor tannhelsefeltet som har kommet tjenesteytere til gode	x	x	x	x
<b>E7</b>	Kompetansesentrene har bidratt til å styrke praksisnær forskning på tannhelsefeltet	x		x	x
<b>E8</b>	Kompetansesentrene samarbeider med relevante forskningsmiljøer i kunnskapsutviklingen	x		x	x
<b>Målområde 4: Deltakelse i spesialistutdanning</b>					
Kompetansesentrene skal delta i den kliniske delen av spesialistutdanning av tannleger.					
		<b>Dokument-analyse</b>	<b>Data-materiale</b>	<b>Spørre-undersøkelse</b>	<b>Intervju</b>
<b>E9</b>	Kompetansesentrene samarbeider med universitetene om klinisk praksistrening i spesialistutdanningen av tannleger	x	x	x	x
<b>E10</b>	Kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen har bidratt til større spredning av tannlegespesialister i landet			x	x
<b>Økonomiske og administrative forhold</b>					
		<b>Dokument-analyse</b>	<b>Data-materiale</b>	<b>Spørre-undersøkelse</b>	<b>Intervju</b>
<b>E11</b>	Finansieringen av kompetansesentrene er optimalt innrettet	x	x		x
<b>E12</b>	Helsedirektoratet har en god forvaltning av tilskuddsordningen til kompetansesentrene				x
<b>E13</b>	Tilskuddsmottakere har etterlevd kravene i tilskuddsordningen	x			x
<b>Overordnet</b>					
		<b>Dokument-analyse</b>	<b>Data-materiale</b>	<b>Spørre-undersøkelse</b>	<b>Intervju</b>
<b>E14</b>	Det er positive synergieffekter ved at flere oppgaver er samlet ved kompetansesentrene	x		x	x
<b>E15</b>	Kompetansesentrene bidrar til en formålstjenlig og ressurseffektiv ivaretagelse av oppgavene som sentrene har blitt tildelt	x	x	x	x

### 3. Beskrivelse av tannhelsetjenestens kompetansesentre

Kapittelet inneholder en beskrivelse av kompetansesentrenes rolle og oppgaver, herunder omtale av bakgrunn, organisering og finansiering.

#### 3.1 Bakgrunn for etablering av kompetansesentre

Etter en interpellasjon i Stortinget ble det enstemmig vedtatt i mai 1998 at daværende regjering skulle vurdere å fremme forslag om opprettelse av odontologiske kompetansesentre i alle helseregioner i Norge. Hovedutfordringen var mangelfull tilgang på spesialiserte tannhelsetjenester i deler av landet, og opprettelsen av slike sentre skulle vurderes særlig i sammenheng med spesialistutdanningen av tannleger. Sosial- og helsedepartementet ga Statens helsetilsyn et oppdrag om å utrede dette nærmere.

Utredningen til Statens helsetilsyn ble lagt frem i oktober 2000.<sup>3</sup> Der ble det foreslått å opprette regionale odontologiske kompetansesentre med følgende funksjoner:

- Være henvisningsinstans for sjeldne eller spesialiserte behandlinger
- Være instans for faglig rådgivning til tannhelsetjenesten og publikum
- Drive omfattende etterutdanning av tannhelsepersonell
- Planlegge og gjennomføre spesialistutdanning i samarbeid med universitetene

“Hensikten med å opprette odontologiske fagsentre er at befolkningen skal få rimelig tilgjengelighet til spesialisttjenester, samt å heve kompetansen i allmenntannlege-tjenesten.”

Kilde: Statens helsetilsyn (2000)

Fylkeskommunene selv ønsket en regional organisasjonsform for kompetansesentrene og utredet behovet for etablering av sentre for Nord-Norge, Trøndelagsfylkene, Møre og Romsdal, Vestfold, Buskerud, Telemark og Agderfylkene.<sup>4</sup> I Nord-Norge hadde fylkeskommunene allerede utredet behovet for et regionalt kompetansemiljø på slutten av 1980-tallet, og et kompetansesenter ble etablert i Bodø i 1996. En spesialistklinikk ble også opprettet i Tromsø i 1998. Klinikken ble etter hvert innlemmet i det første regionale odontologiske kompetansesenteret, som ble etablert i Tromsø i 2003.<sup>5</sup>

I 2005 ble det gjennomført en bred utredning av det offentlige engasjement på tannhelsefeltet - NOU 2005:11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet*. Et gjennomgående tema var bemanningssituasjonen i den offentlige tannhelsetjenesten i distriktene, noe som er særlig utfordrende når den offentlige tannhelsetjenesten utgjør det eneste tannhelsetilbudet til befolkningen på grunn av lav tannlegedekning i privat praksis. Ulike tiltak ble foreslått for å bedre rekrutteringen av tannleger, herunder

<sup>3</sup> Statens helsetilsyn. (2000). *Odontologiske spesialisttjenester: Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra* (IK-2701/5-99 utredningsserie). Statens helsetilsyn.

[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/utredningsserien/spesialister\\_odont\\_kompetanse\\_ik-2701.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/utredningsserien/spesialister_odont_kompetanse_ik-2701.pdf)

<sup>4</sup> NOU. (2005:11). *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-11/id153816/>

<sup>5</sup> I den forbindelse ble de første bevilgningene til etablering av kompetansesentre gitt over statsbudsjettet for 2002.

etablering av flere regionale kompetansesentre, særlig i områder med tannlegemangel. Dette ble ansett som et "viktig bidrag for å øke stabiliteten og spredningen av kompetanse til distriktene".<sup>6</sup>

De overordnede formålene med etablering av regionale odontologiske kompetansesentra er å:

- sikre spesialisttannlegetjenester og å kunne ta i mot henvisninger fra allmenntannhelsetjenesten, leger og andre
- drive rådgivning overfor en samlet tannhelsetjeneste og til befolkningen
- drive desentralisert spesialistutdanning av tannleger
- bidra til forskning og faglig utvikling i tannhelsetjenesten
- bidra til rekruttering og stabilisering av tannhelsepersonell i regionen
- drive etterutdanning av tannhelsepersonell

Kilde: St.meld. nr. 35 (2006-2007)

På bakgrunn av utredningene nevnt over, ble det i 2008 vedtatt av Stortinget at staten skulle bidra med tilskudd til etablering av regionale odontologiske kompetansesentre i alle helseregioner.<sup>7</sup> Ett senter var allerede etablert for helseregion Nord, og to kompetansesentre var under utredning eller etablering i helseregionene Sør-Øst og Midt-Norge.

Formålet med etableringen av kompetansesentrene er nedfelt i St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester*, som har lagt føringene for mye av dagens tannhelsepolitikk.<sup>8</sup> Stortingsmeldingen angir hva kompetansesentrene skal drive med og bidra til, jf. boks til venstre. I dag gjenspeiles dette i stor grad i beskrivelsen av mål og oppgaver i den statlige tilskuddsordningen til de regionale odontologiske kompetansesentrene.

Nedenfor drøfter vi vesentlige momenter i opprettelsen av kompetansesentrene.

### Tilgjengeligheten til tannhelsetjenester er et sentralt samfunns mål

Likeverdige tjenester over hele landet er et samfunns mål som står sentralt i St.meld. nr. 35 (2006-2007). At tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjenester, i rimelig grad skal være tilgjengelige for befolkningen, kommer også til uttrykk gjennom tannhelsetjenesteloven og er et ansvar som er lagt til fylkeskommunene.

Det har lenge vært større geografisk variasjon i fordelingen av tannlegespesialister enn allmenntannleger. Mangelen på tannlegespesialister utenfor Oslo og Bergen var særlig prekær da Statens helsetilsyn fikk oppdraget om å utrede regionale odontologiske kompetansesentrene. Statens helsetilsyn mente at utdanningssystemet var en viktig årsak til den geografiske skjevfordelingen av tannlegespesialister, og at en kunne forvente en betydelig fordelings effekt ved å legge om spesialistutdanningen til en desentralisert

<sup>6</sup> NOU. (2005:11, s.83). *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-11/id153816/>

<sup>7</sup> St.meld. nr. 35 (2006-2007), jf. Innst. S. nr. 155 (2007-2008). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgskomiteen.

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2007-2008/inns-200708-155/?lvl=0>

<sup>8</sup> (*ibid*) Formålsbeskrivelsen for regionale odontologiske kompetansesentre fremkommer på s. 54 i St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester*.

modell.<sup>9</sup> Desentralisert utdanning i regi av kompetansesentrene ble derfor ansett som et viktig virkemiddel for å få til en bedre fordeling av tannlegespesialister i landet.

I NOU 2005: 11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet* fastslås det at: “For å få spredd spesialistene geografisk, slik at både befolkningen og allmenntannlegene kan få full nytte av dem, må spesialister knyttes til odontologiske kompetansesentra både under og etter endt utdanning.”<sup>10</sup> Det fremgår videre av St.meld. nr. 35 (2006-2007) at de regionale odontologiske kompetansesentrene skulle få viktige funksjoner både som utøvere av spesialiserte tjenester og som “organisatoriske enheter” i en desentralisert spesialistutdanning av tannleger. Det anbefales særskilt å etablere desentraliserte spesialistutdanninger, med lønnede utdanningsstillinger, i eller i tilknytning til, kompetansesentrene i Tromsø, Trondheim og Arendal.<sup>11</sup>

En viktig intensjon med etableringen av regionale kompetansesentre var dermed at de skulle bidra til en bedre geografisk fordeling av spesialister ikke bare ved å tiltrekke seg spesialister til regionen, men også som del av en desentralisert videreutdanning av tannleger.

### **Kunnskaps- og kompetanseutvikling er en forutsetning for faglig kvalitet i tannhelsetjenesten**

Innenfor helse- og omsorgssektoren finnes det flere nasjonale kompetansetjenester og kompetansesentre, der hovedformålet er å samle og bygge opp spesialisert kunnskap og kompetanse innenfor et fagområde. Kunnskaps- og kompetansespredning til utøvende tjenester, og befolkningen for øvrig, er ofte en sentral del av arbeidet.

Forskning og kunnskapsutvikling trekkes frem i St.meld. nr. 35 (2006-2007) som “viktige forutsetninger for at tannhelsetjenesten samlet sett kan ha læring og kvalitetsforbedring som systematikk i sin virksomhet.”

<sup>12</sup> Innenfor tannhelsefeltet har det tradisjonelt vært lite forskning i og om tjenesten. I St.meld. nr. 35 begrunnes dette blant annet med at fylkeskommunene ikke har en lovfestet plikt til å legge til rette for forskning og fagutvikling. Videre fremheves tannhelsetjenestens behov for økt kunnskap innenfor epidemiologi, praksisnær tjeneste, kvalitet i tjenesten og tjenesteforskning. Kompetansesentrene skal derfor bidra til forskning og faglig utvikling i tannhelsetjenesten, slik det fremgår av formålsbeskrivelsen i stortingsmeldingen. De skal også kunne ha en veiledersrolle for forskning initiert i tjenesten. Dermed er det en viktig føring for kompetansesentrene at arbeidet med forskning og kunnskapsutvikling skal være til nytte for tjenesten.

Som fagmiljøer med spesialisert kompetanse, skal kompetansesentrene drive med rådgivning overfor tannhelsetjenesten og etterutdanning av tannhelsepersonell. Dette er oppgaver som skal bidra til å heve kompetansen i tjenesten. Ifølge NOU 2005: 11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet* viste tidlige erfaringer fra etableringen av det første regionale odontologiske kompetansesenteret i Tromsø at senteret

---

<sup>9</sup> (*ibid*) St.meld. nr. 35 (2006-2007, s.21). *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester*.

<sup>10</sup> NOU. (2005:11, s.38). *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-11/id153816/>

<sup>11</sup> St.meld. nr. 35 (2006-2007, s.120) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester*.

<sup>12</sup> (*ibid*). St.meld. nr. 35 (2006-2007, s.121)

bidro til å styrke den faglige kvaliteten i tannhelsetjenesten, og at det tverrfaglige miljøet også kunne være en viktig motivasjonsfaktor i rekrutteringen av spesialister til regionen.<sup>13</sup>

### Kompetansesentrene skal ivareta en regional funksjon

På omtrent samme tid som Statens helsetilsyn gjennomførte sin utredning av odontologiske kompetansesentre, pågikk det et omfattende arbeid rundt organiseringen av spesialisthelsetjenesten. I 2001 ble det vedtatt å overføre eierskapet av sykehusene og spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til staten.<sup>14</sup> Det ble også opprettet regionale helseforetak med ansvar for å planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten, og legge til rette for forskning og utdanning, i hver helseregion.

I utredningen til Statens helsetilsyn fremkommer det at fylkestannlegene ønsket at kompetansesentrene skulle organiseres i tilknytning til helseregionene, med fylkeskommunal organisering som nest beste løsning.<sup>15</sup> Muligheter for mer formalisert regionalt samarbeid ble også skissert i utredningen. St.meld. nr. 35 (2006-2007) tar til orde for å videreføre den fylkeskommunale organiseringen av tannhelsetjenesten, og det ble vedtatt å etablere kompetansesentre i alle helseregioner med utgangspunkt i en fylkeskommunal organisering. Kompetansesentrene fikk betegnelsen *Tannhelsetjenestens kompetansesenter* for hver sin region.

Behovet for å ivareta en funksjon for tannhelsetjenesten i regionen, og ikke bare i den enkelte fylkeskommune, har blitt vektlagt helt siden kompetansesentrene først ble opprettet. Den regionale funksjonen er i dag forankret i målbeskrivelsen for den statlige tilskuddsordningen som ble etablert for å bygge opp og drifte kompetansesentrene.

### Tilskudd til regionale odontologiske kompetansesentre

Tilskuddsordningen for regionale odontologiske kompetansesentre ble opprettet for å bidra med statlige midler til etablering og drift av kompetansesentrene. Tilskudsregelverket inneholder beskrivelse av mål og målgruppe for tilskuddsordningen, kriterier for måloppnåelse, tildelingskriterier, krav til rapportering fra tilskuddsmottaker, oppfølging og kontroll. Helsedirektoratets rolle i etableringen av kompetansesentrene har vært å forvalte den statlige tilskuddsordningen.

## 3.2 Kompetansesentrenes hovedoppgaver

Kompetansesentrenes hovedoppgaver er beskrevet i tilskuddsordningen for regionale odontologiske kompetansesentre, under mål for ordningen. Midlene som bevilges gjennom denne ordningen dekker ikke behandlingstilbudet ved kompetansesentrene, ettersom spesialistvirksomheten finansieres av fylkeskommunene. I tillegg er det egne tilskuddsordninger som kompetansesentrene kan søke om for å bidra med lønnsmidler til kandidater under spesialistutdanning. Tilskuddsordningene beskrives nærmere i kapittel 4.5.

<sup>13</sup> NOU. (2005:11, s.82). *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-11/id153816/>

<sup>14</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-id165010/>

<sup>15</sup> Basert på spørreundersøkelse til fylkestannlegene. Statens helsetilsyn. (2000). *Odontologiske spesialisttjenester: Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra* (IK-2701/5-99 utredningsserie, s.131-132). Statens helsetilsyn.

Hovedoppgavene er oppsummert i figur 3.1 med utgangspunkt i gjeldende tilskuddsregelverk og beskrevet nærmere under.



### Behandlingstilbud

Kompetansesentrene skal bidra til å sikre befolkningen, særlig personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, tilgang til odontologiske spesialisttjenester.



### Fagstøtte og etterutdanning

Kompetansesentrene skal gi fagstøtte til offentlig og privat tannhelsetjeneste og råd til andre tjenesteområder og befolkningen.



### Forskning og kunnskapsutvikling

Kompetansesentrene skal drive forskning og kunnskapsutvikling.



### Deltakelse i spesialistutdanningen

Kompetansesentrene skal delta i den kliniske delen av spesialistutdanning av tannleger.

Figur 3.1 Hovedoppgavene til regionale odontologiske kompetansesentre som beskrevet i tilskuddsregelverket, sist oppdatert og godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet desember 2021

## Overordnet mål

Det fremgår av regelverket at målet for tilskuddsordningen er å bidra til oppbygging av kompetansemiljøer regionalt som er drivkraft for fagutvikling i tannhelsetjenesten og som driver forskning og kunnskapsutvikling i samsvar med strategien *Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027)*. Samlet sett skal kompetansesentrenes ulike oppgaver gi gode muligheter for faglig synergi.

## Behandlingstilbud

Spesialistbehandlingen på kompetansesentrene omfatter behandling innenfor de syv odontologiske spesialitetene i Norge: Endodonti, kjeve- og ansiktsradiologi, kjeveortopedi, oral kirurgi og oral medisin, oral protetik, pedodonti og periodonti. Kompetansesentrenes behandlingstilbud står for hovedandelen av det offentlige tilbudet av spesialisttannhelsetjenester i de fylkeskommunene som har tilknytning til et kompetansesenter. Kompetansesentrene tilbyr også tilrettelagt behandling i samarbeid med leger, psykologer og annet helsepersonell gjennom tannhelsetilbudet til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (TOO-tilbudet). På TkNN (Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge) tilbys i tillegg behandling innenfor multidisiplinær odontologi.

Kompetansesentrene skal bidra til å sikre befolkningen, særlig personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, tilgang til odontologiske spesialisttjenester. Kompetansesentrene tar imot



henvisninger som både gjelder personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og den voksne befolkningen fra offentlige og private tannklinikker.

Det er Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) som angir hvilke personer som har rett til offentlig finansiert tannbehandling, jf. boks til høyre.

### Fagstøtte og etterutdanning

Kompetansesentrene skal gi fagstøtte til den offentlige og private tannhelsetjenesten og råd til andre tjenesteområder og befolkningen. Dette skal bidra til både fagutvikling og kompetanseheving i tjenesten. Fagstøtte og rådgivning omfatter blant annet veiledning (og fjernveiledning) i pasientbehandlingen, generelle råd på tannhelsefeltet, hospiteringsordninger og tiltak som kursvirksomhet og etterutdanning av tannhelsepersonell. Rådgivningen og veiledningen omfatter i stor grad pasientbehandling og konsultasjoner foregår per telefon og mail. Forventet tidsbruk er om lag 25 % av spesialistenes totaltid.

#### *Etterutdanning, kurs og foredrag*

Tannlegespesialistene holder kurs og seminarer primært for helsepersonell i den offentlige og private tannhelsetjenesten. Andre målgrupper er studenter, pasienter, pårørende, interesseorganisasjoner, annet helsepersonell, forskere, samarbeidspartnere, politikere og beslutningstakere. Kursene omfatter både prosessbaserte gruppekurs og e-læringskurs i inn- og utland. Enkelte av kursene gir etterutdanningstimer i henhold til Tannlegeforeningens obligatoriske etterutdanning.

#### *Hospitering og klinikkbesøk*

Hospitering innebærer at en tannlegespesialist, allmenntannlege, tannpleier eller tannhelsesekretær ("hospitant") er til stede på kompetansesenteret og får opplæring under spesialistbehandling. Tilbudet gjelder både ansatte i offentlig og privat tannhelsetjeneste. Noen ganger behandles pasienten av allmenntannlegen under veiledning av spesialisten, andre ganger er det spesialisten som behandler pasienten med deltagelse av allmenntannlegen. Kompetansesentrene åpner også for at hospitanten tar med egne pasienter som behandles under veiledning av spesialistene. Videre er det noen spesialister som tilbyr opplæring på allmenntannlegenes hjemmeklinikk.

### Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven)

#### §1-3 Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten

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

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

Gruppene i første ledd andre punktum bokstav a til e er listet opp i prioritert rekkefølge. Hvis ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud til alle gruppene, skal denne prioriteringen følges. Forebyggende tiltak prioriteres foran behandling.

I tillegg til de prioriterte oppgavene kan Den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksne pasienter mot betaling etter fylkeskommunens bestemmelser. Departementet kan gi forskrift om at fylkeskommunen skal sørge for å tilby slike tjenester i områder av fylket der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og om pliktens varighet og geografiske virkeområde.

## Forskning og kunnskapsutvikling

Kompetansesentrene skal drive med forskning og kunnskapsutvikling i samsvar med forsknings- og innovasjonsstrategien *Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017-2027)*. Strategien skisserer Helse- og omsorgsdepartementets innsatsområder for å styrke forsknings- og innovasjonsaktiviteten på tannhelsefeltet i en tiårsperiode. Økt satsing på innovasjon, kunnskap og teknologi skal blant annet legge til rette for en kunnskapsbasert tannhelsetjeneste.<sup>16</sup> Videre fastslås det i strategien at departementet skal bidra til videre oppbygging av forskningsvirksomheten ved kompetansesentrene, og at forskningsfinansieringen skal legges om til å bli resultatbasert.

Ett av satsingsområdene i strategien er *Praksisnær forskning og innovasjon for bedre behandling og kompetanseheving i tannhelsetjenesten*. Innenfor dette satsingsområdet presiseres det at: *“Kompetansesentrene har en viktig rolle i praksisnær forskning, med et særskilt ansvar for forskning rettet mot innbyggere med rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester og personer med omfattende tannhelseproblemer.”*<sup>17</sup> Videre fremgår det av strategien at kompetansesentrene skal kunne ha en støtte- og veilederfunksjon overfor både den offentlige og private tannhelsetjenesten for forskning initiert i tjenesten.

I regelverket for tilskuddsordningen for regionale odontologiske kompetansesentre fremkommer det at tilskuddsmidlene skal dekke forskningsaktivitet innenfor praksisnær forskning, epidemiologisk forskning og tjenesteforskning. Epidemiologisk forskning er blant annet viktig for forebyggende tannhelsearbeid, og tjenesteforskning går hovedsakelig ut på å få bedre innsikt i selve tjenesteutøvelsen. Fra og med budsjettåret 2022 omfordes to prosent av grunnbevilgningen til kompetansesentrene basert på årlige forskningspoeng som beregnes av NIFU. Dermed består forskningsfinansieringen gjennom tilskuddsordningen hovedsakelig av et basistilskudd og et resultatbasert tilskudd.

Tilskuddet dekker også aktivitet knyttet til formidling av forskning og deltakelse i forskningsnettverk. Ansatte ved kompetansesentrene deltar på seminarer og i konferanser og andre fora for å presentere forskning og annen kunnskapsutvikling. Forskningsaktiviteten ved kompetansesentrene og i tjenesten skal foregå hovedsakelig i samarbeid med tannklinikker i regionen, og med forskningsmiljøer ved universitetene, instituttene og andre forskningsenheter og kompetansetjenester.

## Deltakelse i spesialistutdanningen

Spesialistutdanningen for tannleger bygger på en femårig odontologisk grunnutdanning og minimum to år i allmennpraksis. Spesialistutdanningen er som regel et treårig studieløp, med unntak av oral kirurgi og oral medisin som er fem år. Det er også etablert et integrert dobbeltkompetanseløp for kandidater som vil ta spesialistutdanning og forskerutdanning samtidig. Reglene for spesialistutdanningen og antall spesialiteter vedtas av Helse- og omsorgsdepartementet.

I dag tilbys grunnutdanning, spesialistutdanning og forskerutdanning innenfor klinisk odontologi på Universitetet i Oslo (UiO), Universitetet i Bergen (UiB) og Universitetet i Tromsø (UiT). Spesialistutdanningen finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom en tilskuddsordning,

---

<sup>16</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, s.5). *Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (2017 -2027)*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-kunnskapsloft-for-oral-helse/id2569994/>

<sup>17</sup> (*ibid*). Helse- og omsorgsdepartementet. (2017).

mens grunnutdanningen og stipendiatstillinger til forskerutdanningen finansieres gjennom en rammebevilgning fra Kunnskapsdepartementet. Det har i tillegg vært en midlertidig ordning med et integrert dobbeltkompetanseløp for tannleger som vil ta spesialistutdanning og forskerutdanning samtidig (2010-2026). Her har det vært et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet som har sikret tannleger i ordningen lønn under dobbeltkompetanseløpet (spesialistutdanning og ph.d.).

En betydelig andel av innholdet i spesialistutdanningen er basert på klinisk praksis, med noe variasjon på tvers av fagdisiplinene/spesialitetene. Pasientbehandling skal derfor foregå kontinuerlig i alle studieår, under veiledning. Kandidater som tar utdanningen sin på UiO og UiB kan utføre klinisk trening og praksis ved universitetsklinikkene, i privat praksis, eller ved et kompetansesenter. I noen tilfeller (og for noen spesialiteter) utføres klinisk praksis ved et sykehus eller annen godkjent utdanningsvirksomhet. Kandidater på UiT fullfører klinisk praksis i all hovedsak ved TkNN (Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge). Spesialistkandidater i oral kirurgi fullfører ofte praksistrening ved et sykehus. I prinsippet kan kandidater fra alle tre odontologiske læresteder utføre klinisk praksis ved et kompetansesenter.

Ifølge reglene for spesialistutdanningen legges det til grunn at spesialistutdanning av tannleger etter hvert blir organisert som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og kompetansesentrene.<sup>18</sup> Som del av oppfølgingen av St.meld. nr. 35 (2006–2007), har Helsedirektoratet foreslått en kompetansebasert integrert samarbeidsmodell som etter planen skal hjemles i ny forskrift.<sup>19</sup> Den nye modellen er ikke vedtatt ennå, men skal legge til rette for at en større andel kandidater utfører klinisk praksistrening ved et kompetansesenter.

### 3.3 Organisering og utvikling

Kompetansesentrene er per i dag etablert hovedsakelig i Tromsø, Trondheim, Bergen, Stavanger og Oslo. Hvert senter er eid av én eller flere fylkeskommuner og er ulikt organisert innad i fylkeskommunen(e), jf. tabell 3.1. På norgeskartet i figur 3.2 vises den fylkeskommunale inndelingen og lokaliseringen av kompetansesentrene.

---

<sup>18</sup> Helsedirektoratet. (2016). *Regler for spesialistutdanning av tannleger. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 05.02.2014, justert 11.10.2016.* Helse- og omsorgsdepartementet.

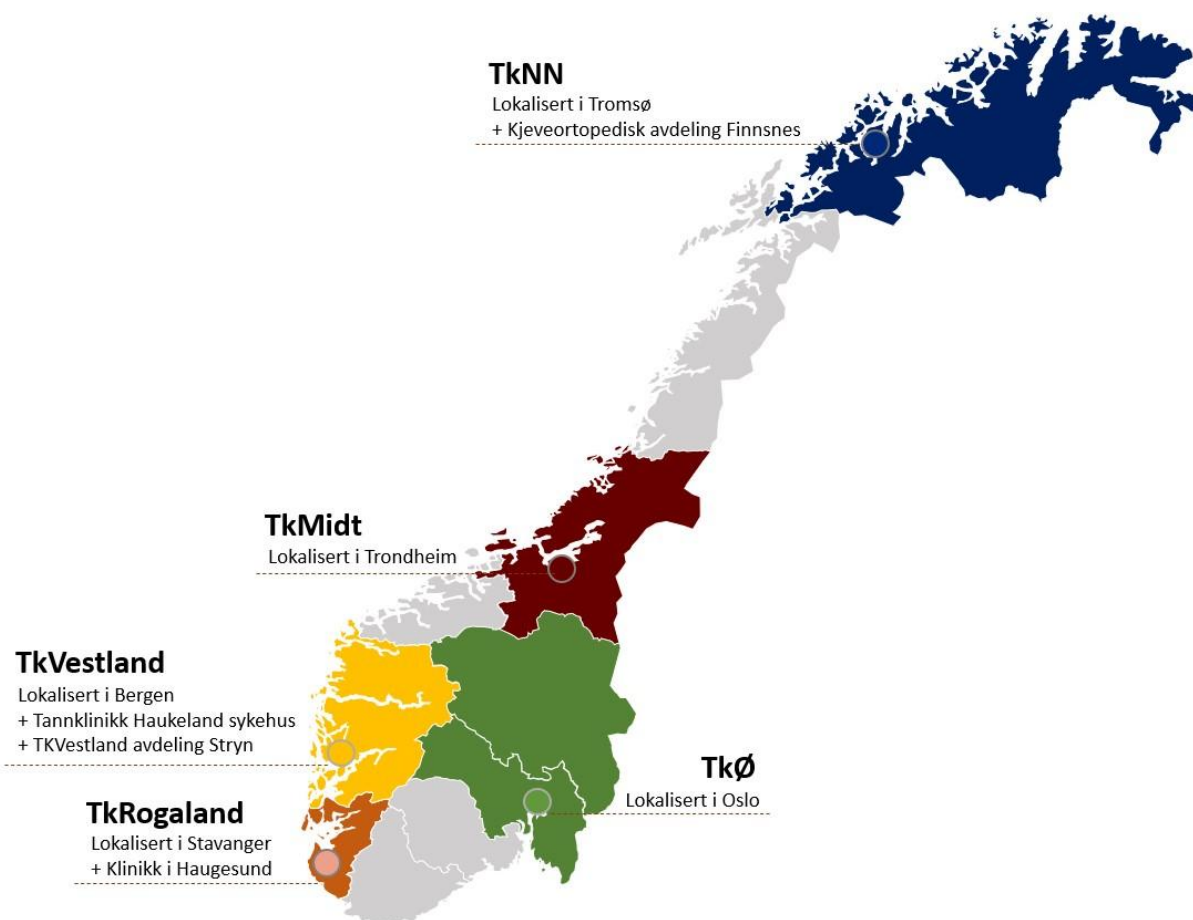
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning>

<sup>19</sup> Helsedirektoratet. (2016). *Organisering og gjennomføring av spesialistutdanning for tannleger – høst 2015* (IS-2764). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-gjennomforing-av-spesialistutdanning-for-tannleger/Organisering>; Helsedirektoratet. (2017). *Spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell. Utredningsrapport til Helse- og omsorgsdepartementet* (IS-2758). Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/spesialistutdanning-av-tannleger-som-en-integrert-samarbeidsmodell/Spesialistutdanning>

Tabell 3.1 Organisering av kompetansesentrene

Kompetansesenter	Eierfylke	Fylkeskommunal organisering
TkNN	Troms og Finnmark	Integrert i fylkeskommunen
TkMidt	Trøndelag	Fylkeskommunalt foretak
TkVestland	Vestland	Integrert i fylkeskommunen
TkRogaland	Rogaland	Integrert i den offentlige tannhelsetjenesten som er et fylkeskommunalt foretak
TkØ	Viken og Innlandet	Fylkeskommunalt oppgavefelleskap



Figur 3.2 Regionale odontologiske kompetansesentre

## Nærmere om hvert kompetansesenter

Kompetansesentrene ble opprettet på ulike tidspunkt. TkNN var det første senteret etablert i 2003. Etter det ble vedtatt i 2008 å etablere flere regionale odontologiske kompetansesentre, ble det opprettet et kompetansesenter i Arendal i 2009 for region Sør-Norge (TkSør). TkSør var organisert som et interkommunalt selskap eid av fylkeskommunene Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder, men ble lagt ned ti år senere. TkØ ble etablert i 2010/2011. Deretter ble TkVestland etablert i 2012 for tre fylkeskommuner, inkludert Rogaland, som etablerte eget senter i 2014. TkMidt ble opprettet i 2014 og er det nyeste kompetansesenteret.

Alle kompetansesentrene har det samme samfunnsoppdraget, med de hovedoppgavene som ble beskrevet i kapittel 3.2, men er ulikt organisert med hensyn til eierstruktur og styring av virksomheten. Fagansatte ved sentrene er hovedsakelig fordelt mellom klinisk virksomhet og forskningsvirksomhet. Per i dag er alle syv odontologiske spesialiteter representert ved hvert kompetansesenter, i ulike stillingsbrøker.

I dag er det til sammen om lag 363 personer tilknyttet kompetansesentrene. Tabell 3.2 gir en oversikt over ansatte ved kompetansesentrene ved utgangen av 2022.

Tabell 3.2 Ansatte ved kompetansesentrene i 2022

	TkNN	TkMidt	TkVestland	TkRogaland	TkØ
Totalt antall ansatte	76	62	78	86	61
Antall lederstillinger	3	4	4	5	4
Antall tannlegespesialister (årsverk)	24 (13)	11 (5)	18 (9,2)	23 (12)	14 (6)
Antall ansatte i forskningsavdelingen (årsverk)	9 (6,9)	23 (12,4)	21 (14,3)	17 (10,6)	17 (11,7)

Kilde: Kompetansesentrene.

Nedenfor beskriver vi sentrale trekk ved opprettelsen og organiseringen av hvert enkelt kompetansesenter.

### Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN)

TkNN var det første kompetansesenteret som ble opprettet og skulle ha en regionfunksjon for Nord-Norge. Kompetansesenteret ble etablert i 2003 samtidig med etablering av tannlegeutdanningen ved Universitetet i Tromsø (UiT). TkNN har dermed en nær tilknytning til UiT og er lokalisert i samme bygg som både institutt for klinisk odontologi og universitetstannklinikken. Universitetstannklinikken i Tromsø er en del av den offentlige tannhelsetjenesten og drives av fylkeskommunen.

Kompetansesenteret eies av Troms og Finnmark fylkeskommune og er integrert i fylkeskommunens driftsorganisasjon. Det vil si at kompetansesenteret er organisert på lik linje med et tannhelsedistrikt i den offentlige tannhelsetjenesten, og lederen for kompetansesenteret inngår i ledergruppen til fylkestannhelsesjefen sammen med lederne av de andre tannhelsedistriktene. Da TkNN først ble

opprettet var kompetansesenteret eid av Troms fylkeskommune, og når fylkeskommunene Troms og Finnmark oppløses, vil Troms overta eierskapet igjen.

Fagansatte ved kompetansesenteret er fordelt mellom en spesialistklinikk og forskningsavdeling i Tromsø, og en kjeveortopedisk avdeling på Finnsnes. Alle syv odontologiske spesialiteter er representert på TkNN, i tillegg til multidisiplinær odontologi.

### **Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Midt-Norge (TkMidt)**

TkMidt ble etablert i 2014 og er det nyeste kompetansesenteret. TkMidt ble opprinnelig etablert som et interfylkeskommunalt selskap (IKS) med fylkeskommunene Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Etter at fylkeskommunene Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag ble slått sammen i 2018, trakk Møre og Romsdal seg ut av samarbeidet.

Fra og med 2020 er TkMidt organisert som et fylkeskommunalt foretak eid av Trøndelag fylkeskommune. Det innebærer blant annet at kompetansesenteret har større grad av autonomi fra fylkeskommunen enn om senteret var organisert som en del av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I et fylkeskommunalt foretak er det fylkestinget som er øverste styrende organ, og som velger styre og fastsetter vedtekter for foretaket, jf. kommuneloven § 9. Leder av kompetansesenteret er direkte underordnet styret. Fylkestannhelsesjefen for Trøndelag fylkeskommune er ikke involvert i styringen av TkMidt, men leder av kompetansesenteret deltar i ledermøter i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Ansatte ved TkMidt er jevnt fordelt mellom en spesialistklinikk, en forskningsavdeling og en avdeling for tilrettelagt behandling.

### **Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland (TkVestland)**

TkVestland ble etablert i 2012 og er i dag eid av Vestland fylkeskommune. Arbeidet med å etablere kompetansesenteret startet i 2008, for å tilby spesialistbehandling til pasienter i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. TkVest ble opprinnelig etablert med en avdeling i Hordaland og en i Rogaland. I 2014 ble TkVest/Hordaland en selvstendig enhet (TkVestland) og et eget kompetansesenter ble etablert for Rogaland.

I likhet med TkNN er TkVestland integrert i driftsorganisasjonen til fylkeskommunen. TkVestland er organisert som et tannhelseområde på lik linje med andre tannhelseområder i den offentlige tannhelsetjenesten, og lederen av kompetansesenteret er en del av ledergruppen til fylkestannhelsesjefen, som er øverste leder.

TkVestland er fordelt mellom et senter for odontofobi, forskningsavdeling og klinikk. Kompetansesenteret er lokalisert på flere steder i Bergen og har som mål å samlokaliseres på ett sted. TkVestland omfatter også tannklinikken på Haukeland sykehus og en avdeling på Stryn, og det planlegges å etablere en klinikk i Førde. I tillegg benytter kompetansesenteret seg av flere spesialister i fylket som er faglig tilknyttet senteret men ikke ansatt på TkVestland.

### **Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland (TkRogaland)**

TkRogaland eies av Tannhelse Rogaland FKF. Tannhelse Rogaland er et fylkeskommunalt foretak og ivaretar fylkeskommunens ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Det vil si at TkRogaland er en

integrrert del av den offentlige tannhelsetjenesten, underordnet fylkestannhelsesjefen, men at tannhelsetjenesten er organisert som et fylkeskommunalt foretak. Leder av kompetansesenteret er en del av ledergruppen til fylkestannhelsesjefen, som øverste leder for Tannhelse Rogaland.

Tannhelse Rogaland opprettet en spesialisttannklinikk i 2008, som har blitt videreutviklet som kompetansesenter etter at TkVest ble delt opp i TkVestland og TkRogaland. Kompetansesenteret ble formelt etablert i 2014. I dag omfattes TkRogaland av Stavanger spesialisttannklinikk, en nyopprettet spesialisttannklinikk i Haugesund, en forskningsavdeling, seks TOO-team og tre team som utfører tannbehandling i narkose på sykehusene.

### **Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ)**

TkØ ble opprettet som et prosjekt i 2008 og etablert i 2010/2011 som et interfylkeskommunalt samarbeid, jf. kommuneloven § 27, mellom fylkeskommunene Akershus, Hedmark, Oppland, Østfold og Oslo. TkØ ble etablert i egne lokaler i Oslo med alle funksjoner november 2015. Akershus fylkeskommune trakk seg fra samarbeidet i 2015 og Oslo fylkeskommune trakk seg i 2016. Etter fylkessammenslåingene ble Viken og Innlandet fylkeskommuner deltakere i det interfylkeskommunale samarbeidet.

Per i dag er TkØ organisert som et fylkeskommunalt oppgavefelleskap etter kommuneloven §19. Det vil si at kompetansesenteret forholder seg til et styre og et representantskap, med representantskapet som øverste styrende organ. Med denne organisasjonsformen skal det inngås skriftlig samarbeidsavtale mellom deltakerne i oppgavefelleskapet, som er fylkeskommunene Innlandet og Viken. Med Viken som kontorfylkeskommune innebærer det blant annet at ansatte ved kompetansesenteret har sitt ansettelsesforhold hos Viken fylkeskommune. Når Viken fylkeskommune løses opp, vil oppgavefelleskapet omfatte fire fylkeskommuner fra 2024: Buskerud, Akershus, Østfold og Innlandet, jf. vedtak i Viken fylkesting i juni 2023. Østfold fylkeskommune blir fra 2024 ny kontorfylkeskommune for TkØ.

Ansatte ved TkØ er fordelt mellom en klinikk med alle spesialistfunksjoner samt en omfattende narkosefunksjon, en forskningsavdeling, en funksjon for kompetansetiltak og avdeling for TOO-tilbudet.

## 4. Observasjoner

Observasjonskapittelet danner grunnlaget for analysene og vurderingene som er gjort i evalueringen. Observasjonene er basert på dokumentstudier, tilgjengelig datamateriale, intervjuer og en spørreundersøkelse. Oversikt over intervjuobjekter er vist i vedlegg D, mens spørreundersøkelsen er gjennomført blant ansatte på kompetansesentrene, ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren. Kapittelet er delt i seks delkapitler som omfatter målområdene til kompetansesentrene i tillegg til økonomiske og administrative forhold og overordnede observasjoner.

### 4.1 Behandlingstilbudet

#### Pasientgrunnlag

Pasientgrunnlaget til kompetansesentrene er i utgangspunktet hele den norske befolkningen. Sentrale befolkningsgrupper er pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven:

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

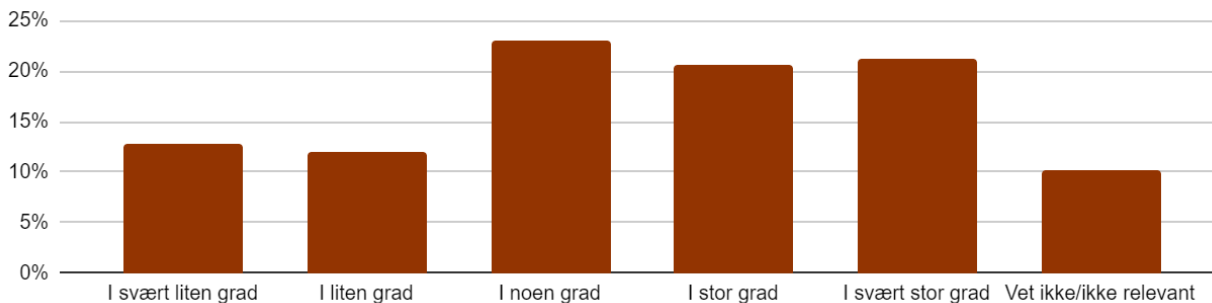
Den voksne befolkningen som ikke faller innenfor pasientgruppene (gruppe B, C eller E) går ofte under betegnelsen "gruppe F". Unge voksne i alderen 21-24 år har rett til tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten mot 25 % egenbetaling, jf. nærmere beskrivelse i Rundskriv I-2/2023 *Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet*, som er datert 24.03.2023. I rundskrivet fremkommer det at implementeringen av tjenestetilbudet skal skje så snart som praktisk mulig. Den nye pasientgruppen (unge voksne i alderen 21-24 år) går ofte under betegnelsen "gruppe G".

Statistisk sentralbyrå publiserer befolkningsstatistikk og -framskrivninger i 1-årige aldersgrupper fordelt på regionsnivå, som kompetansesentrene kan benytte til å estimere fremtidige endringer i pasientgrunnlaget. Etter vår forståelse eksisterer det imidlertid ikke regional statistikk over befolkningen i gruppe B og C, mens gruppe E har eventuelt den enkelte fylkeskommune oversikt over.

#### Betydning for spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene

I den gjennomførte spørreundersøkelsen oppgir fire av ti respondenter at de opplever at kompetansesentrene i *stor* eller *svært stor* grad har bidratt til å styrke spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene, mens i overkant av to av ti respondenter opplever det i *svært liten* eller *liten* grad, jf. figur 4.1.





Figur 4.1 Fordeling av svar på spørsmål: I hvilken grad opplever du at kompetansesentrene har bidratt til å styrke spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

Dersom vi fordeler respondentene etter deres relasjon til kompetansesentrene, er det store forskjeller i svarene. Blant ansatte og ledere på kompetansesentrene har 82 % av respondentene oppgitt at de opplever at kompetansesentrene i *stor* eller *svært stor* grad har bidratt til å styrke spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene, mot 43 % av ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjeneste, 21 % av ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse og 11 % av privatpraktiserende tannleger.

Resultatene fra spørreundersøkelsen reflekteres i de gjennomførte intervjuene. Blant *kompetansesentrene* er den generelle oppfatningen at sentrene har bidratt til å sikre tilgangen til spesialisttannhelsetjenester for befolkningen i fylkeskommunene de eid av, som er en del av samfunnsoppdraget til sentrene. Med befolkningen menes både personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller etter Stortingets budsjettvedtak og personer som betaler utgiftene til tannbehandling selv. Mange av pasientene på kompetansesentrene er barn og ungdommer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og komplekse kasuser som krever tverrfaglig behandling og/eller som har utfordringer med å gjennomføre tannbehandling av andre årsaker enn tennene (for eksempel psykiske plager, rusmisbruk, odontofobi etc.). Enkelte av kompetansesentrene har også en viktig distriktsfunksjon ved at de sikrer et tilbud til befolkningen hvor den private spesialisttannhelsetjenesten i mindre grad er til stede.

*Intervjuobjekter i den offentlige tannhelsetjenesten* uttrykker overordnet at kompetansesentrene fungerer bra og at de benytter spesialistklinikken på sentrene. Kompetansesentrene trekkes frem som en sentral henvisningsinstans særlig for komplekse kasuser med behov for tverrfaglig behandling og pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Det oppleves som trygt å ha et kompetansesenter med tverrfaglig kompetanse man kan henvise til som ivaretar samfunnsoppdraget. Alle fylkeskommunene har over tid opparbeidet rutiner for henvisninger til sentrene, samtidig som det rapporteres om forbedringspotensiale, jf. senere omtale.

Samtidig som betydningen av å ha spesialisttannhelsetilbud på kompetansesentrene trekkes frem av intervjuobjektene, må fylkeskommunene forholde seg til det private markedet for tannlegespesialister. I de store byene har det over tid vært relativ god tilgang på private tannlegespesialister, mens i flere regioner

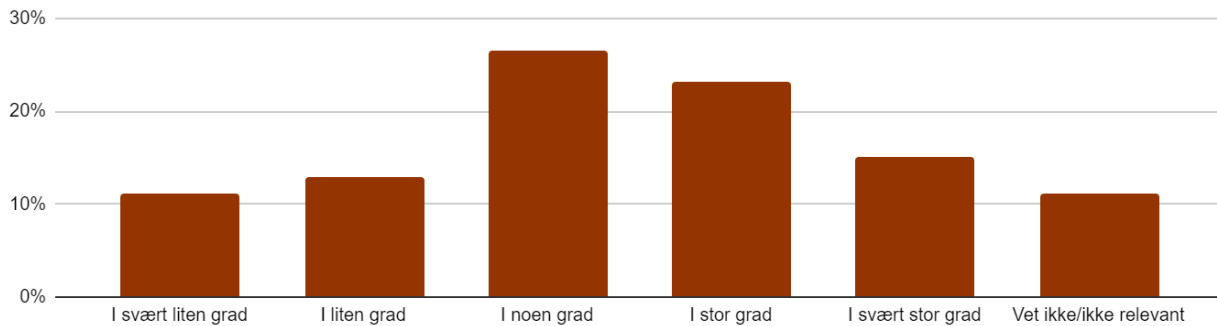
har det vokst frem en større privat spesialisttannhelsetjeneste enn da sentrene ble etablert. Det innebærer at fylkeskommunene har i økende grad fått mulighet til å henvise pasienter til andre instanser enn kompetansesentrene. Flere av fylkeskommunene er åpne for at de offentlige klinikkene kan gjøre skjønnsmessige vurderinger om hvor de vil henvise pasientene. Enten til kompetansesentrene, spesialister i den offentlige tannhelsetjenesten eller private spesialister. I vurderingene spiller faktorer som reisevei, behov for kost og losji og antall behandlingsbehov inn. Enkelte av intervjuobjektene peker på at det må være en balanse mellom å henvise tilstrekkelig pasienter til kompetansesentrene slik at de kan eksistere og benytte private tannlegespesialister til enklere kasuser og der det er til det beste for pasienten. Det gjelder både pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og den voksne befolkningen.

Når det gjelder *intervjuobjekter i universitets- og høyskolesektoren*, er det ulike meninger om kompetansesentrenes bidrag til å styrke spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene. På den ene siden trekkes det frem at det er positivt med offentlige kompetansesentrene, fortrinnsvis i distriktene. Her bidrar sentrene til å sikre at pasientgrupper som trenger tverrfaglig spesialistkompetanse, får et godt tilbud. Det er således synd at senteret i Arendal ble lagt ned. På den andre siden er flere kritiske til at kompetansesentrene er plassert i storbyene. De opplever at disse sentrene har bidratt til en sentralisering av spesialistkompetansen i landet, hvilket er motsatt av det som var intensjonen med kompetansesentrene. I tillegg opplever flere at kompetansesentrene er "konkurrenter" til universitetsklinikkene i Oslo og Bergen ettersom de behandler delvis samme type pasienter som også henvises fra offentlige tannklinikker. Kombinert med en opplevelse av at ressursene prioriteres til kompetansesentrene, mens universitetene får tildelt færre midler enn før, gir det grobunn til dårlig samarbeidsklima.

Når det kommer til *privatpraktiserende tannleger*, stilles det i større grad spørsmål om det er behov for offentlige spesialisttannklinikker som kompetansesentrene. Det oppgis at intensjonen med sentrene var å gi et tilbud til komplekse kasuser og pasienter med rettigheter. I praksis opplever imidlertid flertallet av intervjuobjektene at kompetansesentrene også behandler enklere kasuser blant voksne, betalende pasienter for å sikre tilstrekkelig inntjening for at sentrene skal ha økonomisk forsvarlig drift. I tillegg er det flere utfordringer på sentrene med drift og ressurser, jf. senere omtale. Foruten pedodonti, er det private tannlegespesialister innenfor alle spesialiteter (kun en privat tannlegespesialist innenfor multidisiplinær odontologi). I tillegg er den private sektoren i endring hvor stadig flere tannlegekontorer fusjonerer med større tannlegekjeder og det dannes større tannlegekjeder med tverrfaglig spesialisttilbud økende antall steder i landet. Flere stiller seg spørsmålet om det er samfunnsøkonomisk lønnsomt og god ressursbruk å opprette offentlige spesialistklinikker. Dersom det skal være offentlig finansierte tannlegespesialister, burde det i så fall opprettes på steder der det er manglende spesialistdekning, dvs. i distriktene, slik at behandlingstilbudet er likt i hele landet.

## Nærmere om pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven

I den gjennomførte spørreundersøkelsen oppgir i underkant av fire av ti respondenter at de opplever at kompetansesentrene i *stor* eller *svært stor* grad har bidratt til å dekke spesialistbehovet til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, mens i overkant av to av ti respondenter opplever det i *svært liten* eller *liten* grad, jf. figur 4.2.



Figur 4.2 Fordeling av svar på spørsmål: I hvilken grad opplever du at kompetansesentrene har bidratt til å dekke spesialistbehovet til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

Dersom vi fordeler respondentene etter deres relasjon til kompetansesentrene, er det også her store forskjeller i svarene blant aktørgruppene. Blant ansatte og ledere på kompetansesentrene har 75 % av respondentene oppgitt at de opplever at kompetansesentrene i *stor* eller *svært stor* grad har bidratt til å dekke spesialistbehovet til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, mot 38 % av ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjeneste, 17 % av ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse og 11 % av privatpraktiserende tannleger.

I et oppfølgingsspørsmål i spørreundersøkelsen, har respondentene som ikke opplever at behovet er fullt ut dekket av kompetansesentrene, oppgitt årsaker til dette, jf. figur 4.3. De tre viktigste årsakene i prioritert rekkefølge er at kompetansesentrene ikke har tilstrekkelig antall tannlegespesialister (38 %), ikke tilstrekkelig geografisk spredning av behandlingstilbudet (33 %) og at behandlingen skjer hos privatpraktiserende spesialister (26 %).



Figur 4.3 Fordeling av svar på spørsmål: Dersom du opplever at behovet ikke er fullt ut dekket av kompetansesentrene, hva mener du er årsaken(e) til det? Flervalg mulig.

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

Resultatene fra spørreundersøkelsen reflekteres i de gjennomførte intervjuene. Blant *kompetansesentrene* trekkes pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven frem som sentrale

pasientgrupper. Intervjuobjektene på kompetansesentrene oppgir at pasienter med rettigheter prioriteres foran andre pasientgrupper, samtidig som de benytter prioriteringskriteriene i helsesektoren - nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet - til å prioritere henviste pasienter.<sup>20</sup> I intervjuene er det noe ulikt på tvers av kompetansesentrene hva de vektlegger mest: Enkelte av sentrene oppgir at de i større grad prioriterer ut i fra prioriteringskriteriene, mens andre sentre oppgir at de i større grad prioriterer pasienter med rettigheter. Det innebærer at voksne, betalende pasienter kan bli prioritert foran pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven dersom de har større eller mer alvorlige tannproblemer. Videre har ikke kompetansesentrene akutfunksjon, men dersom det kommer pasienter med akutte tannproblemer må disse prioriteres uavhengig av pasientgruppe.

Når det gjelder *den offentlige tannhelsetjenesten*, oppgir flertallet av intervjuobjektene at kompetansesentrene er hovedhenvisningsinstans for pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Historisk har det ikke vært et tilstrekkelig godt spesialistbehandlingstilbud for disse pasientene. Den offentlige tannhelsetjenesten (allmenntannhelsetjenesten) gjorde i større grad behandlingene selv med varierende kvalitet. I dag har man en henvisningsinstans i kompetansesentrene som sikrer pasientene god spesialistbehandling. Av de ulike spesialistgrenene, trekkes særskilt pedodontistene frem. Pedodontister arbeider nesten utelukkende på offentlige tannklinikker, inkl. kompetansesentrene, og tilgangen på tannleger med denne spesialiseringen er derfor relativt begrenset.

På den andre siden påpeker flertallet av intervjuobjektene at de strekker seg langt for å gjøre behandlingen selv. Særskilt når det er lang reisevei til kompetansesentrene, kapasiteten er lav og det er lange ventetider m.m., jf. omtale av hindringer lenger ned. Dersom man i tillegg kjenner privatpraktiserende spesialister med god tilgjengelighet som ligger nærmere enn kompetansesenteret, øker terskelen for å henvise til kompetansesentrene framfor privatpraktiserende tannleger. Det gjelder særlig når det er behov for behandling hos kun en spesialist. I tillegg har ikke kompetansesentrene eksistert i altfor lang tid og strukturer som var på plass før sentrene kom, benyttes til en viss grad fortsatt. For eksempel er det flere offentlige klinikker som har en langvarig relasjon til universitetsklinikkene i Bergen og Oslo, som fortsatt bruker universitetene som henvisningsinstans for tverrfaglige kasuser blant pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Når det gjelder *privatpraktiserende tannleger*, har flertallet av intervjuobjektene en opplevelse av at pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven blir nedprioritert som følge av at sentrene må behandle voksne, betalende pasienter. Det vises til "inntektskravet" og behovet for inntekter for å sikre økonomisk forsvarlig drift.

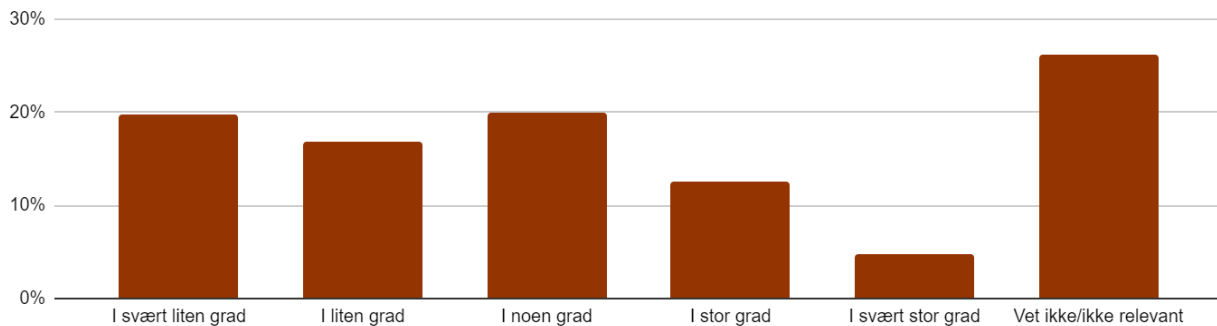
## Nærmere om voksne betalende pasienter

I den gjennomførte spørreundersøkelsen oppgir i underkant av to av ti respondenter at de opplever at kompetansesentrene i *stor* eller *svært stor* grad har bidratt til å bedre tilgangen til spesialisttannhelsetjenester for voksne betalende pasienter, mens i underkant av fire av ti respondenter

---

<sup>20</sup> Helsedirektoratet. (2011). *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling* (IS-1589). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten/>; Meld. St. 38. (2020-2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>

opplever det i *svært liten* eller *liten* grad, jf. figur 4.4. Andelen som oppgir at spørsmålet *ikke er relevant/vet ikke* er imidlertid høy.

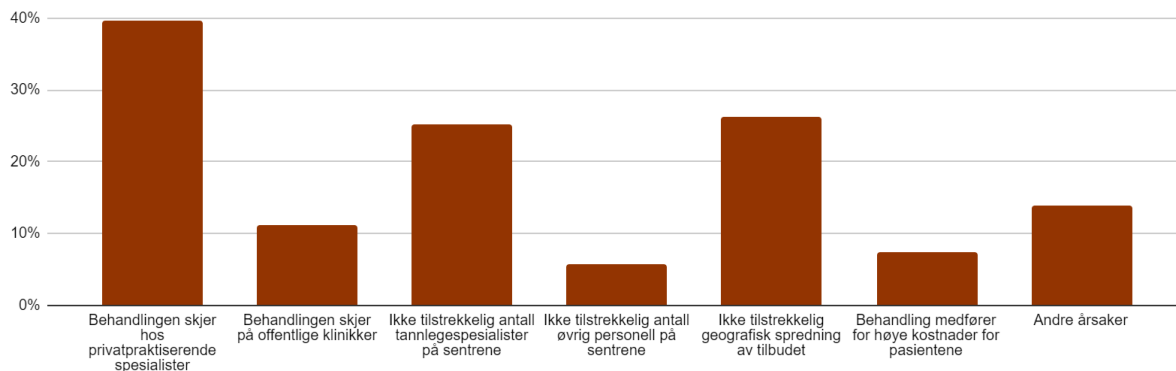


Figur 4.4 Fordeling av svar på spørsmål: I hvilken grad opplever du at kompetansesentrene har bidratt til å bedre tilgangen til spesialisttannhelsetjenester for voksne betalende pasienter?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

Dersom vi fordeler respondentene etter deres relasjon til kompetansesentrene, er det også her store forskjeller i svarene blant aktørgruppene. Ansatte og ledere på kompetansesenteret er den eneste gruppen som har overvekt av respondenter som har oppgitt at de opplever at kompetansesentrene i stor eller svært stor grad har bidratt til å dekke spesialistbehovet til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven; 43 % har oppgitt i *stor* eller *svært stor* grad mens 15 % har angitt i *liten* eller *svært liten* grad. Blant privatpraktiserende tannleger har 71 % av respondentene oppgitt i liten eller svært liten grad, blant ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse er andelen 52 % og blant ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjeneste er andelen 32 %.

I et oppfølgingsspørsmål i spørreundersøkelsen, har respondentene som har oppgitt svært liten, liten eller noen grad på spørsmålet om kompetansesentrene har bidratt til å bedre tilgangen til spesialisttannhelsetjenester for voksne betalende pasienterover, oppgitt årsaker til dette, jf. figur 4.5. De tre viktigste årsakene i prioritert rekkefølge er at behandlingen skjer hos privatpraktiserende spesialister (40 %), ikke tilstrekkelig geografisk spredning av behandlingstilbudet på kompetansesentrene (26 %) og ikke tilstrekkelig antall tannlegespesialister på kompetansesentrene (25 %).



Figur 4.5 Fordeling av svar på spørsmål: Dersom du opplever at kompetansesentrene i svært liten, liten eller noen grad har bidratt til dette, hva mener du er årsaken(e) til det? Flervalg mulig.

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

I intervjuene med *kompetansesentrene* fremkommer det at sentrene særlig behandler voksne, betalende pasienter med komplekse behov som krever tverrfaglig behandling, samt personer som har andre utfordringer med å gjennomføre tannbehandling av andre årsaker enn tennene (for eksempel psykiske plager, rusmisbruk, odontofobi etc.). Blant sentrene som har høyere andel pasienter fra den voksne befolkningen, behandles i større grad også pasienter som ikke har så komplekse tannbehandlingsbehov hvor det er tilstrekkelig med behandling hos en spesialist. Det må blant annet ses i sammenheng med dekningen av privatpraktiserende tannlegespesialister i de ulike regionene. I Nord-Norge er det færre private tannlegespesialister enn i for eksempel Oslo og Bergen. Behandlingen av voksne, betalende pasienter må også sees i sammenheng med økonomien til kompetansesentrene. I budsjettene til sentrene er det beregnet inntekter fra betalende pasienter. Sentrene har i så måte et "inntektskrav" knyttet til driften av spesialistbehandlingen, hvor de er avhengig av å behandle en viss andel betalende pasienter slik at de ikke går med underskudd.

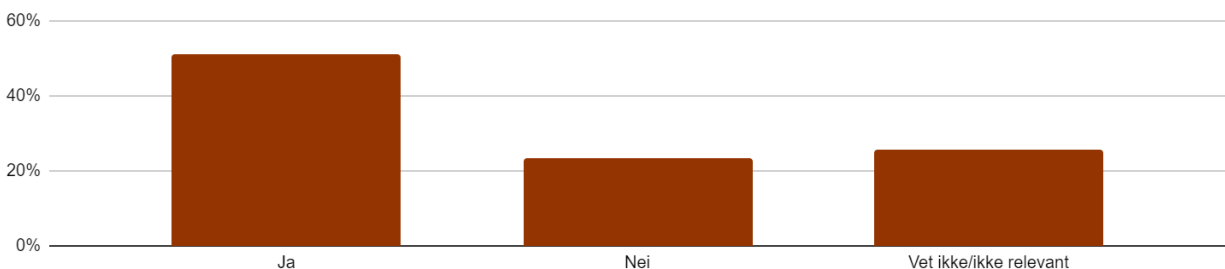
I intervjuene med *den offentlige tannhelsetjenesten* gis det uttrykk for ulike henvisningspraksiser. Enkelte henviser flere voksne, betalende enn prioriterte grupper siden de behandler en stor andel voksne pasienter, mens andre peker på at noen av sentrene har dårlig kapasitet som gjør at de heller går til privatpraktiserende tannlegespesialister og andre henvender seg i størst grad til private tannleger ettersom det er enklest for pasienten i form av reisevei. Det er mulig å spore noen regionale forskjeller, samtidig som de nevnte faktorene har stor innvirkning på henvisningspraksisen, dvs. avstand til kompetansesentrene og kapasitetsutfordringer på sentrene. Flere av intervjuobjektene er kjent med at sentrene har et "inntektskrav" og at de er avhengig av en viss andel betalende pasienter for å ha balanse i regnskapet. Det medfører at flere etterstreber å henvise pasienter til kompetansesentrene fremfor privatpraktiserende tannleger.

Når det gjelder *privatpraktiserende tannleger*, stilles det spørsmål ved hvorvidt det er behov for offentlige spesialisttannklinikker som behandler voksne, betalende pasienter. Det er til en viss grad forståelig ut fra et distriktshensyn hvor det offentlige tilbyr spesialisttannhelsetjenester hvor det er manglende

spesialistdekning, men ikke i byer og andre steder hvor det er god dekning i privat sektor. I tillegg har spesialistdekningen blitt bedre over tid flere steder i landet, som har redusert behovet for offentlige tannlegespesialister.

## Tverrfaglig spesialistkompetanse

I den gjennomførte spørreundersøkelsen oppgir halvparten av respondentene at de opplever at kompetansesentrenes tverrfaglige spesialisttannhelsetjenester bedrer pasientbehandlingen i forhold til å henvise til en enkelt spesialist, jf. figur 4.6.



Figur 4.6 Fordeling av svar på spørsmål: Opplever du at kompetansesentrenes tverrfaglige spesialisttannhelsetjenester bedrer pasientbehandlingen i forhold til å henvise til en enkelt spesialist?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjeneste, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

Dersom vi fordeler respondentene etter deres relasjon til kompetansesentrene, er det samme mønster som i de foregående spørsmålene. Blant ansatte og ledere på kompetansesentrene har 81 % av respondentene oppgitt at de opplever at kompetansesentrenes tverrfaglige spesialisttannhelsetjenester bedrer pasientbehandlingen, mot 53 % av ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjeneste, 34 % av ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse og 18 % av privatpraktiserende tannleger.

I intervjuene er det relativt bred enighet blant intervjuobjektene at kompetansesentrenes styrke er den tverrfaglige spesialistkompetansen. Kompetansesentrene har alle spesialistgrupper "samlet under ett tak", som gjør at sentrene har mulighet til å ta imot komplekse kasuser som krever tverrfaglig utredning og behandling fra flere spesialister. Sentrene har ukentlige kasusmøter hvor spesialistene er samlet hvor de kan vurdere pasienter og sammen komme frem til en behandlingsplan, i tillegg til at det er enkelt å konsultere hverandre i hverdagen. På flere av sentrene inviteres også tannlegespesialister fra andre klinikker (offentlige og private) på kasusmøtene og eventuelt personer fra helse- og omsorgstjenesten ved behov. Sett i et historisk perspektiv er det tverrfaglige spesialisttilbudet relativt unikt i Norge. Universitetsklinikkerne i Oslo og Bergen har også et tverrfaglig spesialisttilbud og det eksisterer enkelte tverrfaglige privatpraktiserende spesialistklinikker som har alle spesialiteter bortsett fra pedodontister, men flertallet av tannlegeklinikker i Norge har ikke den samme bredden i kompetanse.

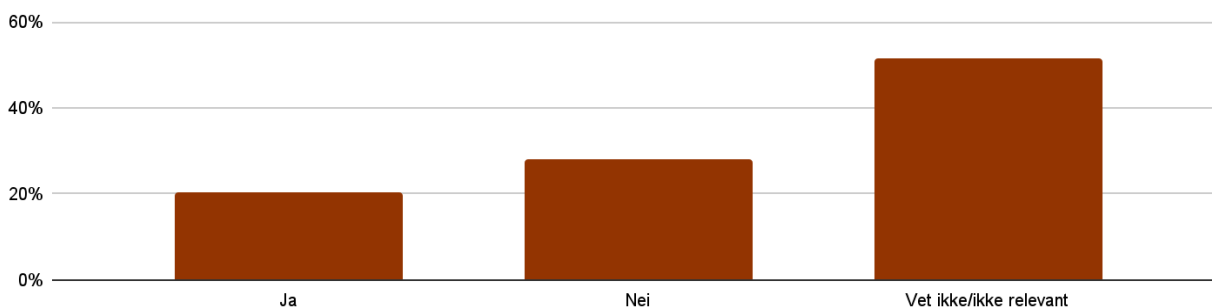
Flere intervjuobjekter trekker frem at sentrene må ha en viss dekning innenfor alle spesialistgruppene for at de skal kunne opprettholde et velfungerende tverrfaglig tilbud som henvisende instanser kan stole på.

Intervjuobjekter fra ulike institusjoner mener at det bør være minimum to spesialister innenfor hver fagdisiplin for at tilbudet skal være tilfredsstillende.

Et spørsmål som trekkes frem i flere av intervjuene, er hvorvidt sentrene klarer å få det tverrfaglige tilbudet til å fungere i praksis. I teorien er et tverrfaglig kompetansesentrum en god ide, mens i praksis kan det være krevende å få til. Et velfungerende tverrfaglig tilbud krever at spesialistene må være til stede på samme tid, som kan være utfordrende når tannlegene har deltidsstillinger og ulik arbeidstid. I tillegg kommer utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i bemanningen, jf. omtale lenger ned. Det må også være på plass tydelige strukturer og ansvarsfordeling for å få til et godt samarbeid og at spesialistene fungerer som "et lag". Flere av intervjuobjektene presiserer at de ikke kjenner godt nok til de faktiske forholdene på sentrene til å uttale seg om hvordan de får det til å fungere i praksis.

### Særskilte behov for helse- og omsorgstjenester

I den gjennomførte spørreundersøkelsen undersøkte vi hvorvidt respondentene opplevde at kompetansesentrene har bidratt til å avdekke særskilte behov for helse- og omsorgstjenester som man tidligere ikke hadde kunnskap om. Figur 4.7 viser at om lag halvparten av respondentene svarte *vet ikke/ikke relevant*, mens tre av ti svarte *nei* og to av ti svarte *ja*.



Figur 4.7 Fordeling av svar på spørsmål: Opplever du at spesialisttannhelsetjenestene ved kompetansesentrene har bidratt til å avdekke særskilte behov for helse- og omsorgstjenester som man tidligere ikke har hatt kunnskaper om?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

I et tilleggsspørsmål fikk respondentene anledning til å spesifisere hvilke behov som de opplever har blitt avdekket ved kompetansesentrene. Behov som går igjen hos respondentene er som følger:

- Behovet for TOO-tilbudet og angstbehandling
- Tilbud til barn og unge med tannlegeskrekk og store sammensatte behov
- Tverrfaglig og komplisert behandling av pasienter
- Tverrfaglig oppfølging av pasienter over lengre tid
- Utfordringer hos pasienter med sammensatte problemstillinger
- Behovet for narkosebehandling

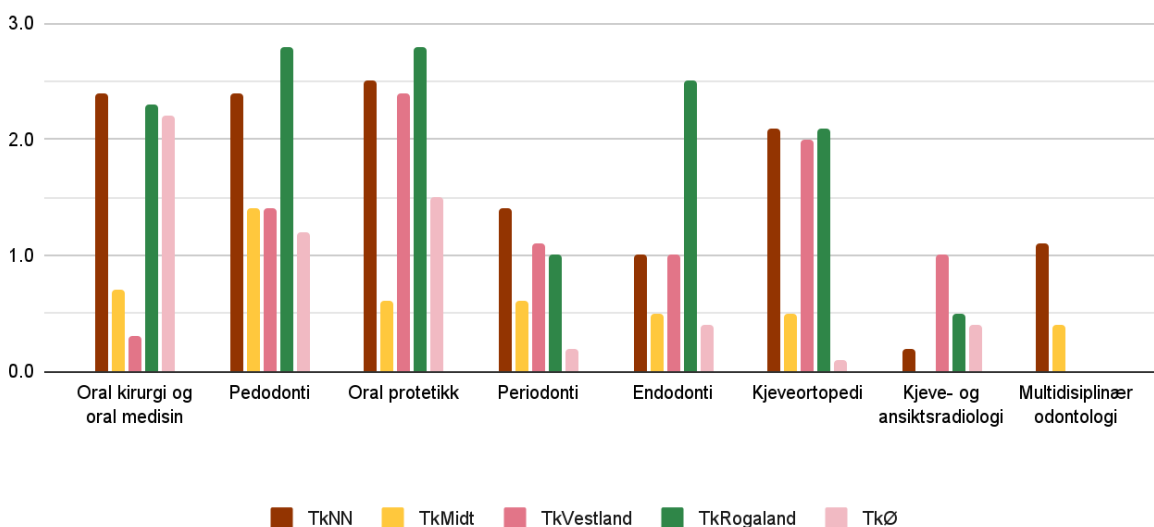


- Behovet for samhandling med øvrige helsetjenester og andre offentlige instanser

## Kompetanse, bemanning og rekruttering

### Sammensetning av fagkompetanse

Tabell 3.2 gir oversikt over antall tannlegespesialister fordelt på kompetansesentrene per mai 2023. Tabellen viser at bemanningen på spesialistklinikken varierte mellom 11 og 24 tannlegespesialister og mellom 4.7 og 14 spesialistårsverk per mai 2023. Figur 4.8 gir oversikt over sammensetningen av spesialiteter og antall årsverk fordelt på spesialitetene på kompetansesentrene i 2022. Spesialitetene med flest årsverk på kompetansesentrene var oral kirurgi og oral medisin, pedodonti og oral protetik. I tillegg hadde tre av sentrene en høy andel årsverk innenfor kjeveortopedi, mens TkRogaland hadde som eneste senter en høy andel årsverk innen endodonti.



Figur 4.8 Antall årsverk fordelt på odontologisk spesialitet i 2022

Kilde: Helsedirektoratet.

Statistisk sentralbyrå publiserer årlig årsverk for tannlegespesialister i offentlig og privat tannhelsetjeneste. Tabell 4.1 gir en oversikt over årsverk for tannlegespesialister i offentlig og privat tannhelsetjeneste i 2022. Dersom vi ser på andelen årsverk i offentlig sektor av totalt antall årsverk i fylkeskommunene som kompetansesentrene tilhører, er det stor variasjon i omfanget av offentlige tannlegespesialister på tvers av fylkeskommunene. Høyest andel offentlige årsverk i 2022 var i Troms og Finnmark fylkeskommune (TkNN) etterfulgt av Rogaland fylkeskommune (TkRogaland), Trøndelag fylkeskommune (TkMidt) og Vestland fylkeskommune (TkVestland), mens andelen årsverk tannlegespesialister i offentlige sektor var lavest i Viken og Innlandet fylkeskommune (TkØ).

Tabell 4.1 Årsverk tannlegespesialister i offentlig og privat tannhelsetjeneste i 2022

	Offentlig sektor	Privat sektor	Andel offentlig sektor (prosent)
Oslo kommune	2,6	116,0	2,2
Rogaland fylkeskommune	17,8	47,0	27,5
Møre og Romsdal fylkeskommune	3,2	20,9	13,3
Nordland fylkeskommune	6,4	8,0	44,4
Viken fylkeskommune	8,6	111,7	7,1
Innlandet fylkeskommune	1,2	20,4	5,6
Vestfold og Telemark fylkeskommune	5,0	28,3	15,0
Agder fylkeskommune	1,0	22,7	4,2
Vestland fylkeskommune	15,5	71,4	17,8
Trøndelag fylkeskommune	8,5	28,1	23,2
Troms og Finnmark fylkeskommune	20,7	11,4	64,5

Kilde: Statistisk sentralbyrå og egne beregninger.

### Kompetanse og rekruttering

Flere av intervjuobjektene på tvers av institusjoner trekker frem at tannhelsepersonellet på kompetansesentrene generelt fremstår som dyktige og kompetente. Mange har vært i kontakt med personale på ulike måter og de fremstår som de har høy kompetanse innenfor sitt fagområde.

Stabil bemanning trekkes frem som en viktig suksessfaktor for at sentrene skal gi et godt pasienttilbud, opprettholde et godt kundeforhold til henvisende instanser og generelt ha et godt forhold til tannhelsemiljøet. Når man behandler komplekse kasuser er det særskilt viktig å ha opparbeidet erfaring over tid. Flere av intervjuobjektene på kompetansesentrene og i den offentlige tannhelsetjenesten oppgir imidlertid at det er utfordrende å rekruttere og beholde tannlegespesialister. Dette har vært en utfordring siden etableringen av kompetansesentrene. Andre intervjuobjekter påpeker også at det er utfordrende å ansette tannpleiere og tannhelsesekretærer. Disse yrkesgruppene er også kritisk kompetanse på spesialistklinikken på sentrene.

Ser vi på kompetansesentrene i dag er det regionale forskjeller i bemanningsutfordringene:

- I Tromsø er det et lite arbeidsmarked for privatpraktiserende tannlegespesialister. Når TkNN utlyser tannlegespesialiststillinger er det få kandidater, om noen.
- På TkMidt er det store rekrutteringsutfordringer og høy turnover innenfor flere av spesialitetene.
- På TkVestland er det utfordrende å ansette tannlegespesialister og beholde tannhelsepersonell over tid. Situasjonen har bedret seg i den senere tiden, og i dag er det primært arealbegrensninger som hindrer ytterligere ansettelse av tannhelsepersonell.
- På TkRogaland er det ingen vakante tannlegespesialiststillinger på klinikken i Stavanger i dag, mens det er vakante stillinger på klinikken i Haugesund. På senteret i Stavanger er det

utfordrende å rekruttere tannhelsesekretærer og turnoveren blant tannhelsesekretærer er høyest blant tannhelsepersonell på senteret.

- På TkØ var det særskilt rekrutteringsutfordringer i etableringsfasen, mens i dag har senteret ofte flere kandidater når de utlyser tannlegespesialiststillinger. Den største utfordringen på senteret i dag er rekruttering av tannhelsesekretærer.

En utfordring i rekrutteringsarbeidet som flere av intervjuobjektene trekker frem, er kompensasjon. Lønnsnivået i privat sektor er langt høyere enn kompetansesentrene har mulighet til å tilby. Flere tannlegespesialister ønsker derfor ikke å arbeide fulle stillinger, men kombinere arbeidet på kompetansesentre med privat virksomhet. Dette kan skape utfordringer med å samle spesialistene på samme tidspunkt til kasusmøter og tverrfaglig behandling.

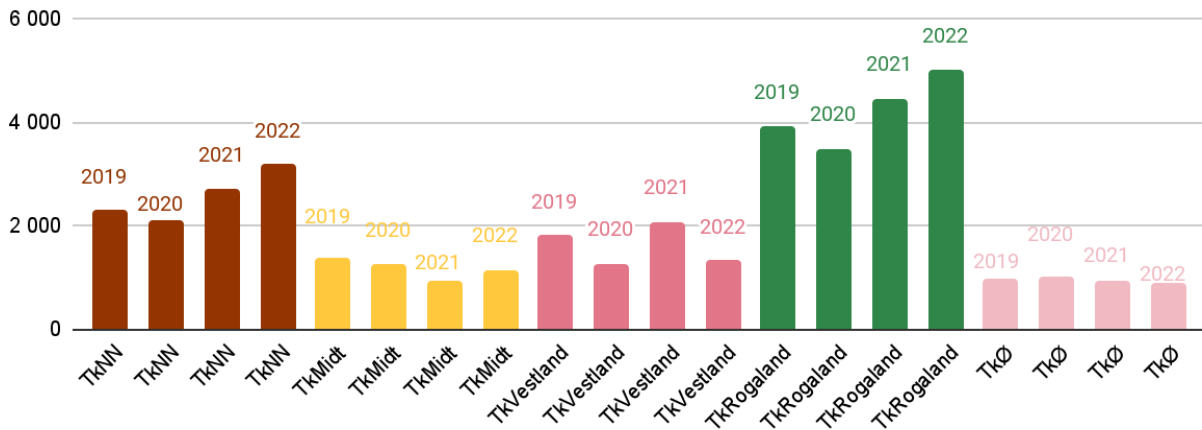
En ofte benyttet løsning for å rekruttere og holde på tannlegespesialister er såkalte bindingskontrakter. Det innebærer at sentrene gir lønn under spesialistutdanning til tannlegene mot at tannlegene arbeider i inntil to år på senteret etter endt utdanning. Flere av kompetansesentrene opplever imidlertid at flere tannleger avslutter arbeidsforholdet når bindingstiden er ute, og at virkemiddelet har begrenset effekt. Det trekkes frem at det viktigste for sentrene er å opparbeide seg et renommé som en attraktiv arbeidsplass som tiltrekker seg søkere på ledige stillinger, men at dette er vanskelig å få til i praksis.

## Henvisninger<sup>21</sup>

De årlige rapporteringene fra kompetansesentrene til Helsedirektoratet i forbindelse med tilskuddsordningen for etablering og drift av kompetansesentrene gir oversikt over henvisninger til tannlegespesialistene på sentrene, jf. figur 4.9. TkRogaland hadde høyest antall henviste pasienter av kompetansesentrene i perioden 2019-2022, etterfulgt av TkNN. Begge sentrene opplevde en økning fra 2020 til 2022. TkVestland opplevde i samme periode en del svingninger i henvisningsstatistikken, mens TkMidt og TkØ hadde færrest henvisninger av sentrene i perioden.

---

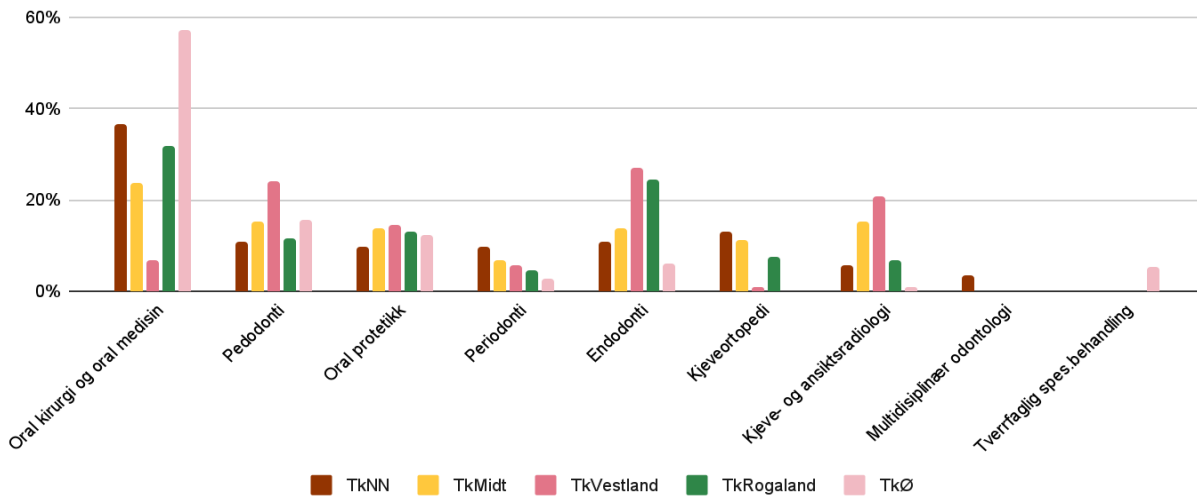
<sup>21</sup> I sluttfasen av evalueringen fremkom det informasjon som indikerer usikkerhet til hvorvidt kompetansesentrene tolker begrepet "henvisninger" likt. Det stilles derfor spørsmål til om henvisningstallene fra de årlige rapporteringene er sammenlignbare på tvers av kompetansesentrene. Vi anbefaler at dette undersøkes nærmere av Helsedirektoratet og kompetansesentrene.



Figur 4.9 Henvisninger til kompetansesentre i perioden 2019-2022

Kilde: Helsedirektoratet.

De årlige rapporteringene fra kompetansesentrene til Helsedirektoratet gir også oversikt over henvisninger til sentrene fordelt på spesialitet. Figur 4.10 viser at alle kompetansesentrene hadde flest henvisninger innenfor oral kirurgi og oral medisin i 2022, foruten TkVestland som hadde flest henvisninger innenfor endodonti. Kompetansesentrene mottok en del henvisninger innenfor pedodonti og oral protetik, mens TkMidt mottok en betydelig andel henvisninger innenfor endodonti og TkVestland innenfor kjeve- og ansiktsradiologi. Utover dette var fordeling av henvisninger på spesialiteter relativt ulikt mellom sentrene.

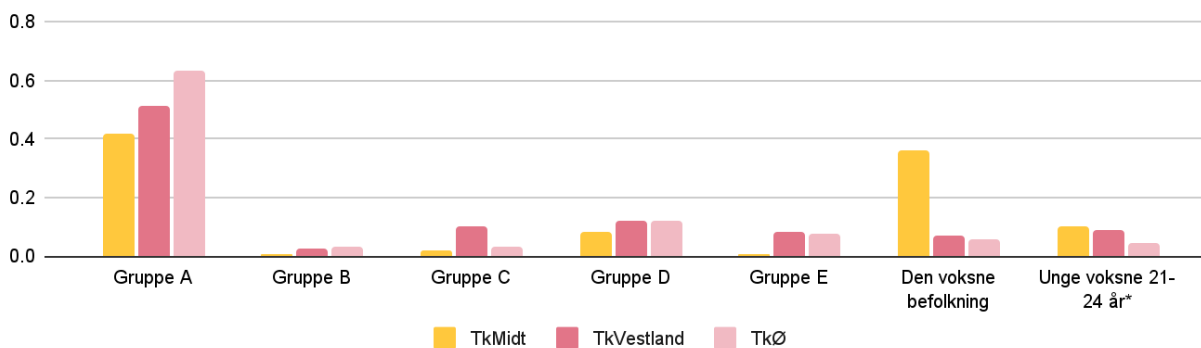


Figur 4.10 Henvisninger til kompetansesentre fordelt på spesialitet i 2022<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Det er kun TkØ som har oppgitt henvisninger til tverrfaglig spesialistbehandling i innrapporterte data til Helsedirektoratet.

Kilde: Helsedirektoratet.

De årlige rapporteringene fra kompetansesentrene til Helsedirektoratet inneholder ikke statistikk over henvisninger fordelt på pasientgrupper, og blant kompetansesentrene er det kun TkØ som oppgir denne statistikken i årsrapportene til senteret. Vi har etterspurt data fra kompetansesentrene for 2022 og vi har mottatt statistikk over henvisninger fordelt på pasientgrupper på tre av sentrene, jf. figur 4.11, og tid brukt til behandling fordelt på pasientgrupper på to av sentrene, jf. figur 4.12.<sup>22</sup> Figur 4.11 viser at over halvparten av pasientene henvist til TkMidt, TkVestland og TkØ i 2022 tilhørte gruppe A, dvs. barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år. På TkVestland og TkØ var øvrige henviste pasienter til sammenligning relativt jevnt fordelt utover øvrige pasientgrupper, mens på TkMidt tilhørte i underkant av fire av ti henviste pasienter den voksne befolkningen. Gruppe B fremstår som gruppen med lavest henvisninger for alle de tre sentrene. Figur 4.12 viser at tidsbruken på TkNN var betydelig høyest for den voksne befolkningen (underkant av 60 %), etterfulgt av gruppe A (ca. 30 %). På TkRogaland var tidsbruken omtrent likt fordelt mellom gruppe A og den voksne befolkningen (i underkant av 40 %), mens øvrig tidsbruk var relativt jevnt fordelt mellom gruppe B-E og unge voksne i alderen 21-24 år.

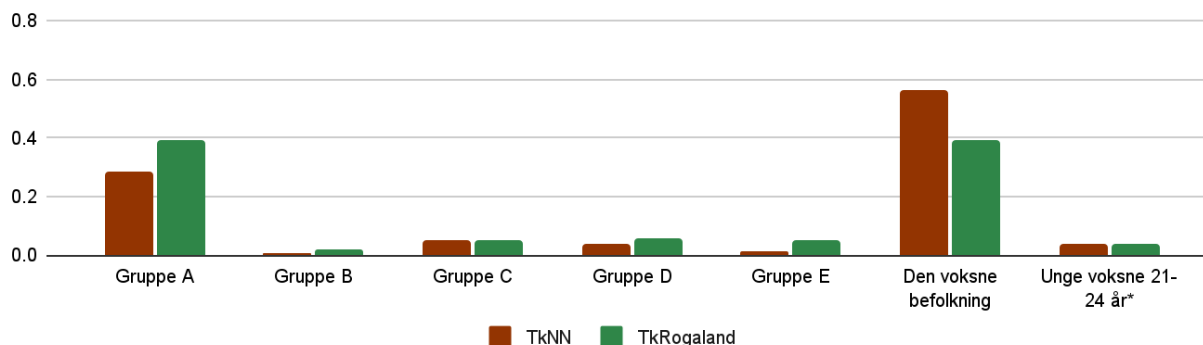


Figur 4.11 Henvisninger til kompetansesentre fordelt på pasientgrupper i 2022 (andel av totalt antall henvisninger)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gruppe A er barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år. Gruppe B er psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjonen. Gruppe C er eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Gruppe D er ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret. Gruppe E er andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Den voksne befolkningen utgjør resten av befolkningen, foruten unge voksne i alderen 21-24 år. Unge voksne i alderen 21-24 år har rett til tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten mot 25 % egenbetaling. Se nærmere beskrivelse i Rundskriv I-2/2023 Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet, som er datert 24.03.2023. I rundskrivet fremkommer det at implementeringen av tjenestetilbudet skal skje så snart som praktisk mulig.

Kilder: Kompetansesentrene og fylkeskommunene.

<sup>22</sup> Unge voksne i alderen 21-24 år har rett til tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten mot 25 % egenbetaling. Se nærmere beskrivelse i Rundskriv I-2/2023 Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet, som er datert 24.03.2023. I rundskrivet fremkommer det at implementeringen av tjenestetilbudet skal skje så snart som praktisk mulig.



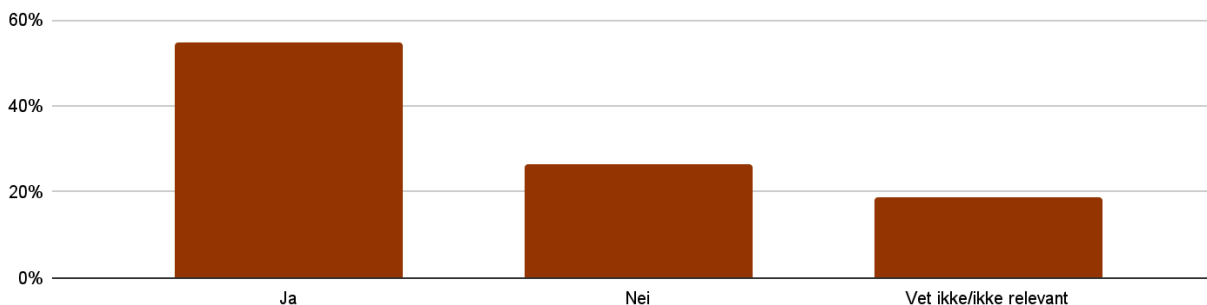
Figur 4.12 Tid brukt til behandling på kompetansesentre fordelt på pasientgruppe i 2022 (andel av total tidsbruk)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gruppe A er barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år. Gruppe B er psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjonen. Gruppe C er eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Gruppe D er ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret. Gruppe E er andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Den voksne befolkningen utgjør resten av befolkningen, foruten unge voksne i alderen 21-24 år. Unge voksne i alderen 21-24 år har rett til tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten mot 25 % egenbetaling. Se nærmere beskrivelse i Rundskriv I-2/2023 Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet, som er datert 24.03.2023. I rundskrivet fremkommer det at implementeringen av tjenestetilbudet skal skje så snart som praktisk mulig.

Kilder: Kompetansesentrene og fylkeskommunene.

## Barrierer

I den gjennomførte spørreundersøkelsen oppgir i overkant av halvparten av respondentene at de opplever at det har vært barrierer for å henvise pasienter til kompetansesentre, jf. figur 4.13. Andelen er relativt lik på tvers av respondentenes relasjon til kompetansesentrene (mellom 40 og 60 %).

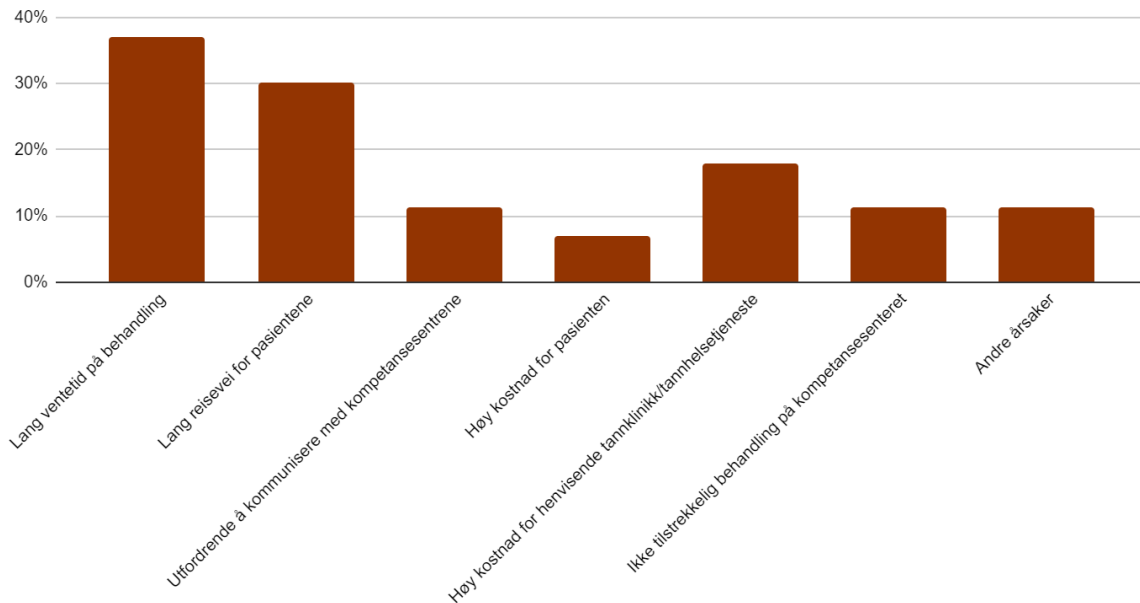


Figur 4.13 Fordeling av svar på spørsmål: Opplever du at det har vært barrierer for å henvise pasienter til kompetansesentre?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

I et oppfølgingsspørsmål i spørreundersøkelsen, har respondentene svart på hvilke barrierer de opplever har eksistert, jf. figur 4.14. De tre viktigste årsakene i prioritert rekkefølge er lang ventetid på behandling

(37 %), lang reisevei for pasientene (30 %) og høy kostnad for henvisende tannklinikk/tannhelsetjeneste (18 %).<sup>23</sup>



Figur 4.14 Fordeling av svar på spørsmål: Dersom ja, hvilke barrierer opplever du har eksistert? Flervalg mulig.

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Spørsmålet er et oppfølgingsspørsmål til "Opplever du at det har vært barrierer for å henvise pasienter til kompetansesentre?". Totalt 740 respondenter.

I intervjuene har flere av intervjuobjektene opplevd at det har vært barrierer for å henvise pasienter til kompetansesentrene. Følgende barrierer har vært nevnt av flere intervjuobjekter:

- Lang reisevei for pasienter (store geografiske avstander)
- Lange ventetider på behandling
- Mangelfull kjennskap til tannlegespesialistene på sentrene
- Mangelfull kommunikasjon med senteret
- Kapasitetsutfordringer på sentrene
- Teknologiske utfordringer (journalssystem)
- "Internfakturering"

Når det gjelder *lang reisevei for pasientene*, fremheves det at det er store geografiske avstander i regionene hvor kompetansesentrene ligger. Dersom pasienter skal få behandling på kompetansesentrene innebærer det kostnader i form av tid (tapt arbeidstid, skole, studier, fritid osv.) og reiseutgifter (kost og losji). Intervjuobjektene definerte i mindre grad hva de la i "lang reisevei" i form av tid, men flere informerte om at en behandling på sentrene kan innebære at pasientene må bruke en eller flere dager,

<sup>23</sup> I spørreundersøkelsen ble det ikke spesifisert hva som er lang reisevei. Oppfatningen av hva som er lang reisevei kan variere mellom regioner, fylkeskommuner, kompetansesentre, omfang og hyppighet på behandling, personlige preferanser m.m.

inkl. reisetid, på en behandling på sentrene. Når det gjelder reiseutgifter, skal fylkeskommunene dekke reiseutgifter til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven hvor fylkeskommunene fastsetter dekningens størrelse selv. Voksne betalende pasienter må som hovedregel dekke reiseutgifter i forbindelse med tannbehandling selv.<sup>24</sup> Likevel kan lang reisevei for pasientene medføre at de offentlige tannklinikkene henviser pasientene til tannlegespesialister som er geografisk nærmere enn kompetansesentrene. Det sparer pasientene tid og det blir lavere kostnader for fylkeskommunen eller staten. Samtidig er det noen av intervjuobjektene som påpeker at en gjennomsnittlig nordmann ikke har behov for mange besøk hos en tannlegespesialist i løpet av livet. Pasienter kan derfor være villige til å godta en lengre reisevei når de har behov for en spesialist. Spesielt dersom spesialistklinikken ligger i et befolkningssentra som gjør at klinikken har et tilstrekkelig pasientgrunnlag slik at tannlegespesialistene får jevnlig utført prosedyrer og opprettholdt høy kompetanse.

Når *ventetidene på behandling på kompetansesentrene er lange*, opplyser flere av intervjuobjektene at henvisende instanser relativt raskt henviser pasienter til andre spesialister (fortrinnsvis privatpraktiserende tannleger) som har kortere ventetid. Ventetider har en tendens til å forplante seg ut i tid, dvs. det tar tid å redusere ventetidene når de først har blitt lange. Når tannklinikkene først har begynt å henvise pasienter til andre spesialister og etablert nye rutiner, er det vanlig å fortsette med praksisen. Dette gjør at konsekvensene av lange ventetider kan bli langvarige for pasientflyten. Lange ventetider må sees i sammenheng med *kapasitetsutfordringer* på kompetansesentrene. De fleste av sentrene har adekvat areal og utstyr til spesialistbehandlingen, mens rekruttering av tannlegespesialister og stabilitet i bemanningen er en stor utfordring for flere av sentrene.

Enkelte av intervjuobjektene opplever at det er en terskel å ta kontakt med kompetansesentrene når de ikke har god nok *kjennskap* til sentrene, hva de kan tilby, hvem som arbeider der osv. Når kompetansesentrene er mer synlige i form av tilstedeværelse på ledersamlinger, konferanser, større møter eller når de sender ut nyhetsbrev og presenterer seg og forteller hvem som jobber der på hvilke dager, senkes terskelen for å ta kontakt. Når kontakten er etablert, er det lettere å henvise pasienter og man bygger en relasjon og tillit over tid. Enkelte uttrykker derfor ønske om at sentrene blir flinkere til å vise seg frem og markedsføre seg. Det kan også gi ansatte i fylkeskommunen et mer eierskap til sentrene og en økt fellesskapsfølelse innad i den offentlige tannhelsetjenesten.

Når det gjelder *kommunikasjon* med kompetansesentrene, er det ulike meninger blant intervjuobjektene. Enkelte opplever at sentrene er dyktige til å gi informasjon både i forkant (mottatt henvisning, forslag til behandlingsplan m.m.) og i etterkant (epikrise m.m.) av pasientkonsultasjonene. Andre opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon, blant annet om hvor lange ventetidene er, om henvisningene er mottatt og registrert, samt at epikrisene kommer altfor sent. I tillegg kan det tidvis være utfordrende å diskutere forslaget til behandlingsplan, og særskilt å redusere omfanget på behandlingen, om henvisende instans er uenig i forslaget til behandling. *Kostnad* er et sentralt forhold ved planen, for eksempel om det er behov for å legge pasienten i narkose ettersom dette oppleves relativt dyrt. I tillegg uttrykker enkelte at de synes kompetansesentrene har for høye priser. De har opplevd at private tannlegespesialister har vært rimeligere enn kompetansesentrene. Et annet moment er at henvisende instanser opplever at de kjenner

---

<sup>24</sup> Pasienter som har krav på tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6, har rett til dekning av utgifter ved reise til nærmeste sted der tannhelsetjenesten kan gis. Rett til dekning av reiseutgifter ved tannbehandling er hjemlet i forskrift om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester (pasientreiseforskriften).



pasienten best og at de således har kvalifiserte meninger om hvilken behandling som kan være mest hensiktsmessig å gjennomføre i pasientens øyemed.

*Teknologiske utfordringer* blir nevnt av flere av intervjuobjektene. Når henvisende instans og kompetansesenteret har tilgang til samme database og pasientenes journaldata, er det lettere å henvise pasienter og motta epikriser. Når de ikke har tilgang til samme database, må all dokumentasjon sendes frem og tilbake, som oppleves som unødvendig tungvint i dagens elektroniske verden.

Enkelte av fylkeskommunene opererer med "internfakturering", dvs. kompetansesentrene fakturerer den offentlige tannhelsetjenesten sentralt eller den enkelte tannklinikk for behandlingen av pasienter som fylkeskommunen har ansvar for å gi et tannhelsetilbud til. Denne ordningen trekkes frem av enkelte intervjuobjekter som en potensiell barriere for at offentlige tannklinikker henviser pasienter til kompetansesentrene. Ordningen synliggjør kostnadsnivået ved henvisning, som kan virke avskrekkende på de henvisende instansene, og føre til at pasienter som burde vært henvist til sentrene for behandling ikke blir henvist og således ikke mottar behandlingen de burde fått. På den andre siden er det enkelte som fremhever at internfakturering har en disiplinerende effekt. Kostnaden er den samme om klinikkene får en faktura for behandlingen eller om kostnadene til behandlingen dekkes gjennom overføringer sentralt fra fylkeskommunen. Ved at tannklinikken får se kostnaden ved behandlingen, kan det hindre henvisninger som kunne vært unngått. For eksempel ved at allmenntannlegene søker rådgivning og veiledning hos kolleger med mer erfaring, slik at behandlingen kan utføres på tannklinikken.

## Ventetider

De årlige rapporteringene fra kompetansesentrene til Helsedirektoratet inneholder ikke statistikk over ventetider for behandling, og kompetansesentrene oppgir ikke denne statistikken i sine årsrapporter. Vi har etterspurt data fra kompetansesentrene og vi har mottatt statistikk over ventetider fordelt på spesialiteter på sentrene i 2022, jf. tabell 4.2. Tabellen viser at det var betydelig ventetid på behandling innenfor flere av spesialitetene på flere av kompetansesentrene. På tvers av kompetansesentrene var ventetidene lengst innenfor oral kirurgi og oral protetik, etterfulgt av endodonti og periodonti. Det er viktig å presisere at kompetansesentrene gjør individuelle vurderinger av henvisningene uavhengig av spesialitet, hvor de blant annet tar stilling til hastegrad, og at ventetidene er veiledende.

Tabell 4.2 Ventetider på kompetansesentrene i 2022 (antall uker)<sup>1</sup>

	TkNN	TkMidt	TkVestland	TkRogaland (Stavanger)	TkRogaland (Haugesund)	TkØ
Endodonti	22,5	13,5	13,5	24	23	3
Kjeve- og ansiktsradiologi	-	0	2	0	0	0
Kjeveortopedi	108	inntaksstopp	inntaksstopp	0	0	1,5
Oral kirurgi	27	40,5	overføres UiB	45	40	5
Oral protetik	27	-	45	42	54	5
Implantantprotetik	-	4,5	-	-	-	-
Pedodonti	40,5	13,5	18	10	4	5
Periodonti	40,5	4,5	36	4	4	5
Multidisiplinær odontologi	13,5	-	-	-	-	5

<sup>1</sup> Når kompetansesentrene har oppgitt intervall på ventetidene, har vi oppgitt medianverdien i tabellen. Når kompetansesentrene har oppgitt ventetider i måneder, har vi omregnet til uker ved å legge til grunn at en måned består av 4,5 uker. Kompetansesentrene oppgir at de gjør individuelle vurderinger av henvisningene uavhengig av spesialitet, hvor de blant annet tar stilling til hastegrad.

Kilde: Regionale odontologiske kompetansesentre.

## Tilstedeværelse i fylkeskommunene

I enkelte av fylkeskommunene har kompetansesentrene opprettet egne spesialistklinikker (ofte kalte satellittklinikker, biklinikker eller filialer). Eksempler er Haugesund spesialistklinikk i Rogaland, TkNN sin avdeling på Finnsnes og TkVestland sin avdeling i Stryn. På vestlandet planlegges det også en spesialistklinikk i Førde. Klinikkerne er ofte mindre i størrelse enn sentrene, dvs. færre spesialiteter og færre tannleger innenfor hver spesialitet, og de har ofte færre oppgaver enn sentrene, dvs. primært spesialistbehandling og evt. fagstøtte. I intervjuene trekkes satellittklinikkene frem som et positivt tiltak for å bedre tilgangen til tannlegespesialister for befolkningen på mindre tettsteder og i distriktene. På den andre siden påpekes det at sentrene går på bekostning av å ha et samlet fagmiljø på en lokasjon, dvs. på kompetansesenteret.

Det er ulike måter å organisere en satellittklinikk på. Kompetansesenteret kan ansette spesialister som jobber der full- eller deltid, slik som i Haugesund. Alternativt kan senteret samle privatpraktiserende og/eller offentlige tannlegespesialister som vanligvis jobber på sine klinikker. På fastsatte tidspunkt eller dager kan spesialistene samles fysisk eller digitalt for kasusmøter og gjennomføre tverrfaglig behandling på en offentlig tannklinikk som har tilstrekkelig utstyr.

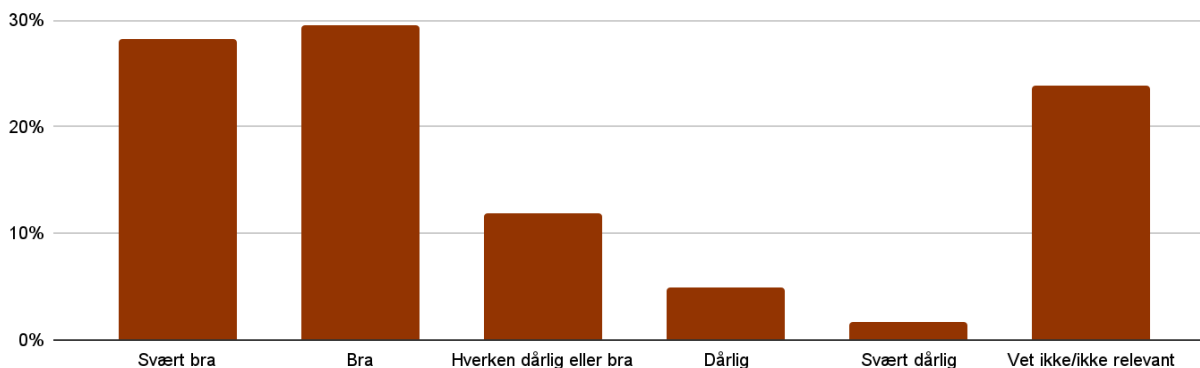
En annen måte å bedre dekningen av tannlegespesialister i distriktene, er ambulerende virksomhet. Det innebærer at tannlegene på kompetansesentrene reiser ut til offentlige tannklinikker i regionen og gjennomfører behandlingen av pasientene der. Etter utsagn er dette vanlig praksis innenfor flere av spesialistgrenene på flere av kompetansesentrene, og flere intervjuobjekter i den offentlige tannhelsetjenesten etterspør denne tjenesten. En fordel som løftes frem av intervjuobjektene er at pasientene slipper (lang) reisevei og tannlegen kan behandle flere pasienter på en dag. I tillegg kan det være en løsning i regioner der det er vanskelig å etablere faste satellittklinikker, blant annet som følge av

rekrutteringsutfordringer, som er vanlig i distriktene. Samtidig medfører ordningen kostnader ved at tannlegene må reise og tannklinikene må ha nødvendig utstyr. Enkelte påpeker at det ikke er opplagt at det er mer kostnadseffektivt med ambulerende tannleger enn at pasientene må reise til kompetansesentrene for behandling. I tillegg kan det være utfordrende for sentrene å prioritere den type virksomhet dersom ventetidene ved sentrene allerede er lange.

## Samarbeid

Kompetansesentrene oppgir at de har flere samarbeidspartnere; universitetene, sykehus, fastleger, helsestasjoner, sykehjem, barnehus, BUP-tjenesten, PP-tjenesten m.m. En del pasienter som har større medisinske utfordringer som krever tverrfaglig samarbeid og behandling av flere instanser. Flere av kompetansesentrene har åpnet kasusmøter for andre instanser, herunder tannleger fra den offentlige eller private tannhelsetjenesten og spesialisttannhelsetjenesten. Flere av intervjuobjektene opplever også at det er etterspørsel etter kunnskap om oral helse. Samtidig fremheves det at kompetansesentrene er henvisningsinstanser og ikke en del av "førstelinjen", hvor behovet for samarbeid med andre institusjoner ofte er større. Enkelte av intervjuobjektene skulle imidlertid gjerne sett et større samarbeid med spesialisthelsetjenesten på sykehusene og de odontologiske miljøene på sykehusene.

I den gjennomførte spørreundersøkelsen oppgir i underkant av seks av ti respondenter at de opplever at samarbeidet med kompetansesentrene knyttet til behandling av pasienter har vært *bra* eller *svært bra*, jf. figur 4.15. Når vi ser på aktørenes relasjon til kompetansesentrene, er det særlig respondentene fra den offentlige tannhelsetjenesten som har hatt en positiv opplevelse av samarbeidet (80 %). Andelen *bra* og *svært bra* er vesentlig lavere blant privatpraktiserende tannleger (38 %) og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse (26 %), samtidig som andelen *vet ikke/ikke relevant* er også relativt høy.

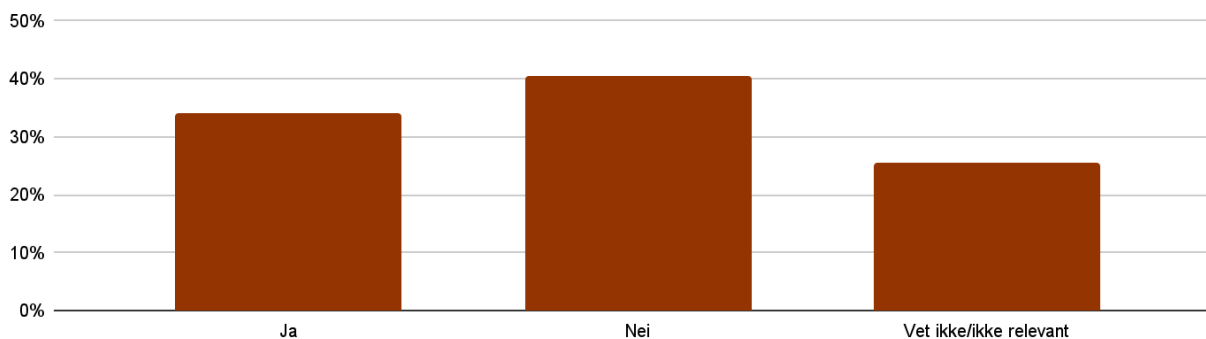


Figur 4.15 Fordeling av svar på spørsmål: Dersom du har samarbeidet med kompetansesentrene, hvordan har du opplevd samarbeidet knyttet til behandling av pasienter?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 614 respondenter på dette spørsmålet.

## Narkose

I den gjennomførte spørreundersøkelsen oppgir om lag fire av ti respondenter at de ikke opplever at kompetansesentrene har bidratt til å øke tilgangen til behandling i narkose, mens i overkant av tre av ti respondenter opplever at tilgangen har økt, jf. figur 4.16. Når vi ser på aktørenes relasjon til kompetansesentrene, er det kun respondenter fra kompetansesentrene hvor flertallet mener at sentrene har bidratt til å øke tilgangen til narkosebehandling (65 %). Respondentene fra den private tannhelsetjenesten har høyest andel som svarte *nei* (62 %).



Figur 4.16 Fordeling av svar på spørsmål: Opplever du at kompetansesentrene har bidratt til å øke tilgangen til behandling i narkose?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

## 4.2 Fagstøtte og etterutdanning

### Omfang

Fagstøtte og rådgivning på kompetansesentrene omfatter blant annet veiledning i pasientbehandlingen, generelle råd på tannhelsefeltet, hospiteringsordninger og kompetansehevede tiltak som kursvirksomhet og etterutdanning av tannhelsepersonell. Kursene omfatter både prosessbaserte gruppekurs og e-læringskurs i inn- og utland.

De årlige rapporteringene fra kompetansesentrene til Helsedirektoratet i forbindelse med tilskuddsordningen for regionale odontologiske kompetansesentre gir oversikt over deler av fagstøtten og etterutdanningstilbudet som kompetansesentrene yter til tannhelsetjenesten. I tillegg oppgir kompetansesentrene en del informasjon om aktiviteter og tilbud i sine respektive årsrapporter/årsmeldinger. Vi har etter beste evne forsøkt å samle informasjon om ulike opplæringstiltak fra årsrapporter/årsmeldinger, som er fremstilt i tabell 4.3 for 2022. Vi vil presisere at tallene ikke er direkte sammenlignbare av flere årsaker; de ulike kategoriene er ikke definert hos kompetansesentrene, tallene gir ikke innsikt i informasjon om innretningen på tiltakene, omfang i tid eller ressurser, antall deltakere m.m. Statistikken gir likevel en overordnet indikasjon på aktivitetsnivået på kompetansesentrene.

Tabell 4.3 Fagstøtte og etterutdanningstiltak på kompetansesentrene i 2022<sup>1,2</sup>

	TkNN	TkMidt	TkVestland	TkRogaland	TkØ
Kurs/workshop/seminar	45	38	35	-	41
Filmer	-	-	-	1	46
Foredrag	-	-	35	21	10
Forskningsdag	1	-	-	-	-
Fagdager	-	-	8	-	-
Andre tiltak <sup>1</sup>	-	-	30	-	-
Fagstøtte/rådgivning	>2000	Kontinuerlig	131 (15 min) 907 (30 min)	Kontinuerlig	1211 telefon 773 e-post
Hospitering	>70 hospitanter	9 hospitanter	Ikke oppgitt	35 dager	41 dager

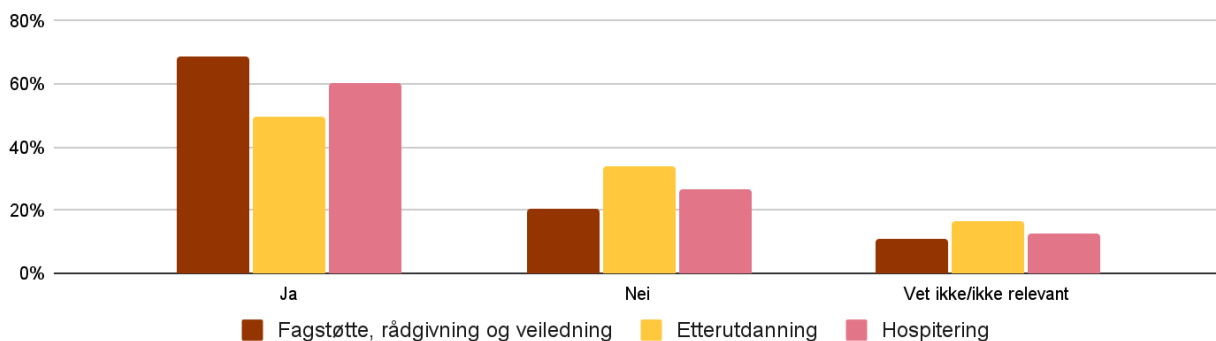
<sup>1</sup> Andre tiltak som er oppgitt hos TkVestland er rettleiing (24 tiltak), undervisning (1 tiltak), debatt (1 tiltak), ekstern sensor (3 tiltak) og ansvarleg arrangør med aktiv rolle (1 tiltak).

<sup>2</sup> Vi vil presisere at tallene ikke er direkte sammenlignbare av flere årsaker; de ulike kategoriene er ikke definert hos kompetansesentrene, tallene gir ikke innsikt i informasjon om innretningen på tiltakene, omfang i tid eller ressurser, antall deltakere m.m. Statistikken gir likevel en overordnet indikasjon på aktivitetsnivået på kompetansesentrene.

Kilder: Regionale odontologiske kompetansesentre og Helsedirektoratet.

## Kjennskap til og omfang på bruk av tjenestene

I den gjennomførte spørreundersøkelsen oppgir over halvparten av respondentene at de har kjennskap til kompetansesentrenes fagstøtte, rådgivning og veiledning (69 %), etterutdanning (50 %) og hospitering (60 %), jf. figur 4.17.



Figur 4.17 Fordeling av svar på spørsmål: Har du kjennskap til følgende tjenester ved kompetansesentrene?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

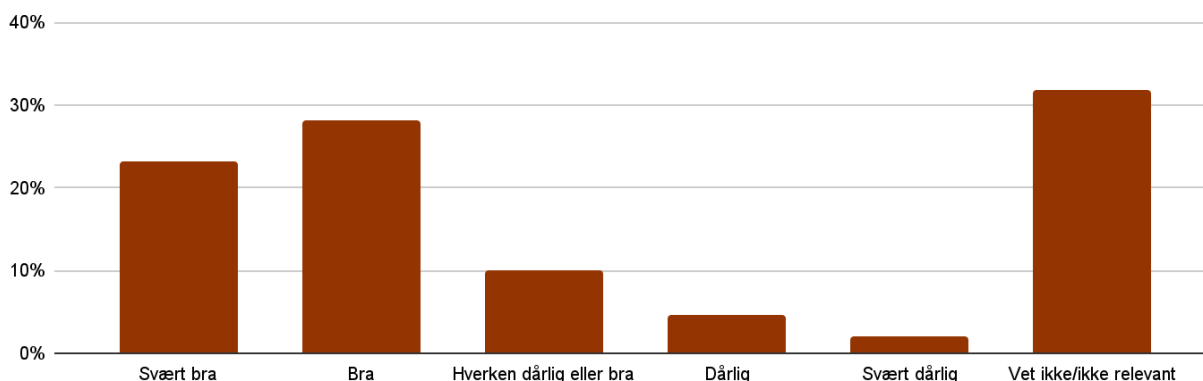
Dersom vi fordeler respondentene etter deres relasjon til kompetansesentrene, er tjenestene best kjent blant kompetansesentrene, etterfulgt av den offentlige tannhelsetjenesten og universitets- og

høyskolesektoren, mens tjenestene er minst kjent blant privatpraktiserende tannleger. Det er kun blant privatpraktiserende tannleger at andelen som har kjennskap til tjenestene er under halvparten av respondentene.

I intervjuene oppgir kompetansesentrene at antall henvendelser om rådgivning og veiledning varierer mellom sentrene og mellom spesialitetene. Det kan være betydelige mengder henvendelser for enkelte av spesialistene (fra 10 til 400 henvendelser), hvorav ett av sentrene oppgir at endodonti, oral kirurgi, kjeveortopedi og pedodonti normalt får flest henvendelser i løpet av et år. Henvendelsene kommer både fra offentlig og privatpraktiserende tannhelsetjeneste med overvekt av henvendelser fra offentlig tannhelsepersonell. Per i dag har ett av kompetansesentrene publisert statistikk over henvendelser for rådgivning og veiledning. I 2021 registrerte TkØ 1 237 telefonkonsultasjoner og 851 e-postkonsultasjoner. Enkelte av intervjuobjektene har uttrykt behov for at sentrene i større grad loggfører og registrerer aktiviteter innenfor kompetanseheving så omfanget kan synliggjøres bedre. I tillegg kan det være til nytte for kompetansesentrene å sammenligne sitt aktivitetsnivå mot de andre sentrene.

I regelverket til tilskuddsordningen til de regionale odontologiske kompetansesentrene er det ikke oppgitt eksplisitt hvor stor andel av tannlegespesialistenes arbeidstid som skal benyttes til fagstøtte (rådgivning, veiledning, kurs, hospitering og klinikkbesøk), men basistilskuddet til fagstøtte på sentrene beregnes etter forskningsrådets sats for 25 % av gjennomsnittet av antall utførte spesialistårsverk ved kompetansesenteret de siste tre årene. Det innebærer at forventet tidsbruk er om lag 25 % av tannlegespesialistenes totaltid. I de årlige rapporteringene fra kompetansesentrene til Helsedirektoratet ifm. tilskuddsordningen, har enkelte av kompetansesentrene angitt tidsbruken til fagstøtte, rådgivning og veiledning. Disse har rapportert at andelen av tannlegespesialistenes tid til tjenestene i stor grad er mellom 20 og 25 % av totaltiden, mens ved senteret er andelen oppgitt til 10 % av totaltiden. Enkelte av intervjuobjektene har uttrykt behov for bedre registrering av arbeidstiden til tannlegespesialistene slik at det i større grad er mulig å følge opp tidsbruken til kompetansehevende tiltak. Intervjuobjekter på kompetansesentrene meddeler at veiledning og rådgivning tar en del av arbeidstiden til tannlegespesialister, og at det er stor variasjon mellom spesialitetene. Flere opplyser om at det ikke er utarbeidet et fast system eller struktur, for eksempel en fast dag i uken. Henvendelser må håndteres fortløpende og prioriteres for at konsultasjonen skal ha verdi for den henvendende part. Om sentrene bruker for lang tid på å svare mister de noe av sin verdi som kompetansesenter for tannhelsetjenesten.

I spørreundersøkelsen er det også undersøkt hvordan respondentene har opplevd samarbeid med kompetansesentrene innenfor fagstøtte, rådgivning, veiledning og/eller etterutdanning. Figur 4.18 viser at om lag halvparten av respondentene som har samarbeidet med kompetansesentrene innenfor de nevnte tjenestene, opplever at samarbeidet har vært *bra* eller *svært bra*.

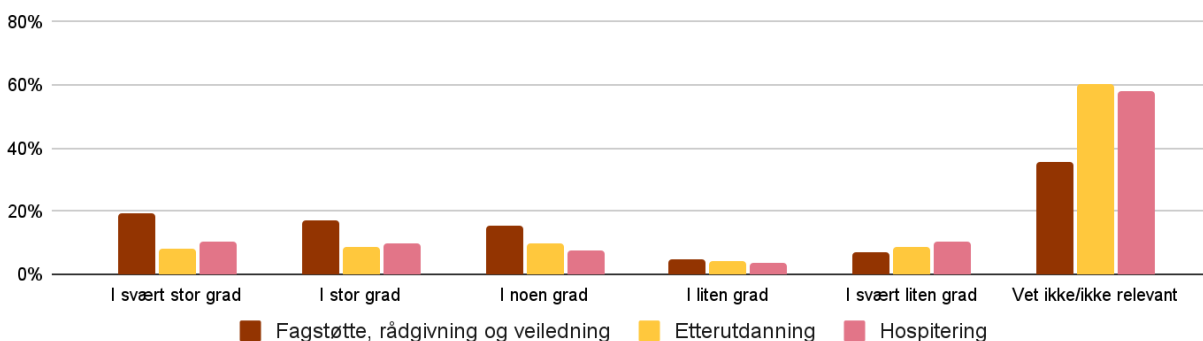


Figur 4.18 Fordeling av svar på spørsmål: Dersom du har samarbeidet med kompetansesentrene, hvordan har du opplevd samarbeidet knyttet til fagstøtte, rådgivning, veiledning og/eller etterutdanning?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 614 respondenter på dette spørsmålet.

### Betydningen av tjenestene innenfor fagstøtte

I den gjennomførte spørreundersøkelsen oppgir en høy andel av respondentene *vet ikke/ikke relevant* på spørsmålet om de opplever at tjenestene innenfor kompetanseheving var nyttig/kompetansehevende, jf. figur 4.19. Blant de resterende respondentene, er det tjenesten fagstøtte, rådgivning og veiledning som oppleves som mest nyttig/kompetansehevende sammenlignet med etterutdanning og hospitering hvor det er en større andel respondenter som har svart *i svært liten grad*.



Figur 4.19 Fordeling av svar på spørsmål: Dersom du har benyttet deg av noen av disse tjenestene, i hvilken grad opplever du at de var nyttig/kompetansehevende?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Spørsmålet er et oppfølgingsspørsmål til "Har du kjennskap til følgende tjenester ved kompetansesentrene?". Totalt 740 respondenter.

Dersom vi fordeler respondentene etter deres relasjon til kompetansesentrene, blir antallet respondenter innenfor hver svarkategori for lav til at vi kan tolke resultatene med sikkerhet. Det er likevel mulig å se et

mønster i svarene: Respondenter fra kompetansesentrene opplever at tjenestene har vært mest nyttig/kompetansehevende, etterfulgt av respondenter fra den offentlige tannhelsetjenesten, mens respondenter fra blant universitets- og høyskolesektoren og privatpraktiserende tannleger opplever tjenestene minst nyttig/kompetansehevende.

I intervjuene er det delte meninger om hvorvidt de kompetansehevende tiltakene på kompetansesentrene har bidratt til å heve kompetansen i tannhelsetjenesten. På den ene siden er det flere intervjuobjekter som opplever at tjenestene har verdi for tannhelsetjenesten og at sentrene er viktig fagstøtte for tannhelsepersonell, særlig i den offentlige tjenesten. Det er disse tjenestene som gjør sentrene unike og som skiller dem fra en vanlig tannlegeklinikk. Flere er veldig fornøyd med rådgivningen og veiledningen de får fra kompetansesentrene. De opplever at det er lav terskel for å ta kontakt og at de får relativt raskt svar, som gir en trygghet for klinikkene i en hektisk hverdag. Intervjuobjekter i regioner hvor kompetansesenteret har tilgang til journalene til pasientene, trekker det frem som en stor fordel. Tannhelsepersonell kan kontakte sentrene per telefon og få konsultasjon "på stedet". I tillegg får tannhelsepersonell personlig kontakt med tannlegespesialistene og blir kjent med tannlegene, som gjør at det blir lettere å ta kontakt igjen senere. Flere av intervjuobjektene i den offentlige tannhelsetjenesten opplever også at kursene er nyttige. Ikke bare tannleger, men også tannpleiere og tannlegesekretærer. Videre trekkes hospitering frem som viktig for kompetanseheving, samt muligheten for å "bestille" en tannlegespesialist til klinikken.

På den andre siden er det intervjuobjekter som ikke opplever at kompetansesentrene bidrar særlig og at det er andre institusjoner (universitetene, privatpraktiserende tannleger og tannlegeforeningen) som bidrar mer til kompetanseheving i tannhelsetjenesten. De stiller spørsmål ved om det er behov for fagstøttefunksjoner på kompetansesentrene. Enkelte opplever at sentrene har for stort fokus på pasientbehandling og at dette overskygger de kompetansehevende tiltakene. Det er også flere intervjuobjekter som skulle sett at tjenestene fungerte bedre. Blant annet er det utfordringer med stabilitet i bemanningen, kvaliteten på hospiteringen oppleves varierende og det er teknologiske utfordringer, jf. omtale av forbedringspunkter under. Enkelte opplever at det kan ta for lang tid før sentrene responderer og at de like gjerne benytter privatpraktiserende tannleger som de har en relasjon til for rådgivning og veiledning. Dersom klinikkene i tillegg må betale for tjenestene, er terskelen enda høyere for å ta kontakt med sentrene.

Flere av intervjuobjektene uttaler at kompetansesentrene er åpne for innspill til kurs og foredrag fra tannhelsetjenesten. Enkelte sentre har satt det mer i system enn andre hvor de har samarbeidsmøter med eierfylkene og strukturerer rammene rundt kursene i dialog med eierne. Fylkeskommunene får dermed anledning til å foreslå kurs tannhelsetjenesten har behov for. Ved at tannhelsetjenesten får komme med innspill til kurs og foredrag, opplever flere av intervjuobjektene at sentrene svarer ut behov for kompetanseheving i tannhelsetjenesten raskt og at kursene og foredragene har verdi for tannhelsetjenesten.

## **Barrierer og forbedringsområder**

I de gjennomførte intervjuene blir det trukket frem forhold som intervjuobjektene opplever som hindringer i bruken av fagstøtten til kompetansesentrene, og det fremkommer også enkelte forbedringspunkter.



Flere av intervjuobjektene etterlyser mer informasjon om kurstilbudet til kompetansesentrene. Mail med informasjon om kursene er bra, men informasjonsmailene når ikke alltid alle i den offentlige tannhelsetjenesten og i liten grad privatpraktiserende tannleger. I en travel hverdag opplever ikke tannhelsepersonell at de har tid til å aktivt lete etter kurs. I stedet er det ønskelig med reklamasjon for hvilke kurs som er tilgjengelig, for eksempel gjennom mail eller markedsføring i nasjonale tidsskrifter. Sistnevnte vil i større grad bidra til at privatpraktiserende tannleger også blir informert om kurstilbudet.

Flere av intervjuobjektene uttrykker at de ønsker å øke bruken av kompetansesentrene til veiledning og rådgivning, men at det er tekniske utfordringer i veien. Selv om kompetansesentrene og den offentlige tannhelsetjenesten bruker samme journalsystem, har ikke alle sentrene tilgang til journalene til pasientene i tannhelsetjenesten i deres region. Det innebærer at tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten må sende journal, beskrivelse av utfordringer og røntgenbilder per post. Dette oppleves som tungvint og tidkrevende, og tannhelsepersonell på klinikkene må ofte ha svar relativt raskt.

Når det gjelder rådgivning og veiledning, er det enkelte intervjuobjekter som etterspør mer informasjon om når tannlegespesialistene er tilstede på sentrene og således når de kan motta henvendelser. Usikkert rundt tilgjengelighet medfører at tannhelsepersonell i større grad henvender seg til andre tannlegespesialister, herunder privatpraktiserende, for å få nødvendig bistand enn aktivt å undersøke om tannlegene på senteret er tilgjengelig. Enkelte har foreslått at det kan være hensiktsmessig å kommunisere hvilke tidspunkt som passer best for henvendelser.

Enkelte av kompetansesentrene fakturerer for rådgivning og veiledning. Intervjuobjekter trekker dette frem som positivt ved at det bidrar til økt bevissthet rundt kostnaden ved tjenestene, mens andre mener at det fører til mindre bruk av tjenestene. Da velger heller tannhelsepersonell å henvende seg til privatpraktiserende tannlegespesialister som ikke tar betalt for rådgivning og veiledning. Flere av intervjuobjektene i den offentlige tannhelsetjenesten opplever at privatpraktiserende tannlegespesialister synes det er hyggelig å få forespørsel og at de ønsker å dele sin kompetanse og bistå tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten.

Når det gjelder hospitering, blir det påpekt at det krever en viss bemanning og tilgjengelighet blant tannlegespesialister. Dersom spesialisten er fraværende den dagen man er satt opp til hospitering, blir utfallet av hospiteringen dårlig. Det er hos enkelte intervjuobjekter også etterspurt mer struktur fra senterets side. For eksempel at det utarbeides et undervisnings- og opplæringsopplegg som den hospiterende følger fremfor at vedkommende bare observerer behandlingen som tannlegespesialistene gjennomfører. Intervjuobjektene er inneforstått med at det vil kreve mer fra kompetansesentrene, men at det vil gi større gevinster samlet sett. Kompetansen som tannhelsepersonell tilegner seg gjennom hospitering kan de ta med seg tilbake til klinikken og videreformidle til kollegaer. Hospitering er ressurskrevende for hospitanten/klinikken, og det er viktig at gevinsten ved hospiteringen overstiger kostnaden.

Flere av intervjuobjektene i den offentlige tannhelsetjenesten har uttrykt ønske om at tannlegespesialistene kommer mer ut i distriktene og gir opplæring og veiledning ute på klinikkene. Regionene er store og med lange reiseveier har ikke offentlige klinikker alltid mulighet til å sende tannhelsepersonell til kompetansesentrene for hospitering. Klinikken kan potensielt samle tannhelsepersonell fra regionen slik at tannlegespesialistene fra kompetansesentrene kan gi opplæring og veiledning til flere personer på en gang. Det er trolig mer kostnadseffektivt enn hospitering og kan gi

økt utbytte til flere tannhelsepersonell. Intervjuobjekter er kjent med at dette tilbudet eksisterer i ulik grad ved kompetansesentrene i dag, men skulle gjerne sett at ordningen ble enda mer brukt.

### 4.3 Forskning og kunnskapsutvikling

#### Kompetansesentrenes arbeid med forskning og kunnskapsutvikling innenfor tannhelsefeltet

I 2017 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet en forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, *Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017-2027)*. Særlig to rapporter dannet en del av kunnskapsgrunnlaget for strategien: en kartlegging av tannhelse- og odontologisk forskning utført av Nordisk institutt for forskning og utdanning (NIFU) i 2014, og fagevalueringen av biologi, medisin og helsefag i regi av Norges forskningsråd (NFR) som ble gjennomført i 2011. Begge rapportene dokumenterte en svak utvikling i forskning og utvikling (FoU) innenfor oral helse, særlig i forhold til medisin og andre helsefag.

Forsknings- og innovasjonsstrategien tar til orde for å styrke forskningsinnsatsen innenfor oral helse, som blant annet skal legge til rette for en kunnskapsbasert tannhelsetjeneste.<sup>25</sup> Videre fastslås det i strategien at Helse- og omsorgsdepartementet skal bidra til videre oppbygging av forskningsvirksomheten ved kompetansesentrene, og at forskningsfinansieringen skal legges om til å bli resultatbasert. Omleggingen ble fulgt opp og varslet gjennom omtaler i statsbudsjettene for 2017-2020, og iverksatt fra budsjettåret 2022, jf. Prop 1 S (2021-2022) for Helse- og omsorgsdepartementet. Den resultatbaserte finansieringen innebærer en omfordeling av 2 % av grunntilskuddet til kompetansesentrene.

Strategien skal være retningsgivende for kompetansesentrenes arbeid med forskning og kunnskapsutvikling, noe som fremkommer tydelig i tilskudsregelverket for regionale odontologiske kompetansesentre. Det er også etablert et forskningsnettverk for oral helse, *Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse*, for å følge opp tiltakene i strategien. Medlemmene i nettverksgruppen inkluderer forskere fra flere universiteter, TAKO-senteret og kompetansesentrene, i tillegg til en representant fra fylkeskommunene og tannlegeforeningen, Folkehelseinstituttet og HelseDirektoratet. Nettverket ledes av direktøren for NIOM (Nordisk institutt for odontologiske materialer), som også har sekretariatsfunksjon for gruppen.

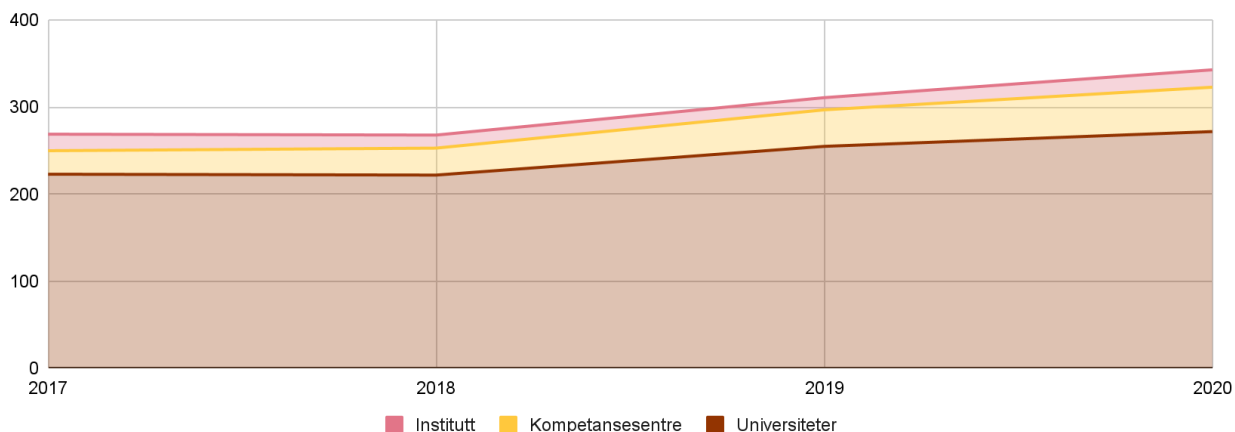
Den nasjonale nettverksgruppen har sammenstilt planlagt, pågående og nylig avsluttet forskningsaktivitet innenfor oral helse i perioden 2017-2020. Denne sammenstillingen dannet en baselinerapportering til departementet og skal etter planen følges opp med jevnlig rapportering hvert annet år fra 2023. På nettverkets nettside har de lagt ut sammenstillingen av vitenskapelig publisering innenfor oral helse, fordelt på forskningsaktørene.<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, s.5). *Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (2017 -2027)*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-kunnskapsloft-for-oral-helse/id2569994/>

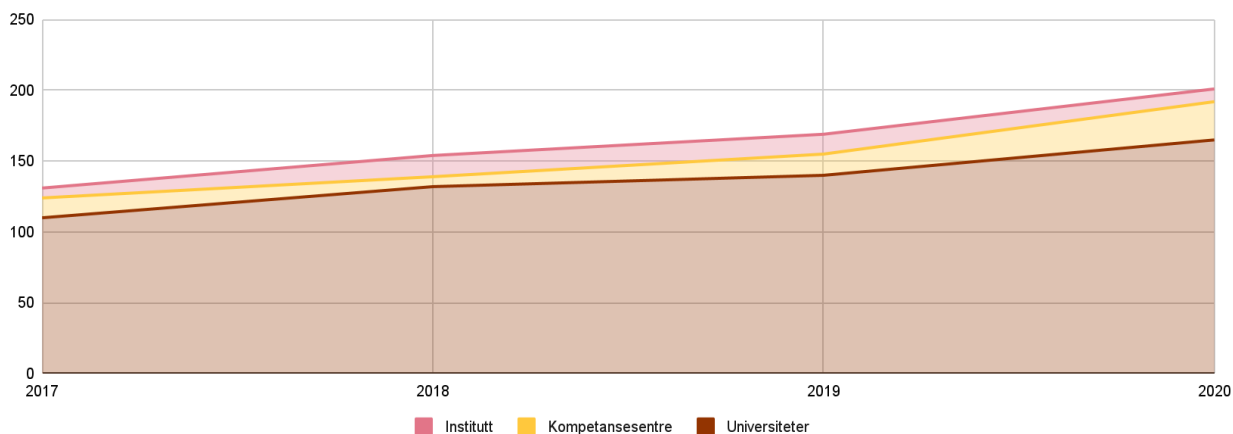
<sup>26</sup> Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse. (2023). *Mandat for Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse*. Odontologi.net. <https://odontologi.net/om-oss/>

Figurene 4.20 og 4.21 viser utviklingen i antall vitenskapelige publikasjoner innenfor oral helse, fordelt på universitetene, kompetansesentrene og forskningsinstituttene, i perioden 2017-2020.<sup>27</sup>



Figur 4.20 Totalt antall vitenskapelige publikasjoner innenfor oral helse 2017-2020

Kilde: Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse.



Figur 4.21 Totalt antall vitenskapelige publikasjoner med internasjonalt samarbeid innenfor oral helse 2017-2020

Kilde: Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse.

Begge figurene viser en oppadgående trend i årlig publisering for alle involverte forskningsaktører, både når det gjelder totalt antall publikasjoner og antall publikasjoner med internasjonalt samarbeid. Det er universitetene som har størst volum når det gjelder produksjon av forskning innenfor oral helse. Kompetansesentrenes forskningsaktivitet økte særlig mellom 2018 og 2020. Kompetansesentrene har også hatt en økning i antall publikasjoner med internasjonalt samarbeid.

<sup>27</sup> Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse. (2023). *Vitenskapelig publisering*. Odontologi.net. <https://odontologi.net/publikasjonspoeng/>

## Forskningskapasiteten på kompetansesentrene

Forskningskapasiteten ved kompetansesentrene er hovedsakelig finansiert gjennom den statlige tilskuddsordningen for regionale odontologiske kompetansesentre. I tillegg er det flere kompetansesentre som mottar eksterne forskningsmidler som finansierer enkelte stillinger.

Per i dag har hvert kompetansesenter en egen forskningsavdeling og forskningsleder. Et løst nettverk mellom forskningslederne har vært etablert siden 2015, og enkelte kompetansesentre har utarbeidet egne forskningsmål eller strategier som støtter opp under Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi. I intervjuer med helsemyndighetene og kompetansesentrene har det ble vist til noen langsiktige måltall knyttet til forskningsårsverk, men utover det som fremgår av departementets forsknings- og innovasjonsstrategi er ikke dette tallfestet i noen styringsdokumenter for sentrene.

I intervjuene med kompetansesentrene trekkes det frem at forskningen fortsatt er i en oppbyggings-/modningsfase for flere av sentrene. Mange påpeker at det tar tid å bygge opp en forskningsavdeling og skape gode nettverk med andre forskere og fagmiljøer. Rekruttering av odontologer med forskerkompetanse fremheves også som en utfordring. Flere trekker frem at en del av forskerne ved kompetansesentrene ikke har bakgrunn fra klinisk odontologi. Andre mener at det er en fordel for kompetansesentrene at forskerne bygger nettverk på tvers av flere helsefaglige miljøer. I tillegg kan forskerne ved kompetansesentrene ha forskning som hovedoppgave og første prioritet. Dette anses av flere som en fordel, særlig sammenlignet med ansatte på universitetene, som deler arbeidstiden sin på både undervisning og forskning, samt andre administrative oppgaver.

Ved utgangen av 2022 utgjorde ansatte ved forskningsavdelingene omtrent 25 % av alle ansatte på kompetansesentrene samlet sett. Enkelte ansatte har delte stillinger mellom klinikk og forskningsavdeling. I tabell 4.4 vises en oversikt over antall årsverk ansatt på forskningsavdelingene, samt antall årsverk med dobbeltkompetanse (både spesialistutdanning og forskerutdanning) ved kompetansesentrene. Som det fremgår av tabellen er det færre forskningsårsverk ansatt på TkNN, og flest årsverk ved forskningsavdelingen på TkVestland. Det er generelt få ansatte med dobbeltkompetanse. Ifølge rapporteringen til NIFU har kun TkNN og TkVestland hatt ansatte ved kompetansesenteret som har avlagt doktorgrader i løpet av de siste fem årene, men flere av kompetansesentrene har stipendiater ved forskningsavdelingene.

Tabell 4.4 Forskningsårsverk 2022

	TkNN	TkMidt	TkVestland	TkRogaland	TkØ
Totalt antall årsverk ansatt på forskningsavdelingen	6,9	12,4	14,3	10,6	11,7
Totalt antall forskerårsverk ansatt på forskningsavdelingen (stipendiater og forskere med Phd)	6,4	11,3	9,1	8,4	8,8
Antall årsverk med dobbeltkompetanse (tannlegespesialist + Phd)	0,5	0,3	2,1	0,9	2,4

Kilde: Regionale odontologiske kompetansesentre.

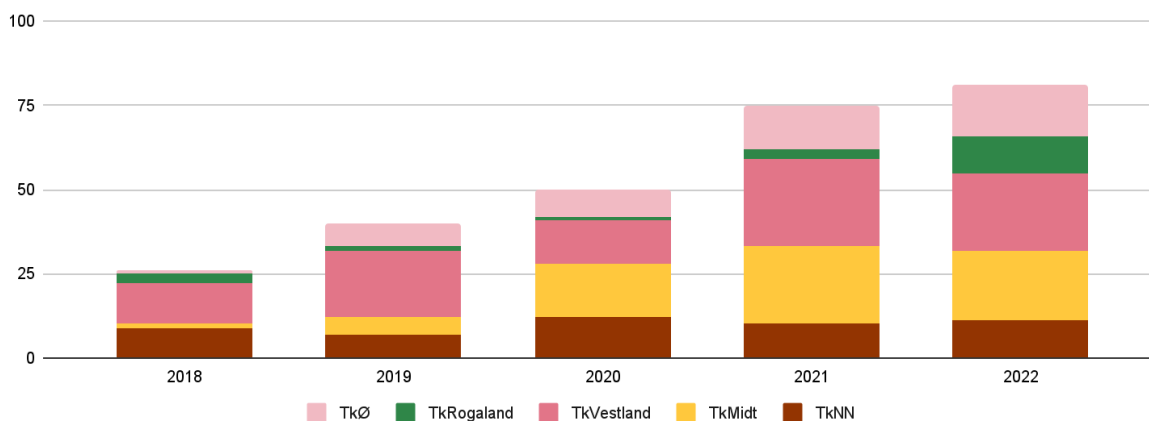
Det fremgår av nettsidene og årsrapportene til kompetansesentrene at forskningsavdelingene består av ansatte med bakgrunn innenfor et bredt spekter av fagdisipliner, inkludert odontologi, psykologi, ernæringsfysiologi, medisin, sykepleie, cellebiologi, epidemiologi, folkehelse og samfunnsøkonomi.

I intervjuene med kompetansesentrene fremheves potensialet for samarbeid mellom klinikere og forskere som en fordel for forskningsvirksomheten. Hvordan samarbeidet mellom klinikerne og forskerne fungerer i praksis varierer imidlertid på tvers av sentrene. Noen intervjuobjekter trekker frem behovet for bedre samarbeid mellom klinikere og forskere på kompetansesenteret, mens andre trekker frem et godt og nært samarbeid. Enkelte peker på at mangel på klinisk bakgrunn blant noen av forskerne kan påvirke mulighetene for samarbeid på tvers av klinikken og forskningsavdelingen.

I intervjuene med helsemyndighetene, den offentlige tannhelsetjenesten og kompetansesentrene er det flere som opplever at det er et uforløst potensial knyttet til kompetansesentrenes produksjon av forskning. Det har imidlertid vært en betydelig økning i vitenskapelig publisering fra kompetansesentrene de senere årene.

### Vitenskapelig publisering ved kompetansesentrene

Forskningsdata for forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten analyseres og sammenstilles av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU). Det er ikke en del av denne evalueringen å utføre porteføljeanalyser o.l. av forskningsaktiviteten ved kompetansesentrene. Statistikken som presenteres i dette kapitlet er basert på innrapporterte data til Cristin og er sammenstilt av enten NIFU eller den nasjonale nettverksgruppen for forskning og innovasjon innen oral helse. Figur 4.22 viser totalt antall vitenskapelig publikasjoner per kompetansesenter for de siste fem årene.



Figur 4.22 Antall vitenskapelige publikasjoner per kompetansesenter, 2018-2022<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Figuren viser antall artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter

Kilde: NIFU.

Figuren viser en økning i antall vitenskapelige publikasjoner for kompetansesentrene samlet sett mellom 2018 og 2022. Den viser også at TkVestland har publisert flest antall vitenskapelige artikler hvert år

sammenlignet med de andre kompetansesentrene. TkMidt kan vise til størst vekst i perioden. TkRogaland har hatt lavest antall publikasjoner i perioden, men har sett en betydelig økning mellom 2018 og 2022.

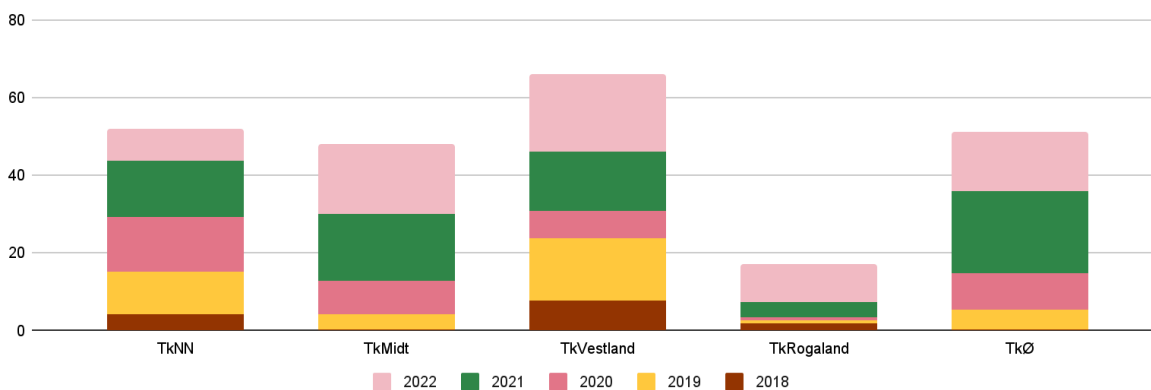
NIFU beregner årlige forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten.<sup>28</sup> Forskningspoeng forteller noe om både produksjonen av og kvaliteten på forskningen som utføres. For eksempel benyttes tildeling av midler fra Norges forskningsråd som kvalitetsindikator. Følgende indikatorer benyttes for å beregne forskningspoeng for regionale odontologiske kompetansesentre:

- vitenskapelig publisering
- avlagte doktorgrader
- uttelling for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd

Tabell 4.5 Forskningspoeng totalt per år 2018-2022

	TkNN	TkMidt	TkVestland	TkRogaland	TkØ
<b>2018</b>	4	0	8	2	0
<b>2019</b>	11	4	16	1	5
<b>2020</b>	14	9	7	1	9
<b>2021</b>	14	17	15	4	21
<b>2022</b>	8	18	20	10	15

Kilde: NIFU.



Figur 4.23 Årlige forskningspoeng per kompetansesenter 2018-2022

Kilde: NIFU.

<sup>28</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 20. juni). Nasjonalt system for måling av forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helseforskning/nasjonalt-system-for-maling-av-forsknings-og-kompetansesentre-utenfor-spesialisthelsetjenesten/id446980/>

Tabell 4.5 viser at oppnådde forskningspoeng per kompetansesenter varierer en del fra år til år. TkVestland hadde høyest sum forskningspoeng i 2022, mens TkØ hadde høyest forskningspoeng i 2021 og TkNN i 2020. TkMidt har opplevd høyest vekst i perioden.

Forskningens innhold og relevans for tjenesten reflekteres ikke gjennom statistikken som rapporteres. Som en del av evalueringen, ble kompetansesentrene spurt om en oversikt over vitenskapelige publikasjoner fra de siste fem årene, kategorisert etter tre forskningskategorier som fremheves i tilskuddsregelverket: praksisnær forskning, epidemiologisk forskning og tjenesteforskning. Hensikten var å danne et grovt bilde av publiseringsprofilen ved hvert kompetansesenter, basert på kompetansesentrenes egne vurderinger. Oversikten vi mottok ga imidlertid ikke et tilstrekkelig datagrunnlag for å vurdere omfanget av publikasjoner innenfor de tre forskningskategoriene.

### Faglige profiler og pågående forskningsprosjekter

På kompetansesentrenes egne nettsider og i årsrapportene finnes informasjon om både publikasjoner og forskningsprosjekter som sentrene er involvert i, samt deltakelse på konferanser og seminarer. Alle kompetansesentrene uttrykker en forskningsprofil som er rettet mot å bringe frem kunnskap som er til nytte for tannhelsetjenesten.

Enkelte av kompetansesentrene presenterer en noe mer definert profil. TkØ og TkRogaland har fastsatt egne mål for å tydeliggjøre en mer praksisnær profil. TkØ har nylig utviklet en strategi for perioden 2023-2026 med følgende målbeskrivelse for forskningsarbeidet: *“TkØ er en forskningsinstitusjon som har fokus på behovsdrivet forskning og innovasjon og har prosjekter som bidrar til nytenking, omstilling og fornyelse i tannhelsetjenesten. Tjenesten er involvert i hele forskningsprosessen.”* TkØ fremhever praksisnær forskning som høy prioritet og etterstreber tjenestemedvirkning i alle forskningsprosjekter. TkRogaland har formulert en visjon i sin forskningsstrategi for perioden 2018-2022, om å bli en ledende nasjonal aktør innenfor praksisnær forskning på oral helse, *“både innenfor klinisk odontologisk forskning og gjennom folkehelseprosjekter med oralt helseperspektiv”*. Strategien inneholder måltall for rekruttering, publisering og formidling, samt ekstern finansiering.

TkVestland skriver på sin nettside at de driver klinisk, praksisnær forskning, tannhelsetjenesteforskning, og forskning med vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, med forslag til organisering og prioritering i tjenesten. De har for tiden ikke en egen forskningsstrategi, men formulerte noen strategiske mål for forskningsavdelingen da TkVest/Hordaland først ble etablert, som blant annet inkluderte måltall for rekruttering, formidling og tjenestemedvirkning.

TkNN beskriver selv at de har stort fokus på befolkningsstudier, for eksempel gjennom Tromsøundersøkelsen, Tromstannen og Tannhelse i Nord. TkMidt fremhever blant annet innovasjonsprosjekter som omhandler kunstig intelligens, uttesting av VR-teknologi og tjenesteinnovasjon i helsetjenestene, men defineres ikke som en del av senterets profil.

Kompetansesentrene er involvert i flere langsiktige forskningsprosjekter og har ansvar for enkelte registre. Flere kompetansesentre er involvert i innhenting av data i forbindelse med befolkningsundersøkelser, som for eksempel tannhelseundersøkelsen HUNT (TkMidt, TkØ), HUSK (TkVestland), og Tromsøundersøkelsene (TkNN). Tannhelsesdata innhentet gjennom undersøkelsene

benyttes ofte som grunnlag for flere forskningsprosjekter. I tillegg drifter kompetansesentrene enkelte nettsider med informasjon, eksempelvis [www.tooinfo.no](http://www.tooinfo.no), [www.tannbarnehus.no](http://www.tannbarnehus.no) og [www.geronett.no](http://www.geronett.no).

Forskningsprosjektene er ofte sammensatt av forskere fra flere fagmiljøer. Enkelte prosjekter ved kompetansesentrene omtales kort i tabell 4.6 nedenfor. Som nevnt tidligere i dette kapitlet er det ikke utført analyser av innholdet i forskningen som en del av denne evalueringen. Hensikten med tabellen nedenfor er å gi et bilde av noe av tematikken som dekkes i forskningen og omfanget av samarbeidet.

Tabell 4.6 Eksempler på enkelte forskningsprosjekter ved kompetansesentrene (2022)

	Involvert senter	Prosjekt-leider/eier	Samarbeidende forskningsmiljøer
<b>Samhandling for bedre tannhelsetjeneste til hjemmeboende pasienter (CORAL)</b> Formålet er å utvikle ny kunnskap om behov for og organisering av tannhelsetjenester til eldre hjemmeboende pasienter. Pasientene, helsetjenestene og forskere involveres i utviklingen av intervensjonen.	TkØ	TkØ/UiO	NTNU Gjøvik, UiT, UiB, HINN, m.fl.
<b>Oral helse og bruk av tannhelsetjenester hos pasienter behandlet for hode-halskreft</b> Formålet er blant annet å kartlegge oral helse, orale bivirkninger av kreftbehandling samt bruk av tannhelsetjenester hos personer som er behandlet for hode-halskreft, oral helse relatert livskvalitet hos pasienter som har vært behandlet for hode-halskreft m.m.	TkNN	TkNN	UiT
<b>Hvordan går det med tannimplantatene?</b> Prosjektet vil øke kunnskapen om pasienttilfredshet, livskvalitet og komplikasjoner etter tannimplantatbehandling.	TkRogaland TkMidt TkNN	UiO	UiB
<b>Barn i risiko og oral helse</b> Prosjektet omfatter en longitudinell studie i Norge, tverrsnittstudie i USA, samhandlingsstudie og effektstudie for å øke kunnskapen og kompetansen knyttet til utsatte barn, deres orale helse og hvordan samarbeidende tjenester kan sikre tilrettelagt behandling/oppfølging.	TkVestland TkRogaland	TkVestland	UiB
<b>#Care4YoungTeeth&lt;3</b> Formålet er å utvikle nye løsninger for å støtte og motivere ungdommer til gode tann- og munnehelsevaner. Løsningene utvikles i samskapende aktiviteter der ungdommene selv, tannhelsepersonell, produktdesignere, tjenstedesignere og forskere deltar.	TkMidt TkVestland	SINTEF	NTNU, UiT, Karolinska Institutet m.fl.

Kilder: Årsrapporter og nettsidene til de regionale odontologiske kompetansesentrene.

## Opplevd nytte av kompetansesentrenes arbeid med forskning og kunnskapsutvikling

I intervjuer med den offentlige tannhelsetjenesten er det flere som mener at kompetansesentrene bør ha fokus på forskning som bidrar til å forbedre tjenesten, og som fremhever behovet for bedre integrering av forskning i den offentlige tannhelsetjenesten.

Jevnlige fagdager i regi av kompetansesentrene trekkes frem av den offentlige tannhelsetjenesten som et svært positivt tiltak. Flertallet av sentrene arrangerer årlige "fagdager" eller "forskningsdager" hvor blant annet pågående forskningsprosjekter presenteres til tannhelsetjenesten og andre interessenter. Eksempelvis arrangerer TkVestland seks fagdager i året, med deltakelse fra både den offentlige og private tannhelsetjenesten. Fagdagene evalueres i etterkant, og det bes om tilbakemelding på temaer og



problemstillinger som er relevante for tjenesten. I tillegg presenteres forskningsprosjekter i ledergruppen til fylkestannhelsesjefen. TkMidt sender blant annet ut et ukentlig nyhetsbrev som går til fylkestannhelsesjefen og viderefremmes til distriktsledere i den offentlige tannhelsetjenesten.

Blant intervjuobjekter i den offentlige tannhelsetjenesten er det flere som bemerker at det er vanskelig å svare på spørsmålet om forskningen som produseres av kompetansesentrene er relevant for tjenesten, samtidig som de understreker at det er viktig at kompetansesentrene driver med forskning og kunnskapsutvikling. Enkelte trekker frem at forskningsmiljøene må være store nok for å kunne rekruttere forskere, og reiser spørsmålet om ikke kompetansesentrene bør samordne forskningen mer på tvers av sentrene. Det understrekes også at det tar tid å anvende resultater fra forskning; det er ikke alltid resultatene kan tas umiddelbart inn i klinisk virksomhet, og det kan oppstå et gap mellom produksjon og implementering av forskningsresultater.

Flere mener likevel at det er et forbedringspotensial med hensyn til kommunikasjon og formidling fra enkelte kompetansesentre. Blant annet trekkes frem et ønske om mer tydelig formidling av hvem som jobber på kompetansesenteret til enhver tid, hvilken kompetanse de ansatte innehar, hva det forskes på, og hvilke prosjekter og forskningskurs som er relevante og tilgjengelige for tjenesten. Enkelte fremhever også viktigheten av å formidle forskningsresultatene etter et prosjekt er avsluttet, i tillegg til å informere om hvilke prosjekter som pågår.

Blant intervjuobjekter i den private tannhelsetjenesten og i universitets- og høyskolesektoren er det større skepsis til både innretningen på og omfanget av kompetansesentrenes arbeid med forskning. Det fremkommer i flere intervjuer at det er ulike synspunkter på hvor forskningsvirksomheten innenfor oral helse bør konsentreres. Flere refererer til evalueringen av medisin og helsefag som ble slutført i 2011 i regi av Norges forskningsråd, som pekte på fragmentert forskning innenfor odontologi. I flertallet av intervjuene med den private tannhelsetjenesten og universitets- og høyskolesektoren er det en oppfatning at oppbygging av kompetansesentrenes forskningsvirksomhet går på bekostning av universitetenes forskning, fordi det er for få forskere å trekke på og kompetansesentrene har noe høyere lønninger. Dermed uttrykkes det bekymring for at fagmiljøet svekkes totalt sett.

I den gjennomførte spørreundersøkelsen opplever over halvparten av respondentene at kompetansesentrene *i noen grad, i stor grad* eller *i svært stor grad* har bidratt til forskning og kunnskapsutvikling innenfor tannhelsefeltet. Blant respondenter i den offentlige tannhelsetjenesten, oppgir 28 % av respondentene at kompetansesentrene *i stor* eller *svært stor* grad har bidratt til forskning og kunnskapsutvikling innenfor tannhelsefeltet, sammenlignet med 17 % av respondentene i universitets- og høyskolesektoren og 8 % av respondentene fra den private tannhelsetjenesten.

Dersom respondentene fordeles etter deres relasjon til kompetansesentrene ser vi at TkVestland og TkRogaland har høyest andel av respondenter som oppgir at kompetansesentrene *i stor* eller *svært stor* grad har bidratt til forskning og kunnskapsutvikling på tannhelsefeltet, sammenlignet med de andre kompetansesentrene. Samtidig må tallene som fordeles etter subgrupper tolkes med noe forsiktighet, ettersom gruppene er av ulik størrelse.

Figur 4.24 viser fordelingen av svar fra respondentene i spørreundersøkelsen.

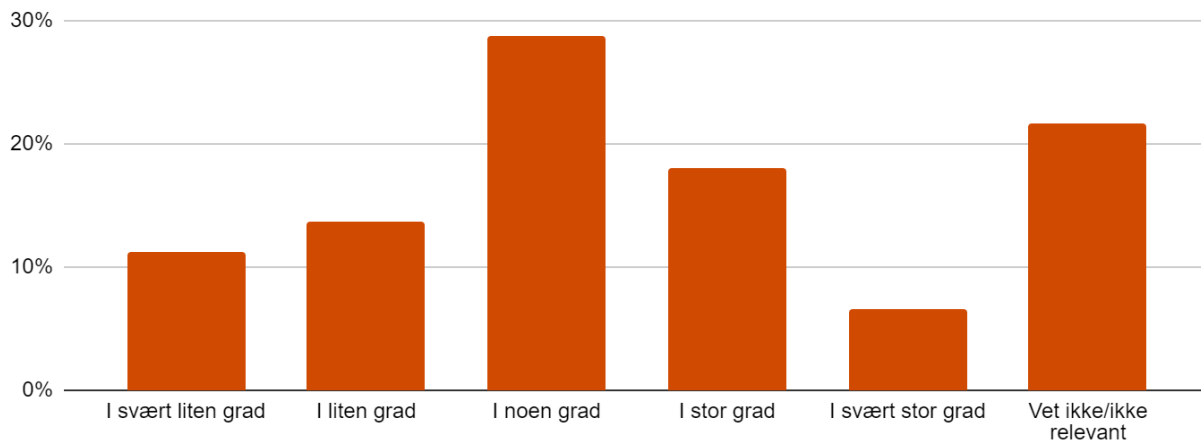


Figur 4.24 Fordeling av svar på spørsmål: I hvilken grad opplever du at kompetansesentrene har bidratt til forskning og kunnskapsutvikling innenfor tannhelsefeltet?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

I den gjennomførte spørreundersøkelsen fremkommer det at det er svært ulike synspunkter på hvorvidt kompetansesentrenes formidling av ny innsikt har kommet tannhelsepersonell til gode. Figur 4.25 viser at en fjerdedel av alle respondenter oppgir at kompetansesentrene i *stor* eller *svært stor* grad har formidlet ny innsikt som har kommet tannhelsepersonell til gode, mens en fjerdedel oppgir at kompetansesentrene i *liten* eller *svært liten* grad har formidlet ny innsikt som har kommet tannhelsepersonell til gode. Omtrent en tredjedel oppgir at kompetansesentrene i *noen grad* har formidlet ny innsikt som har kommet tannhelsepersonell til gode.

Dersom respondentene fordeles etter deres relasjon til kompetansesentrene ser vi at TkVestland skiller seg ut med høyest andel av respondenter (45%) som oppgir at kompetansesentrene i *stor* eller *svært stor* grad har klart å formidle ny innsikt innenfor tannhelsefeltet som har kommet tannhelsepersonell til gode. Samtidig må tallene som fordeles etter subgrupper tolkes med forsiktighet, ettersom gruppene er av ulik størrelse.



Figur 4.25 Fordeling av svar på spørsmål: I hvilken grad opplever du at kompetansesentrene har klart å formidle ny innsikt innenfor tannhelsefeltet som har kommet tannhelsepersonell til gode?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

## Kompetansesentrenes rolle i praksisnær forskning

*Praksisnær forskning og innovasjon for bedre behandling og kompetanseheving i tannhelsetjenesten er et eget satsingsområde i Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi (2017-2027). Der fremgår det at: "Kompetansesentrene har en viktig rolle i praksisnær forskning, med et særskilt ansvar for forskning rettet mot innbyggere med rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester og personer med omfattende tannhelseproblemer."*<sup>29</sup>

Videre står det i strategien at "*Praksisnær forskning med aktiv deltagelse fra tannklinikken, legger til rette for involvering av tjenesteytere og brukere/pasienter.*"<sup>30</sup> Det fremkommer imidlertid i intervjuene at det ikke finnes noen entydig definisjon på begrepet *praksisnær forskning*. Noen av intervjuobjektene legger mer vekt på *tjenestemedvirkning* i den praksisnære forskningen, mens andre fremhever betydningen av *forskningens relevans* for tjenesten og at forskningen kan ha relevans uten direkte tjenestemedvirkning. Enkelte har også påpekt at forskning kan være relevant for tjenesten selv om den ikke brukes direkte i pasientbehandling, blant annet i forbindelse med forebyggende arbeid.

I sin årsrapport skriver TkØ at "*Et viktig mål ved praksisnær forskning er at resultatene kan overføres og være nyttig for helsetjenesten, og på den måten komme pasientene og befolkningen til gode.*" I tillegg skriver TkØ at praksisnær forskning "*innebærer tett samarbeid med tannhelsetjenesten og andre relevante helsetjenester.*"<sup>31</sup>

<sup>29</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, s.11). *Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (2017 -2027)*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-kunnskapsloft-for-oral-helse/id2569994/>

<sup>30</sup> (*ibid*). *Sammen om kunnskapsløft for oral helse*.

<sup>31</sup> Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst. (2023, 30. mai, s.22). *TkØs årsrapport 2022*. tkost.no. <https://www.tkost.no/aarsrapport-2022-klar.6605562-193182.html>

Det er bred enighet på tvers av alle aktørgruppene i intervjuene at det er behov for mer forskning som er til nytte for klinisk praksis i tannhelsetjenesten. I intervjuene med kompetansesentrene mener flere at forskningen som utføres i deres regi ofte har et annet fokus enn forskningen som utføres av universitetene, som blant annet utfører mer basalforskning. Særlig trekkes det frem av intervjuobjektene at kompetansesentrene har en rolle i å utvikle tannhelsetjenesten. I tillegg er det flere prosjekter som utføres i samarbeid mellom universitetene og kompetansesentrene.

I intervjuer med universitets- og høyskolesektoren mener flere at kompetansesentrene gjerne kan ha en sentral rolle innenfor praksisnær forskning, og at forskningsmandatet til sentrene med fordel kan spisses. I lys av kompetansesentrenes samfunnsoppdrag overfor tannhelsetjenesten har enkelte foreslått et krav om bruk av norske data i forskningen som utføres av kompetansesentrene. I tillegg har enkelte trukket frem et uforløst potensial i å benytte data fra pasientbehandlingen ved sentrene.

Tjenestenes medvirkning i forskning vektlegges i departementets forsknings- og innovasjonsstrategi. Tjenestemedvirkning kan blant annet bidra til økt treffsikkerhet med hensyn til å identifisere relevante problemstillinger for forskningen. I intervjuene med den offentlige tannhelsetjenesten fremheves det at tjenestenes deltakelse i forskning er kompetansehevende, skaper nysgjerrighet og motiverer til økt interesse for forskning. I tabell 4.7 vises antall pågående forskningsprosjekter med tjenestemedvirkning i 2022, basert på tall mottatt fra kompetansesentrene.

**Tabell 4.7 Antall pågående forskningsprosjekter med tjenestemedvirkning i 2022**

	TkNN	TkMidt	TkVestland	TkRogaland	TkØ
2022	5	12	*	*	15

\* Ikke mottatt tall fra kompetansesentrene.

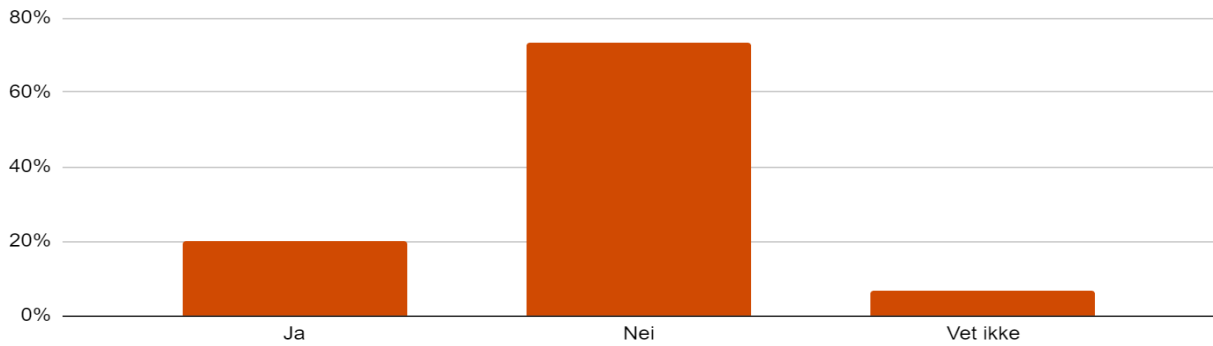
Kilde: Regionale odontologiske kompetansesentre.

I intervjuene med kompetansesentrene påpeker flere at samhandling med tjenesten avhenger av ressurser og kapasitet i tjenesten. Pådrivervilje fra fylkestannhelsesjefen påpekes også som en viktig suksessfaktor for å styrke den praksisnære forskningen. En fylkestannhelsesjef som er opptatt av forskning vil ifølge flere intervjuobjekter være mer villig til å sette av midler og ressurser til forskning og være en pådriver for å få gjennomført prosjekter i tjenesten. Enkelte mener at det ikke er stor vilje i tjenesten for å bruke egne midler på forskning. Videre påpeker noen at mangel på tannhelsesekretærer gjør det vanskelig å få nok kapasitet til å koordinere store studier fordi det går utover den kliniske driften.

Enkelte kompetansesentre har etablert fora for å innhente informasjon og tilbakemeldinger fra tannhelsetjenesten om deres behov. For eksempel har TkØ opprettet et samarbeidsforum med den offentlige tannhelsetjenesten i Innlandet og Viken om utvikling av relevante kompetansetiltak og praksisnær forskning. TkVestland gjennomfører evalueringer av fagdage som arrangeres, for blant annet å få tilbakemelding på kunnskapsbehovene til tannhelsetjenesten (både offentlig og privat).

Det fremgår imidlertid ikke på noen systematisk måte av årsrapportene eller rapporteringen til Helsedirektoratet hvor stor andel av forskningen som utføres av kompetansesentrene som er praksisnær og/eller involverer tjenesten. Det fremkommer heller ikke hvor mange forskningsprosjekter som er initiert i tjenesten med bistand fra kompetansesentrene i en støtte-/veilederfunksjon.

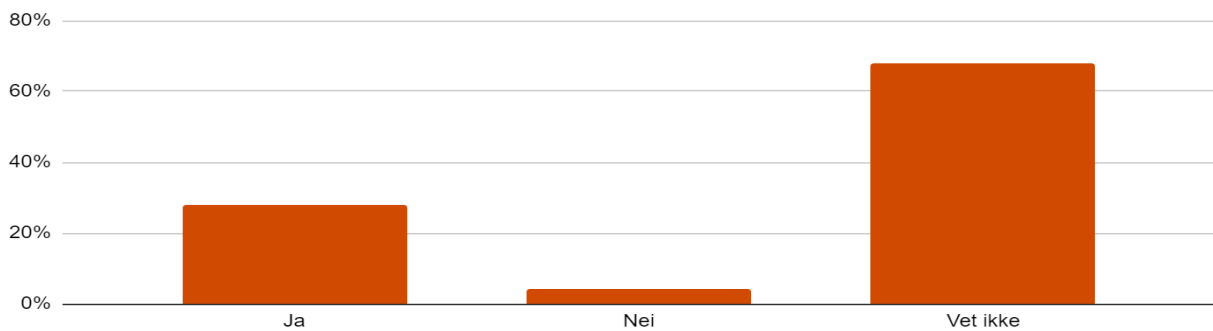
I den gjennomførte spørreundersøkelsen oppgir en av fem respondenter at de har deltatt i praksisnær forskning i regi av eller i samarbeid med et kompetansesenter. Figur 4.26 viser fordelingen av svar fra alle respondentene. Dersom respondentene fordeles etter deres relasjon til kompetansesentrene ser vi at TkVestland igjen skiller seg ut blant kompetansesentrene med høyest andel (36 %) som svarer at de har deltatt i praksisnær forskning. Dette tallet må imidlertid tolkes med forsiktighet, ettersom fordelingen av respondenter i mindre subgrupper er ujevn.



**Figur 4.26 Fordeling av svar på spørsmål: Har du deltatt i praksisnær forskning i regi av/i samarbeid med kompetansesentrene?**

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

Figur 4.27 viser at 68 % av respondentene som har deltatt i praksisnær forskning ikke vet om samarbeidet bidro til ny innsikt som er relevant for tannhelsetjenesten.



**Figur 4.27 Fordeling av svar på spørsmål: Dersom du har deltatt i praksisnær forskning i regi av/i samarbeid med kompetansesentrene, opplevde du at samarbeidet bidro til ny innsikt som er relevant for tannhelsetjenesten?**

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 432 respondenter svarte på spørsmålet.

## Samarbeid med andre fagmiljøer

De aller fleste forskningsprosjekter som kompetansesentrene er involvert i, er et samarbeid mellom flere forskere, ofte på tvers av ulike fagmiljøer. I intervjuene med både kompetansesentrene og universitets- og høyskolesektoren fremheves gode samarbeidsrelasjoner mellom forskere innenfor tannhelsefeltet. Enkelte har også delte stillinger mellom et kompetansesenter og et universitet.

I intervjuene med universitets- og høyskolesektoren påpekes det at flere er opptatt av de systemiske forholdene som påvirker fagmiljøet som helhet. Flere uttrykker bekymring over det som oppleves som en konkurranse om ressurser mellom universitetene og kompetansesentrene, som i enkelte tilfeller kan ha bidratt til konflikt og dårlig samarbeidsklima innad i fagmiljøet. Enkelte opplever at kompetansesentrene ønsker å være uavhengig av universitetene.

I intervjuene med kompetansesentrene opplever enkelte at motvilje mot sentrene da de først ble etablert har bidratt til å forsinke oppbyggingen av forskningsvirksomheten, men at det samtidig har fremtvunget nye samarbeidsrelasjoner som har vært positive.

Videre mener flere at det er rom for sterkere samarbeid med flere fagmiljøer. Enkelte uttrykker behov for mer samarbeid mellom universitetene og kompetansesentrene, for eksempel i utførelsen av større kliniske studier, og generelt behov for større grad av tematisk samarbeid. Det trekkes også frem at det ligger et uforløst potensial med hensyn til samarbeidsstrukturen som er etablert gjennom den nasjonale nettverksgruppen for forskning og innovasjon innen oral helse.

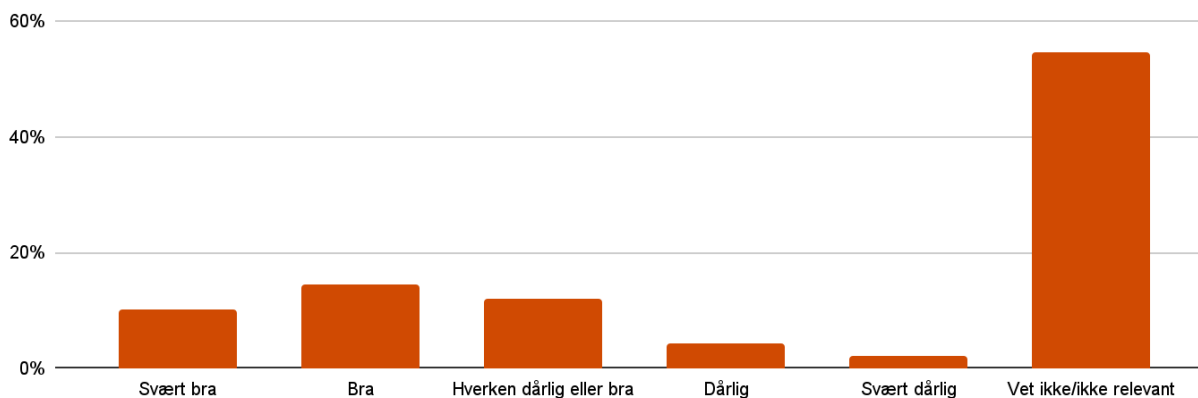
I flere intervjuer trekkes samarbeidet i Midt-Norge frem som et positivt eksempel på flerfaglig samarbeid innenfor oral helse, hvor fagmiljøene ved St. Olavs hospital, NTNU, TkMidt og den offentlige tannhelsetjenesten i Trøndelag har gått sammen om å etablere en Klinisk akademisk gruppe (KAG) for oral helse.<sup>32</sup> Formålet er blant annet å heve kompetansen innenfor oral helse i regionen, og bidra til bedre sammenheng mellom munnhelse og øvrig somatisk og psykisk helse. Gjennom arbeidet bringes forskere og klinikere sammen.

På Vestlandet fremheves blant annet samarbeidet i Alrek helseklynge som en viktig mekanisme for samarbeid med andre fagmiljøer, inkludert sykehusene, den offentlige tannhelsetjenesten og kompetansesentrene.

Som vist i figur 4.28 oppgir en av fire respondenter som har samarbeidet med kompetansesentrene i den gjennomførte spørreundersøkelsen at samarbeidet knyttet til forskning og/eller kunnskapsutvikling er *bra* eller *svært bra*. Dersom respondentene fordeles etter deres relasjon til kompetansesentrene ser vi at TkVestland og TkRogaland har høyest andel av respondenter som oppgir at samarbeidet er *bra* eller *svært bra*, sammenlignet med de andre kompetansesentrene.

---

<sup>32</sup> Oral helse KAG. (2023). *Oral helse i et helhetlig helse- og sykdomsperspektiv*. <https://www.oralhelse.no/>



Figur 4.28 Fordeling av svar på spørsmål: Dersom du har samarbeidet med kompetansesentrene, hvordan har du opplevd samarbeidet knyttet til forskning og/eller kunnskapsutvikling?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 614 respondenter svarte på spørsmålet.

### Nærmere om perspektiver fra universitets- og høyskolesektoren

Behovet for mer forskning rundt praksis trekkes frem i flertallet av intervjuene med universitets- og høyskolesektoren. Det understrekes videre at forskning av høy kvalitet krever et fagmiljø av en viss størrelse. I tillegg stilles det spørsmål til innretningen på og omfanget av kompetansesentrenes forskningsaktivitet. Enkelte mener at kompetansesentrene bør kunne vise til flere publikasjoner, særlig innenfor tradisjonelt forskningssvake områder. Flere mener at kompetansesentrene har bedre økonomiske rammer og vilkår for arbeid med forskning enn universitetene, og at forskjeller i lønn mellom universitetene og kompetansesentrene bidrar til en uheldig konkurranse mellom aktørene.

Enkelte påpeker at det er ressurskrevende å drive med klinisk forskning og at kompetansesentrene kanskje ikke har nok personalressurser til å drive med det i like stor grad som ønsket. Noen mener at kliniske studier med fordel burde utføres av universitetene og kompetansesentrene sammen. Videre trekker enkelte frem at flere delte forskningsstillinger kunne vært en løsning for å spre og dele kompetanse, men at det ikke er nok personalressurser å trekke på og kan være krevende med delte stillinger på universitetet.

Det er en bred oppfatning blant aktørene i universitets- og høyskolesektoren at det odontologiske fagmiljøet fragmenteres, delvis på grunn av helsemyndighetenes styrking av kompetansesentrenes rolle innenfor utdanning og forskning. Flertallet mener at dette har ført til en uheldig konkurranse om ressurser mellom universitetene og kompetansesentrene. Det er enighet om at det odontologiske fagmiljøet er lite og at det er stor etterspørsel etter odontologer med forskerkompetanse. Mange kjenner på en sårbar situasjon som blant annet medfører utfordringer med rekruttering til både kompetansesentrene og universitetene.

Samtlige påpeker at fakultetene har reduserte budsjetter, og flere uttrykker bekymring for fremtidsutsiktene til norsk odontologi som fagfelt. Det fremheves at universitetene er i en særstilling, med

ansvar for å drive kunnskapsutviklingen fremover og sørge for at studieløpene og videreutvikling av utdanningen innenfor odontologi henger sammen med utviklingen på forskningsfronten.

Samtlige er opptatt av å styrke forskningen innenfor norsk odontologi, og flere fremhever betydningen av at oral helse blir ansett som en del av generell helse. Enkelte påpeker at samfunnsløsninger krever samarbeid med andre fakulteter/fagmiljøer, og dersom man ønsker å styrke koblingen mellom oral helse og generell helse, er det noe lærestedene er godt tilrettelagt for.

## Forbedringsområder

Gjennom kartleggingen har det kommet flere innspill til forbedringsområder. Flere ser et forbedringspotensial med hensyn til samarbeidsstrukturen innenfor oral helse, for eksempel med utgangspunkt i den nasjonale nettverksgruppen for forskning og innovasjon. I tillegg uttrykkes det bekymring blant flere aktører for at ressursene innenfor oral helse spres for tynt og forskningsmandatet til kompetansesentrene med fordel kan spisses.

Fra kompetansesentrenes side påpekes det at det har vært mye uforutsigbarhet knyttet til finansieringen av forskningsstillinger, og at ordningen har tidligere fremstått uoversiktlig og lite transparent, med hyppige endringer som har vært vanskelige å forholde seg til. Det er utfordrende for kompetansesentrene å få til felles forskningsadministrative tjenester til bistand i arbeidet med forskningssøknader, juridiske avtaler, datalagring og litteraturtilgang. Enkelte peker på mangelen på tannhelsesekretærer som blant annet gjør det vanskeligere å få tilstrekkelig kapasitet til større kliniske studier. Enkelte foreslår at det settes av en andel midler fra TOO-tilbudet til forskning/følgeevaluering.

## 4.4 Deltakelse i spesialistutdanningen

### Betydningen av spesialistutdanningen for kompetansesentrene

Spesialistutdanning av tannleger tilbys ved Universitetet i Oslo (UiO), Universitetet i Bergen (UiB) og Universitetet i Tromsø (UiT). En betydelig andel av innholdet i spesialistutdanningen er basert på klinisk praksis, med noe variasjon på tvers av de syv spesialitetene. Kandidater som tar utdanningen sin på UiO og UiB kan utføre klinisk praksistrening ved universitetsklinikkene, i privat praksis eller ved et kompetansesenter. I noen tilfeller (og for noen spesialiteter) utføres klinisk praksis ved et sykehus eller annen godkjent utdanningsvirksomhet. Kandidater som tar utdanningen sin på UiT fullfører klinisk praksistrening i all hovedsak ved TkNN.

Kompetansesentrene kan i prinsippet ta imot kandidater fra alle tre odontologiske læresteder for klinisk praksistrening som del av spesialistutdanningen. Det forutsetter som regel en samarbeidsavtale mellom kompetansesenteret og universitetet for godkjent praksistrening, slik at kandidaten får uttelling for praksis som en del av vurderingsmappen og/eller kasmappen. Kompetansesentrene kan også søke om lønnsmidler til kandidatene gjennom to statlige tilskuddsordninger, som krever arbeidsavtale mellom kandidaten og den offentlige tannhelsetjenesten etter endt utdanning. De to tilskuddsordningene forutsetter ikke at kompetansesentrene deltar i spesialistutdanningen.

Enkelte av kompetansesentrene bidrar med spesialistkompetanse til undervisning ved universitetene. Vestland fylkeskommune har inngått en samarbeidsavtale med UiB slik at noen av spesialistene ved



TkVestland bidrar i undervisning som del av både grunnutdanningen og spesialistutdanningen ved UiB. I 2017 ble det inngått avtale mellom UiT og Troms og Finnmark fylkeskommune om at spesialister fra TkNN også bidrar i grunnutdanningen ved UiT. Dette finansieres gjennom midler fra tilskuddsordningen for regionale odontologiske kompetansesentre.

I intervjuene med kompetansesentrene og helsemyndighetene er det bred enighet blant intervjuobjektene om at kompetansesentrene bør ha en sentral rolle i klinisk praksis for tannleger i spesialisering. Flertallet av intervjuobjektene mener at kompetansesentrene kan tilby kandidatene et bredt pasientgrunnlag, interessante og komplekse kasus, og et godt tverrfaglig miljø. I tillegg er det flere som opplever at det tilfører noe positivt til arbeidsmiljøet å ha studenter i praksis som en del av kompetansesenteret.

Flere trekker frem "Tromsø-modellen" som en suksesshistorie på bakgrunn av at klinisk praksistrening for spesialistkandidatene har vært en integrert del av kompetansesenterets virke siden TkNN først ble opprettet. UiT driver ikke egen tannklinikk og spesialistutdanningen foregår derfor i hovedsak på TkNN, i nært samarbeid med Institutt for klinisk odontologi ved UiT, som har det faglige ansvaret for utdanningen. I tillegg har TkNN et nært samarbeid med universitetstannklinikken, som er en del av den offentlige tannhelsetjenesten og drives av fylkeskommunen. Samtidig trekkes det frem at en slik modell krever en del administrasjon, ettersom det er to selvstendige enheter (fylkeskommunen og universitetet) som skal koordinere klinisk praksis i både grunnutdanningen og spesialistutdanningen.

TkVestland skiller seg også ut i forhold til de andre kompetansesentrene på grunn av samarbeidsavtalen mellom Vestland fylkeskommune og UiB, som blant annet omfatter henvisning av pasienter mellom partene, faste undervisningsbehov til grunnutdanningen og spesialistutdanning, samt generelle vilkår for klinisk praksis for spesialistkandidater. Når det gjelder det siste avtales det individuelt om og i hvilket omfang kandidaten kan ha praksistrening på TkVestland. For tiden utarbeides det i tillegg en avtale mellom TkVestland og UiB om spesialistkandidater i pedodonti som skal ha klinisk praksis på kompetansesenteret. Foreløpig er det tre kandidater som skal starte opp i løpet av dette studieåret.

Totalt sett er det få spesialistkandidater som har deltatt i klinisk praksis ved kompetansesentrene som en del av spesialistutdanningen. Sammenlignet med de andre kompetansesentrene har TkNN hatt flest spesialistkandidater. Flertallet av kandidatene var tilknyttet spesialistutdanningen ved UiT, men i perioden 2018-2022 har TkNN også hatt en kandidat som var tilknyttet spesialistutdanningen ved UiB. I samme periode har TkVestland hatt to kandidater fra UiB som har fullført klinisk praksistrening ved kompetansesenteret, og TkMidt har én kandidat fra UiO som fullfører praksistrening ved senteret, i samarbeid med St. Olavs hospital i Trondheim.

Et større antall spesialistkandidater har inngått arbeidsavtaler med kompetansesenteret eller fylkeskommunen om ansettelse etter endt utdanning. Enkelte kandidater er også ansatt under utdanningen, i form av en utdanningsstilling. En bindende arbeidsavtale mellom spesialistkandidaten og arbeidsgiver om utdanningsstilling eller annet ansettelsesforhold er et krav som stilles av HelseDirektoratet for at arbeidsgiver skal kunne søke om tilskudd til lønn til kandidater under spesialistutdanningen. Frem til 2020 gjaldt dette tilskuddet kun spesialistkandidater i pedodonti og multidisiplinær odontologi. Gjeldende tilskuddsregelverk omfatter alle godkjente spesialiteter og inneholder et krav om at det kun er arbeidsgivere i offentlig sektor som kan søke om tilskudd. Videre fremgår det av regelverket at arbeidsavtalen bør inneholde "pliktjeneste i tannlegespesialiststilling hos

arbeidsgiveren etter endt utdanning”.<sup>33</sup> Avtalen legges gjerne ved søknaden til spesialistutdanningen, ettersom det gir uttelling i opptaket til utdanningen (fire poeng for skriftlig avtale med bindingstid på minimum 2 års arbeid etter fullført studieløp).

Alle kompetansesentrene har inngått arbeidsavtaler med spesialistkandidater i perioden 2018-2022, jf. tabell 4.8. Tabellen viser antall spesialistkandidater som har tatt klinisk praksis som del av utdanningen og antall kandidater som har inngått arbeidsavtaler med kompetansesenteret eller fylkeskommunen. Noen av kandidatene faller under begge kategorier.

Tabell 4.8 Antall spesialistkandidater tilknyttet kompetansesentrene i perioden 2018-2022

	TkNN	TkMidt	TkVestland	TkRogaland	TkØ
Kandidater i klinisk praksis som del av spesialistutdanningen	12	1	2	0	0
Kandidater som har inngått arbeidsavtaler med bindingstid etter endt utdanning	13	5	3	5	2

Kilde: Regionale odontologiske kompetansesentre.

Både TkØ og TkMidt har lyst ut utdanningsstillinger de senere årene, hvor kandidaten eksempelvis arbeider på kompetansesenteret en dag i uken under studietiden, men uten at de får uttelling som en del av spesialistutdanningen. Tannhelse Rogaland har et eget utdanningsfond som bidrar med lønn til spesialistkandidater under utdanning mot ansettelse i den offentlige tannhelsetjenesten.

I intervjuene med kompetansesentrene er det flere som opplever at det er vanskelig å få inngått samarbeidsavtaler om spesialistkandidater med universitetene, for at de skal få fullført desentralisert klinisk praksis ved kompetansesenteret. Videre påpeker flere at det kan være utfordrende å få på plass tilstrekkelig veilederkapasitet for å veilede kandidatene, noe som også avhenger av hvilke fagdisipliner som er representert på det enkelte kompetansesenter som skal ta imot en spesialistkandidat.

Flere av intervjuobjektene på kompetansesentrene opplever at det er lite samarbeidsvilje fra universitetene fordi universitetene ønsker å beholde kandidatene på fakultetene. Dette bekreftes i stor grad av flere intervjuobjekter i universitets- og høyskolesektoren, og begrunnes med både økonomiske og prinsipielle hensyn omkring spesialistutdanningen. Dette utdypes senere i delkapitlet.

I intervjuene med den offentlige tannhelsetjenesten er det ulike synspunkter på en desentralisert spesialistutdanning. Enkelte mener at kandidatene får et bredere pasientgrunnlag andre steder enn på kompetansesentrene. Noen påpeker at spesialistutdanningen i hovedsak bør foregå på universitetene ettersom de har mer fokus på pedagogisk kompetanse og et større fagmiljø, men at det bør være noe samarbeid med kompetansesentrene. Enkelte mener at det vil påvirke grunnutdanningen dersom spesialistutdanningen desentraliseres i større grad.

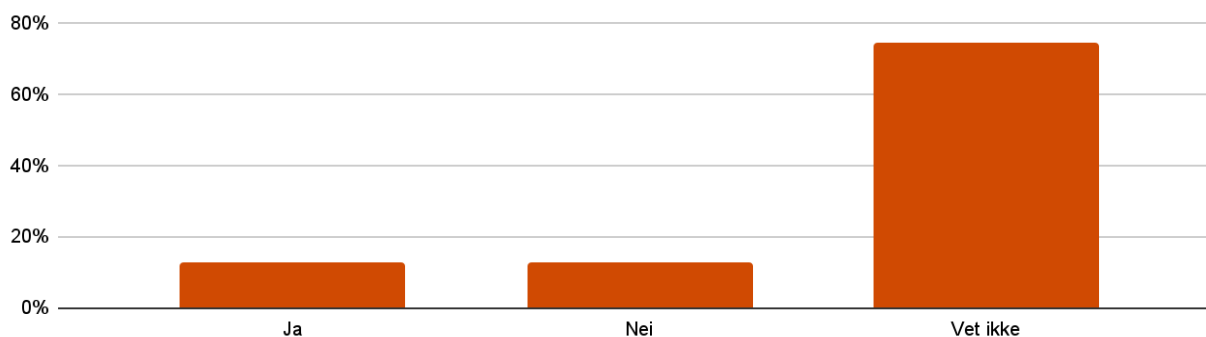
I intervjuene med privatpraktiserende tannleger er det flere som mener at den desentraliserte spesialistutdanningen ikke fungerer så godt. Blant annet trekkes det frem at en desentralisert utdanning kan bidra til fordeling av kompetanse, men kan gå på bekostning av kvaliteten på utdanningen. Enkelte

<sup>33</sup> jf. regelverk for tilskuddsordningen *Lønn til kandidater under odontologisk spesialistutdanning*, godkjent av HOD 15.01.2021.

påpeker at spesialistutdanningen bør foregå på universitetene hvor et tynge fagmiljø er samlet sammen med klinikk.

Flere intervjuobjekter påpeker at kompetansesentrene ikke har kommet i mål med hensyn til det som var intensjonen når det gjelder spesialistutdanningen. Videre tyder resultatene fra spørreundersøkelsen på at det er langt flere av respondentene som ikke har erfaring med kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen, sammenlignet med de andre oppgavene kompetansesentrene har.

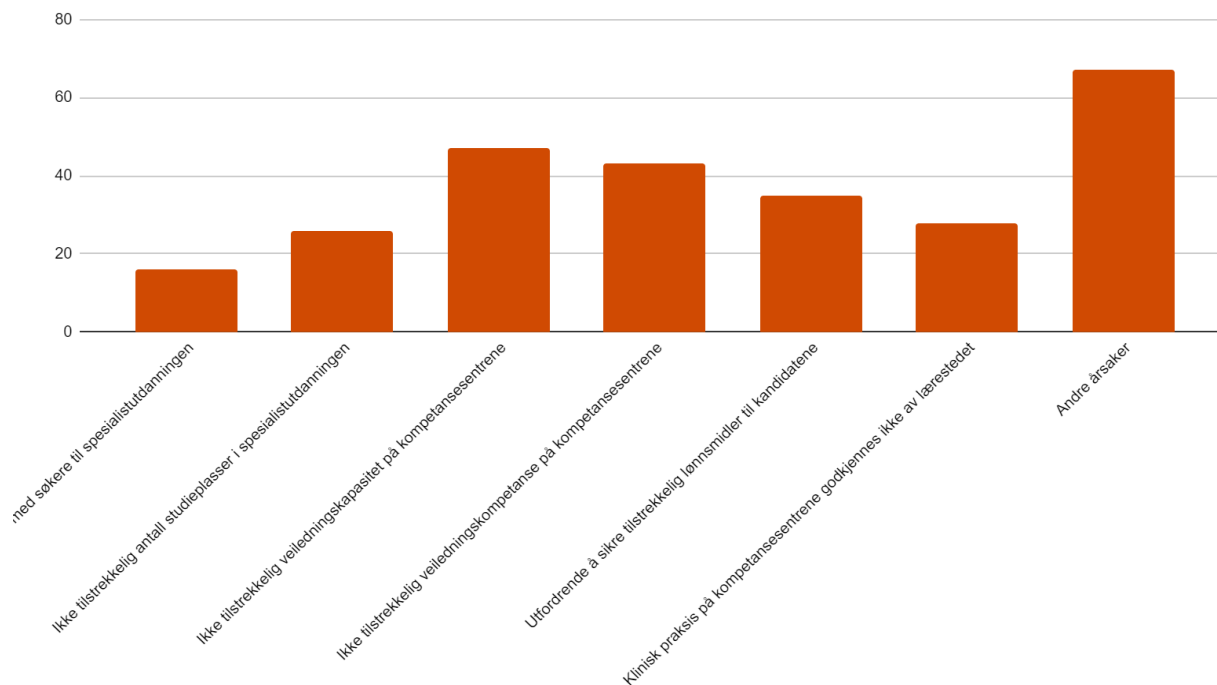
I den gjennomførte spørreundersøkelsen svarer omkring tre av fire respondenter *vet ikke/ikke relevant* på spørsmålet om de har opplevd hindringer med hensyn til kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen. Svaret kan tyde på at det er få av respondentene som har erfaring med kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen. Av respondentene som svarte *ja* eller *nei*, var det jevnt fordelt med 13 % av respondentene som har opplevd hindringer og 13 % som ikke har opplevd hindringer med hensyn til kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen, jf. figur 4.29.



Figur 4.29 Fordeling av svar på spørsmål: Opplever du at det har vært hindringer med hensyn til kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

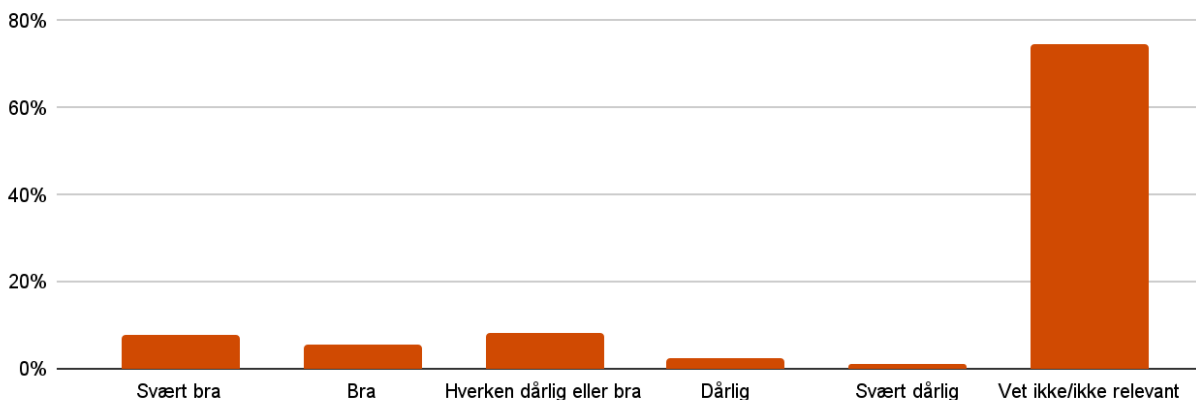
Figur 4.30 nedenfor viser fordelingen av svar på oppfølgingsspørsmålet, "Dersom du opplever at det har vært hindringer med hensyn til kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen, kan du spesifisere hvilke hindringer som du har opplevd?" Høyest andel respondenter svarte *andre årsaker* enn det som fremgikk av valgmulighetene. *Andre årsaker* kan blant annet være knyttet til prinsipielle uenigheter rundt organiseringen av en desentralisert spesialistutdanning, noe som kom frem i flertallet av intervjuene med både tannhelsetjenesten og universitets- og høyskolesektoren. I tillegg til andre årsaker trekkes *tilstrekkelig veilederkompetanse og -kapasitet* særlig frem av respondentene i spørreundersøkelsen.



Figur 4.30 Fordeling av svar på spørsmål: Dersom du opplever at det har vært hindringer med hensyn til kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen, kan du spesifisere hvilke hindringer som du har opplevd?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Spørsmålet er et oppfølgingsspørsmål til "Opplever du at det har vært hindringer med hensyn til kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen?". Totalt 149 respondenter.

Figur 4.31 viser fordelingen av svar i den gjennomførte spørreundersøkelsen på spørsmålet om hvordan samarbeidet knyttet til klinisk praksis oppleves av respondentene. Tre av fire respondenter svarte *vet ikke/ikke relevant*, som tyder på at det er få av respondentene som har samarbeidet med kompetansesentrene om spesialistutdanningen.



Figur 4.31 Fordeling av svar på spørsmål: Dersom du har samarbeidet med kompetansesentrene, hvordan har du opplevd samarbeidet knyttet til klinisk praksis for tannleger i spesialisering?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 601 respondenter svarte på spørsmålet.

## Betydningen av spesialistutdanningen for universitets- og høyskolesektoren

I intervjuer med universitets- og høyskolesektoren kommer det frem at flere er skeptiske til å legge mer av ansvaret for spesialistutdanningen til kompetansesentrene. Flertallet uttrykker bekymring for at kompetansen på universitetene vil utarmes dersom universitetene skal drive mindre med klinisk praksis, og understreker at universitetene er avhengige av å ha gode kliniske pedagoger som underviser og veileder studentene. I tillegg fremheves betydningen av spesialistutdanningen for grunnutdanningen på universitetene, blant annet fordi det oppleves som positivt for læringsmiljøet og samhandlingen på tvers av utdanningsnivåer og disipliner at utdanningene og studentene er samlet. Flere er av den oppfatning at helsemyndighetene ønsker å dele opp spesialistutdanningen mellom ulike aktører på samme måte som i spesialistutdanningen for leger, hvor klinisk praksis hovedsakelig foregår i regi av de regionale helseforetakene mens den teoretiske utdanningen skjer på universitetene. Intervjuobjektene påpeker at det medisinske miljøet er mye større og har langt flere aktører enn det odontologiske miljøet, og at det vil være krevende å legge opp til et lignende utdanningsløp innenfor et såpass lite miljø.

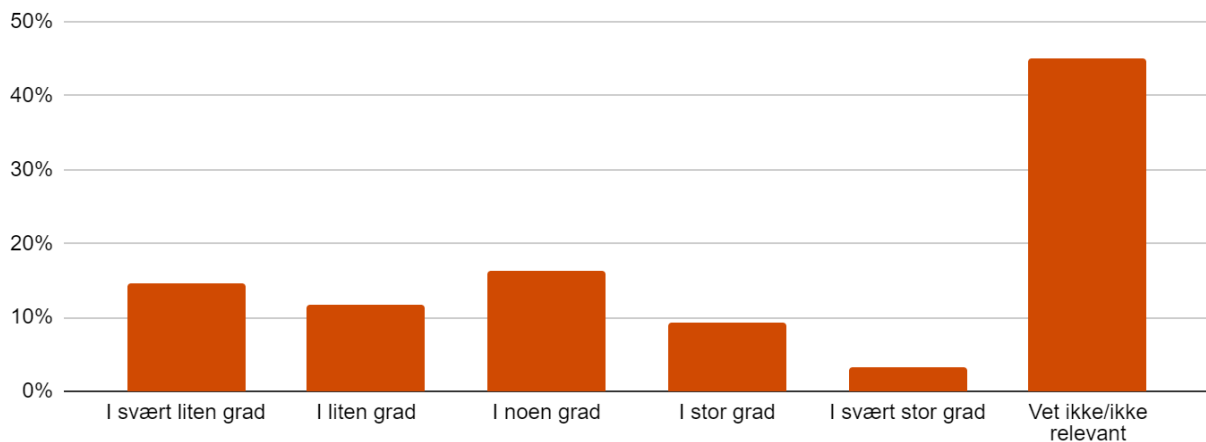
Flertallet av intervjuobjektene i universitets- og høyskolesektoren opplever at det legges opp til en uheldig konkurranse om ressurser mellom universitetene og kompetansesentrene, noe som forverres ved at enkelte fakulteter står i en krevende økonomisk situasjon. Flere påpeker at universitetene har et stort behov for pasientinntekter og at de av den grunn ikke vil gi fra seg for mange spesialistkandidater som jobber på universitetsklinikkene. Videre trekkes det frem at forholdene kompliseres ved at det er ulike departementer som styrer hhv. universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgssektoren. Flere opplever at helsemyndighetene nedprioriterer rollen til universitetene i spesialistutdanningen.

Samtlige av intervjuobjektene er opptatt av universitetenes rolle i å videreutvikle utdanningen for fremtidige generasjoner av tannleger, og at det er viktig å se oppbyggingen og videreutviklingen av de ulike utdanningsløpene i sammenheng med hverandre og med kunnskapsutviklingen innenfor odontologi. Videre peker flere på prosessene for å oppnå europeiske akkrediteringer og autorisasjoner, som anses

som kvalitetsstempel på utdanningen. Enkelte stiller spørsmål ved om kompetansesentrene vil kunne forholde seg til slike prosesser på samme måte som universitetene dersom mer av ansvaret for utvikling av spesialistutdanningen legges til kompetansesentrene.

## Betydningen av spesialistutdanningen for geografisk spredning av tannlegespesialister

I den gjennomførte spørreundersøkelsen oppgir 13 % av respondentene at kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen har bidratt i *stor* eller *svært stor* grad til større spredning av tannlegespesialister i landet, mens 26 % av respondentene mener at de har bidratt i *liten* eller *svært liten* grad til større spredning av tannlegespesialister. En relativt stor andel av respondentene svarer *vet ikke/ikke relevant*, jf. figur 4.32.



Figur 4.32 Fordeling av svar på spørsmål: I hvilken grad opplever du at kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen har bidratt til større spredning av tannlegespesialister i landet?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

Dersom respondentene fordeles etter deres relasjon til kompetansesentrene ser vi at TkNN skiller seg ut fra de andre kompetansesentrene med høyest andel av respondenter (24 %) som oppgir at kompetansesentrene i *stor* eller *svært stor* grad har bidratt til større spredning av tannlegespesialister. Til sammen oppgir omtrent halvparten av respondentene med en relasjon til TkNN at kompetansesentrene har i *noen* grad, i *stor* grad eller i *svært stor* grad bidratt til større spredning av tannlegespesialister i landet, og 17 % svarer *vet ikke/ikke relevant*. Tallene som fordeles etter subgrupper må imidlertid tolkes med forsiktighet, ettersom gruppene er av ulik størrelse.

Resultatene fra spørreundersøkelsen gjenspeiler i stor grad det som kommer frem i intervjuene. Flere uttrykker stor grad av usikkerhet til spørsmålet om kompetansesentrene har ført til en bedre geografisk spredning av tannlegespesialister.

Flertallet av intervjuobjektene fremhever behovet for å sikre tilgang til spesialister i deler av landet hvor det er mangler, særlig i mindre sentrale strøk. I intervjuene med den offentlige og private tannhelsetjenesten, universitets- og høyskolesektoren, samt interesseorganisasjoner og andre aktører, er det flere som peker på behovet for kompetansesentre utenfor de store byene. Videre stilles det spørsmål ved plasseringen av kompetansesentre i nærheten av fakultetene dersom intensjonen var spredning av kompetanse. For mange er det uklart hvorfor det er kompetansesentre som er lokalisert i Oslo og Bergen.

I intervjuene med interesseorganisasjoner og privatpraktiserende tannleger, påpekes det av flere at kompetansesentrenes plassering særlig i Oslo og Bergen har bidratt til økt konkurranse innad i miljøet. Flere mener også at TKSør (som ble lagt ned) hadde en viktig regional funksjon hvor det var behov for å etablere et forskningsmiljø som kunne støtte tjenesten. Enkelte trekker frem et ønske om mer overordnet styring slik at kompetansesentrene blir bedre koordinert nasjonalt, og det etterlyses mer tydelighet fra myndighetene rundt rollene til universitetene og kompetansesentrene i spesialistutdanningen, særlig med hensyn til de økonomiske rammene.

I intervjuene med kompetansesentrene og den offentlige tannhelsetjenesten er det flere som opplever at de har lite påvirkning på kandidatene som fremmes til opptak i spesialistutdanningen og som har tilknytning til fylkeskommunen. Den nasjonale opptakskomiteen skal ta hensyn til samfunnets behov for spesialistkandidater. Enkelte opplever imidlertid at universitetene overstyrer behovet for kandidater. Videre er det flere som peker på at opptakskomiteen gir poeng til kandidater, blant annet basert på geografisk bakgrunn. Flere påpeker at reglene er i endring og håper at den nye samarbeidsmodellen som Helsedirektoratet utarbeider kan bidra til en bedre geografisk spredning av kandidater.

I intervjuene med kompetansesentrene og den offentlige tannhelsetjenesten trekkes det frem at mange av spesialistkandidatene som fullfører praksis ved kompetansesentrene inngår bindende arbeidsavtaler med fylkeskommunen slik at de forplikter seg til et arbeidsforhold i fylkeskommunen etter endt utdanning. Flere omtaler slike avtaler som avgjørende for at kandidaten får opptak til spesialistutdanningen, ettersom de vektlegges i opptakssystemet. Samtidig trekkes det frem at det ikke er uvanlig at ferdigutdannede kandidater kjøper seg ut av slike avtaler.

I tillegg har fylkeskommunen og kompetansesentrene mulighet til å søke om lønn til kandidater under odontologisk spesialisering. Ifølge tilskudsregelverket er et av hovedmålene med lønnstilskuddet økt tilgjengelighet til spesialisttjenester for befolkningen i regioner med liten tilgang til tannlegespesialister.

## 4.5 Økonomiske og administrative forhold

### Beregningsgrunnlag for etablering og drift av kompetansesentrene

Opprettelsen av de regionale odontologiske kompetansesentrene ble utredet av Statens helsetilsyn i 2000, jf. nærmere omtale i kapittel 3.1.<sup>34</sup> I utredningen ble det ikke gjort en helhetlig vurdering av forventede kostnader ved etablering og drift av kompetansesentrene. Det var opprinnelig tiltenkt at sentrene skulle (1) være henvisningsinstans for sjeldne eller spesialiserte behandlinger, (2) være instans

<sup>34</sup> Statens helsetilsyn. (2000). *Odontologiske spesialisttjenester: Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra* (IK-2701/5-99 utredningsserie). Statens helsetilsyn. [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/utredningsserien/spesialister\\_odont\\_kompetanse\\_ik-2701.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/utredningsserien/spesialister_odont_kompetanse_ik-2701.pdf)

for faglig rådgivning til tannhelsetjenesten og publikum, (3) drive omfattende etterutdanning av tannhelsepersonell og (4) planlegge og gjennomføre spesialistutdanning i samarbeid med universitetene. Det ble gjort vurderinger av et udekket spesialistbehov, samtidig som det ble presisert at det var heftet stor usikkerhet ved de ulike vurderingene. En undersøkelse blant fylkestannlegene viste at det totale udekkede spesialistbehovet var i underkant av 30 årsverk totalt, mens ulike gjengitte faggrupper hadde et høyere behovsanslag. Det ble angitt at det var størst behov for protetikere, oralkirurger og endodontister.

## Finansiering

Virksomheten på kompetansesentrene finansieres i hovedsak gjennom statlige tilskudd, egengenererte inntekter fra behandling av pasienter på spesialistklinikken og eierbidrag fra fylkeskommunene. I tillegg har sentrene enkelte andre finansieringskilder som eksterne forskningsmidler. Under følger en nærmere gjennomgang av de ulike finansieringskildene til kompetansesentrene og statistikk over bidrag og inntekter til sentrene.

### Nærmere om den statlige finansieringen

Den primære statlige finansieringskilden er tilskuddsordningen for regionale odontologiske kompetansesentre, som skal dekke fagstøtte til offentlig og privat tannhelsetjeneste og råd til andre tjenesteområder og befolkningen og forskning og kunnskapsutvikling, samt investeringer og husleie og kompetansesentrenes sentrale ledelse og administrasjon. I tillegg kan kompetansesentrene søke om lønnsmidler til kandidater som utdannes til å bli tannlegespesialister og tre andre statlige tilskuddsordninger knyttet til hovedoppgavene til sentrene, jf. tabell 4.9. Kompetansesentrene har også mulighet til å søke om midler i tilskuddsordningen for tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO).

Tabell 4.9 Oversikt over relevante tilskuddsordninger for kompetansesentrene

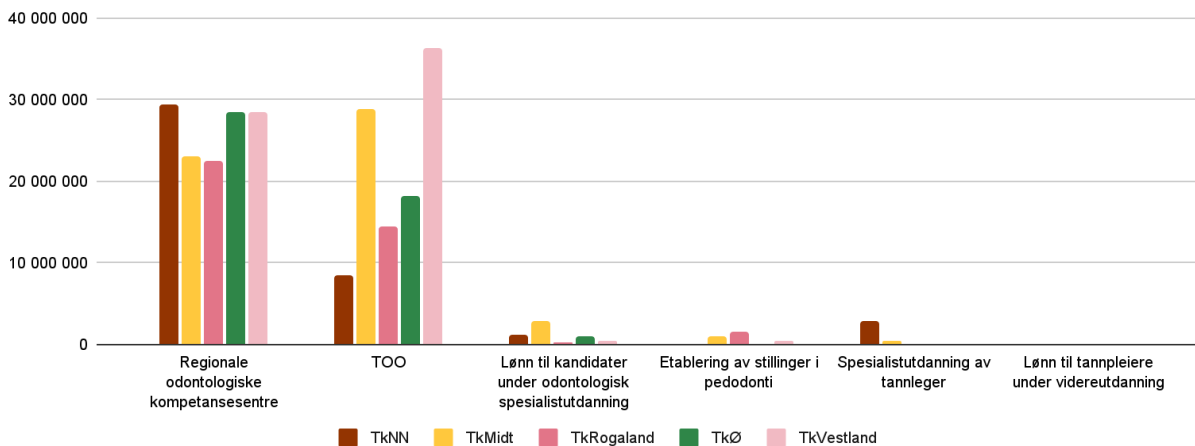
Tilskuddsordning	Formål	Hvem kan søke?
Regionale odontologiske kompetansesentre	Bidra til oppbygging av kompetansemiljøer regionalt som er drivkraft for fagutvikling i tannhelsetjenesten og som driver forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse i samsvar med forsknings- og innovasjonsstrategien <i>Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027)</i> .	Kompetansesentrene
Spesialistutdanning av tannleger	Bidra til tilstrekkelig utdanningskapasitet av tannlegespesialister ved de odontologiske lærestedene ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen og UiT Norges arktiske universitet (tidl. Universitetet i Tromsø), i et samarbeid med regionale odontologiske kompetansesentre om veiledet klinisk praksis for kandidatene.	Universitetene Kompetansesentrene og fylkeskommunene
Lønn til kandidater under odontologisk spesialistutdanning	Bidra til å sikre befolkningen et behandlingstilbud med tilgang til avansert diagnostikk og tverrfaglig spesialistbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, ved sykehus og ved de odontologiske kompetansesentrene, samt tilstrekkelig utdanningskapasitet ved utdanningsvirksomhetene.	Kompetansesentrene og fylkeskommunene Kommuner Statlige foretak (RHF/HF) Universitetene <sup>1</sup>



Etablering av stillinger for spesialister i pedodonti	Tilrettelegge for god tilgang til spesialister i pedodonti i den offentlige tannhelsetjenesten og ved regionale odontologiske kompetansesentra.	Kompetansesentrene og fylkeskommunene Statlige/kommunale/fylkeskommunale bedrifter
Lønn for fylkeskommunalt ansatte tannpleiere under videreutdanning	Øke kompetansen i tannhelsetjenesten, samt styrke tannpleiernes rolle i det generelle folkehelsearbeidet. Styrke folkehelsekompetanse, samt tannpleierfaglig kompetanse i fylkeskommunen.	Kompetansesentrene og fylkeskommunene
Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi (TOO)	Målgruppen for ordningen er voksne personer som har vært utsatt for tortur eller overgrep (seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner) eller som har odontofobi.	Kompetansesentrene og fylkeskommunene

<sup>1</sup> Gjeldende fra 2022.

Figur 4.33 gir oversikt over statens bevilgninger til kompetansesentrene i 2023. Tilskuddsordningen til regionale odontologiske kompetansesentre og tilskuddsordningen til tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi (TOO) var sentrenes sentrale finansieringskilder og stod til sammen for over 90 % av den statlige finansieringen til kompetansesentrene i 2023.<sup>35</sup> Utover disse tilskuddsordningene mottok alle kompetansesentrene statlige midler gjennom tilskuddsordningen for lønn til tannleger under spesialistutdanning. I tillegg mottok TkMidt og TkRogaland midler gjennom ordningen til etablering av stillinger i pedodonti, mens TkNN og TkMidt mottok midler gjennom ordningen til spesialistutdanning av tannleger og TkØ mottok midler gjennom ordningen for lønn til tannpleiere under utdanning.



Figur 4.33 Statens bevilgninger til kompetansesentrene gjennom tilskuddsordninger i 2023<sup>1</sup>

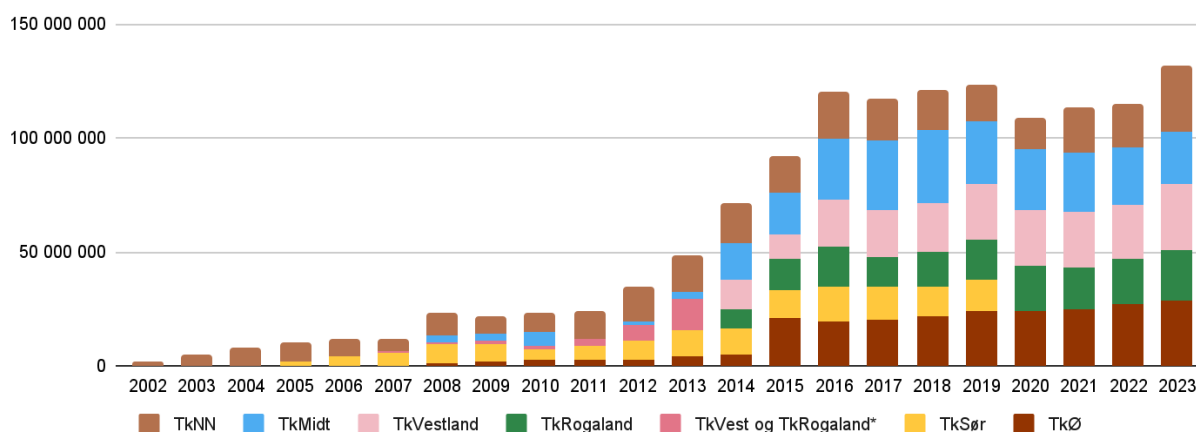
<sup>1</sup> TOO er forkortelse for tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi.

Kilde: Helsedirektoratet.

Ser vi nærmere på tilskuddsordningen til regionale odontologiske kompetansesentre, har tildelingen til sentrene økt gjennom store deler av tilskuddsperioden, jf. figur 4.34. TkNN og TKSør var de første

<sup>35</sup> For både Vestland og Rogaland er midler gjennom tilskuddsordningen til tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi (TOO) til både kompetansesentrene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, ettersom de har en samlet søknad om midler i begge fylkeskommuner.

kompetansesentrene som mottok bevilgning, og i 2008 økte den totale bevilgningen betydelig da TkMidt, TkØ, TkVestland og TkRogaland ble etablert og mottok midler gjennom tilskuddsordningen. Bevilgningen til sentrene økte betydelig mellom 2011 og 2016, mens i 2019 ble TkSør lagt ned, som førte til en nedgang i den totale bevilgningen fra 2019 til 2020. I intervjuer opplyser myndighetene at bevilgningen har økt i takt med etableringer av nye sentre og økt aktivitet på sentrene. Det tar tid å bygge opp nye tjenester, særskilt i et så stort omfang som kompetansesentrene, og flere av sentrene er fortsatt under utvikling. En bekymring som har fremkommet i intervjuene er at dersom det gis for høye tilskudd i etableringsfasen og ubrukte tilskuddsmidler blir trukket tilbake, kan det fremstå som at sentrene er overfinansiert, mens den reelle årsaken er at det tar tid å øke aktiviteten. Den gradvise opptrappingen av bevilgninger til etablering og drift av sentrene kommenteres også i *St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester*.



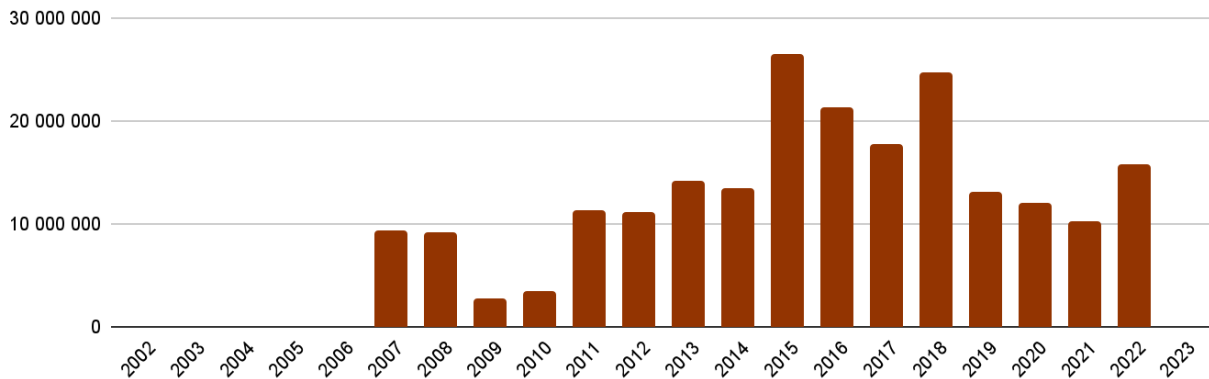
Figur 4.34 Utviklingen i tilskuddsordningen til regionale odontologiske kompetansesentre<sup>1</sup>

<sup>1</sup> I perioden 2007-2013 mottok TkVestland og TkRogaland midler samlet.

Kilde: Helsedirektoratet.

Siden etableringen av kompetansesentrene, har ikke sentrene klart å benytte alle tildelte midler på tilskuddsordningen til kompetansesentrene. Ubrukte midler overføres normalt til neste tilskuddsår, hvor utbetalingen blir avkortet med de ubrukte midlene fra forrige år. Figur 4.35 gir en oversikt over kompetansesentrenes totale ubrukte midler på tilskuddsordning over tid. I intervjuer med kompetansesentrene og den offentlige tannhelsetjenesten fremkommer flere årsaker til at sentrene ikke har klart å benytte alle midlene hvert år. Sentrale årsaker som trekkes frem er som følger:

- Rekrutteringsutfordringer og vakante stillinger
- Sen utbetaling av midler i tilskuddsåret (gjelder særlig for tidligere år, nå skjer utbetalingen tidligere på året)
- Tilbakeholdenhet som følge av usikkerhet rundt langsiktig finansiering (tilskuddene gis årlig)
- Sykefravær og annet fravær
- Mangel på areal til klinisk drift



Figur 4.35 Ubrukte midler på tilskuddsordningen til regionale odontologiske kompetansesentre

Kilde: Helsedirektoratet.

I intervjuer med kompetansesentrene opplever flere av sentrene at den statlige finansieringen er for lav. Sentrene får ikke midler til støttefunksjoner for forskningen slik som universitetene, og det er generelt behov for mer midler til kompetanseheving og forskning. Disse oppgavene er viktig for utvikling av tannhelsetjenesten, og kan fort ende opp med å bli nedprioritert når budsjettene blir strammere. I tillegg opplever enkelte at det er et nokså rigid system. Blant annet må alle kompetansesentrene forholde seg til det samme lønnstaket for ansatte. Helsedirektoratet tar ikke hensyn til regionale forskjeller på arbeidsmarkedet. I enkelte regioner må kompetansesentrene lønne tannlegespesialister eller forskere høyere enn i andre regioner pga. sterk regional konkurranse om ressursene. Det innebærer at fylkeskommunene i disse regionene må bruke ekstra midler på å dekke lønnsutgifter utover det statlige lønnstaket. I slike tilfeller kunne Helsedirektoratet åpnet for mer skjønn i vurderingene av fordeling av midler. Samtidig har sentrene forståelse for at myndighetene ikke kan dele ut midler dersom sentrene ikke klarer å benytte seg av tildelingene og klare å øke aktivitetsnivået i tråd med økte bevilgninger.

Intervjuobjektene trekker også frem behovet for mer forutsigbarhet i finansieringen fra år til år. Det er utfordrende å bygge kapasitet og oppbemanne dersom sentrene ikke kjenner til neste års budsjett. Dette var særlig prekært i oppbyggingen av sentrene, og kan ha ført til at sentrene holdt igjen ansettelser i etableringsfasen for å unngå langvarige økonomiske forpliktelser når inntektene var uforutsigbare. Forholdene har bedret seg over tid ved at tildelingene kommer tidligere på året (søknadsfrist på tilskuddsordningen er 1. februar) og behandlingstiden på søknadene har gått ned, samt at midlene utbetales i to terminer (mars og september). Det gjør det blant annet lettere å sette i gang ansettelsesprosesser tidligere i løpet av våren. Det er likevel en uforutsigbarhet ved at ubrukte midler på slutten av året fører til avkortning i neste års utbetaling. Uforutsette hendelser som oppstår på slutten av året som fører til at utgifter flyttes fra slutten av ett år til starten av neste år, burde ikke ha negativ effekt på neste års bevilgning. I tillegg, dersom finansieringen kunne vært mer forutsigbar, kunne sentrene drevet med flerårig virksomhetsstyring og planlegging, som kunne styrket organiseringen og utbyggingen av sentrene ytterligere.

Tilskuddsordningen til kompetansesentrene har hatt form som tilskuddsordningen i mange år. Dette har utløst en diskusjon om hvorvidt finansieringen bør endre form, hvor det er delte meninger blant intervjuobjektene. Enkelte ønsker at finansieringen av kompetansesentrene burde vært en del av

rammebevilgningen til fylkeskommunene, mens andre mener at det vil medføre visse utfordringer. Dersom fylkeskommunene får økt rammebevilgningen som følge av at tilskuddsordningen avsluttes, vil kompetansesentrene konkurrere med andre tjenestetilbud i fylkeskommunene. Da frykter enkelte at kompetansesentrene blir nedprioritert. I dag er ikke oppgavene som kompetansesentrene utfører lovpålagt fylkeskommunene og det er således opp til fylkeskommunene å prioritere og fordele midlene i rammebevilgningen.

#### Nærmere om forskningsfinansieringen

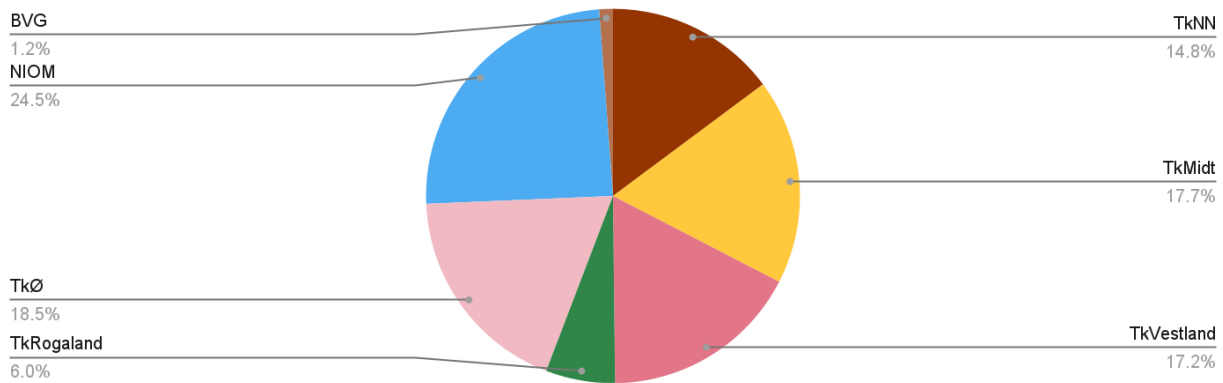
En relativt stor andel av midlene som tildeles til kompetansesentrene gjennom tilskuddsordningen for regionale odontologiske kompetansesentre bidrar til å støtte forskningsvirksomheten. Hoveddelen av de statlige tilskuddsmidlene for forskning består av et basistilskudd (inkludert en resultatbasert komponent) som skal dekke lønn til forskningsstillinger. I tillegg tildeles noe tilskudd på mer kortvarig basis for stillinger knyttet til spesifikke forskningsprosjekter. TkNN mottar mindre tilskuddsmidler til forskning sammenlignet med de andre kompetansesentrene, både i sum og som andel av den totale bevilgningen over tilskuddsordningen. Tabell 4.10 viser kompetansesentrenes rapportering på tilskuddsmidler mottatt i forbindelse med forskningsvirksomheten i 2022.

Tabell 4.10 Rapportering på tilskuddsmidler for forskning 2022 (i kroner)

	TkNN	TkMidt	TkVestland	TkRogaland	TkØ
Basistilskudd forskning (inkl. sosiale kostnader)	5 671 210	10 245 114	11 071 389	8 866 316	9 077 460
Drift og andre utgifter forskningsenhet	-	696 942	1 326 201	507 741	-
Felles forskningsadministrative tjenester/bibliotektilgang	-	-	520 733	-	938 460
Annet/forskningsprosjekter	2 437 654	-	1 146 861	1 168 579	-
<b>Sum forskning</b>	<b>8 108 864</b>	<b>10 942 056</b>	<b>14 065 184</b>	<b>10 542 636</b>	<b>10 015 920</b>

Kilde: Helsedirektoratet.

Fra og med budsjettåret 2022 ble det innført resultatbasert finansiering basert på en liten andel av grunntilskuddet til kompetansesentrene, som beregnes ut ifra forskningspoeng. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) beregner årlige forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. To prosent av grunnbevilgningen til sentrene settes av til en pott som omfordelles blant virksomhetene som mottar tilskudd fra *kap 770 Tannhelsetjenester* på statsbudsjettet. Figur 4.36 viser hvordan det resultatbaserte forskningstilskuddet fordeler seg mellom virksomhetene som mottar tilskudd over denne budsjettposten.



Figur 4.36 Prosentvis fordeling av resultatbaserte midler mellom kompetansesentrene, NIOM og Bivirkningsgruppen (BVG), basert på treårig gjennomsnitt for forskningspoeng i perioden 2020-2022

Kilde: NIFU.

### Nærmere om den fylkeskommunale finansieringen

Den fylkeskommunale finansieringen av kompetansesentrene avhenger i stor grad av tilknytningsformen sentrene har til eierfylkene, hvordan spesialistklinikkene er innrettet, jf. omtale om pasientinntekter under, og hvilke oppgaver som legges til kompetansesentrenes budsjett. Midlene fra fylkeskommunene går i hovedsak til å finansiere spesialistklinikkene på kompetansesentrene (utover pasientinntekter). I tillegg benyttes noen av midlene fra fylkeskommunene til å dekke lønn til tannlegespesialister, forskere og spesialistkandidater utover lønnsutgifter som dekkes av den statlige finansieringen (opp til et lønnstak), samt annet merforbruk utover tilskuddsmidlene relatert til oppgavene som staten finansierer.

Under følger en oversikt over den fylkeskommunale finansieringen på hvert senter. Det må presiseres at omfanget på den fylkeskommunale finansieringen ikke er direkte sammenlignbar mellom sentrene.

- TkMidt, som er et kommunalt foretak, mottar direkte overføring fra Trøndelag fylkeskommune. I 2022 tilsvarte overføringen ca. 13,1 millioner kroner.
- TkØ, som er et interkommunalt oppgavefelleskap, mottar direkte overføringer fra Viken og Innlandet fylkeskommune. I 2022 tilsvarte den samlede overføringen fra fylkeskommunene til TkØ 6,4 millioner kroner. Overføringen må sees i sammenheng med at TkØ gir en "rabatt" på 20 % ved fakturering av behandling av pasienter henvist fra offentlige tannklinikker i fylkeskommunene, hvor "rabatten" dekkes av den direkte overføringen.
- TkRogaland er integrert i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Rogaland fylkeskommune, og det avsettes midler på budsjettet til tannhelsetjenesten. I 2022 ble ca. 38,9 mill. kroner avsatt på budsjettet til TkRogaland. Avsetningen er ikke direkte sammenlignbar med andre fylkeskommuner ettersom organiseringen mellom kompetansesentrene og fylkeskommunen er ulik på tvers av sentrene, og i Rogaland er alle spesialisttjenester, narkose og TOO m.m. inkludert i budsjettet på kompetansesenteret.
- TkNN er integrert i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune og det avsettes midler på budsjettet til tannhelsetjenesten. Vi har ikke mottatt tall over hvor mye midler som ble avsatt på budsjettet til TkNN i 2022.

- Før sammenslåingen av Hordaland og Sogn og Fjordane fylkeskommune, ble det avsatt midler på TkVest sitt budsjettet til klinikkdrift på lik linje med tannklinikene i Hordaland fylkeskommune, som da var eier av kompetansesenteret. Etter sammenslåingen av Hordaland og Sogn og Fjordane fylkeskommune har TkVestland operert ut fra et nullbudsjett uten basistilskudd fra Vestland fylkeskommune. TkVestland må ta statlige takster for pasienter i gruppe D og unge voksne i alderen 21-24 år (fra 2023), samt at de ikke har kunnet ta mellomlegg for kjeveortopedisk behandling av LKG-pasienter (leppe, kjeve, gane). Det har resultert i at TkVestland ikke har kommet i null på budsjettene, og underskuddene har Vestland fylkeskommune dekket. I 2022 var underskuddet 1,9 millioner kroner.

### Nærmere om pasientinntekter

Kompetansesentrene genererer inntekter fra pasientbehandling på spesialistklinikene. Inntektsgrunnlaget avhenger i stor grad av tilknytningsform til eierfylkene og innretningen på spesialistklinikene, og varierer derfor mellom sentrene. Det må presiseres at omfanget på pasientinntektene ikke er direkte sammenlignbart mellom kompetansesentrene. I 2022 utgjorde pasientinntektene 25,7 millioner kroner på TkNN, 13,1 millioner kroner på TkMidt, 22,6 millioner kroner på TkVest, 26,9 millioner kroner på TkRog og 14 millioner kroner på TkØ. Tabell 4.11 gir en oversikt over hvilke pasientgrupper kompetansesentrene kan få inntekter gjennom behandling.

Tabell 4.11 Inntektsgrunnlag fra pasientbehandling på kompetansesentrene<sup>1</sup>

Kompetansesenter	Pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven	Voksne, betalende pasienter
TkNN	Fakturerer ikke DOT i Troms for behandling av pasienter henvist fra offentlige tannklinikker i fylkeskommunen  Fakturerer DOT i Finnmark og Nordland for behandling av pasienter henvist fra offentlige tannklinikker i fylkeskommunene	Tar betalt for behandling av pasienter som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven
TkMidt	Fakturerer DOT i Trøndelag for behandling av pasienter henvist fra offentlige tannklinikker i fylkeskommune	Tar betalt for behandling av pasienter som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven
TkVestland	Fakturerer DOT i Vestland for behandling av pasienter henvist fra offentlige tannklinikker i fylkeskommunen	Tar betalt for behandling av pasienter som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven
TkRogaland	Fakturerer ikke DOT i Rogaland for behandling av pasienter henvist fra offentlige tannklinikker i fylkeskommunen	Tar betalt for behandling av pasienter som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven
TkØ	Fakturerer DOT i Viken og Innlandet for behandling av pasienter henvist fra offentlige tannklinikker i fylkeskommunene (fratrasket 20 % rabatt som dekkes av direkte overføring fra fylkeskommunene)	Tar betalt for behandling av pasienter som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven

<sup>1</sup> DOT er forkortelse for den offentlige tannhelsetjenesten.

Kilde: Regionale odontologiske kompetansesentre.

I intervjuene med kompetansesentrene og fylkeskommunene fremkommer det at det budsjetteres med inntekter fra pasientbehandling på kompetansesentrene. Det innebærer at sentrene er avhengig av å behandle pasienter som genererer inntekter hvert år slik at driften av spesialistklinikken ikke går med underskudd. Betalende pasienter bidrar med andre ord til å sikre balanse i regnskapet til kompetansesentrene.

### Nærmere om andre inntekter

Utover statlige tilskudd, overføringer fra fylkeskommuner og inntekter fra pasientbehandling, har kompetansesentrene enkelte andre inntektskilder. Disse omfatter i hovedsak eksterne forskningsmidler og inntekter fra kursvirksomhet og utleie av personell, samt renteinntekter. Av inntektskildene er eksterne forskningsmidler størst i omfang på kompetansesentrene. I 2022 mottok TkNN 0,4 millioner kroner i eksterne forskningsmidler, TkMidt mottak 4,2 millioner kroner, TkVest mottak 5,2 millioner kroner, TkRogaland mottak 3 millioner kroner og TkØ mottak 2,5 millioner kroner.

### Helsedirektoratets rolle

Helsedirektoratets rolle i etableringen av kompetansesentrene var i stor grad å forvalte de aktuelle tilskuddsordningene, jf. tabell 4.9. Helsedirektoratet har ingen faglig styring av kompetansesentrene. I det følgende har vi fokus på tilskuddsordningen for regionale odontologiske kompetansesentre, som ble opprettet for å finansiere oppbyggingen av kompetansesentrene.

### Endringer i tilskuddsregelverket

Tilskuddsregelverket til ordningen for de regionale odontologiske kompetansesentre inneholder beskrivelse av mål og målgruppe for tilskuddsordningen, kriterier for måloppnåelse, tildelingskriterier, krav til rapportering fra tilskuddsmottaker, oppfølging og kontroll.

Siden tilskuddsordningen ble etablert har regelverket blitt endret ved flere anledninger (2012, 2013, 2015, 2016 og 2021). Noen av endringene har vært presiseringer i regelverket eller endringer i det generelle tilskuddsregelverket til Helsedirektoratet. I tillegg har oppgaver som forskning blitt fremhevet og styrket i regelverket. Budsjett og stillingsoversikt ble også tilpasset regelverket med et eget skjema. Navnet på tilskuddsordningen ble endret fra "Etablering og drift av regionale odontologiske kompetansesentre" til "Regionale odontologiske kompetansesentre" i 2021, en endring som signaliserer at kompetansesentrene ikke lenger er i en etableringsfase.

Hovedoppgavene til kompetansesentrene har vært stabile over tid, og fremkommer under mål for tilskuddsordningen. I 2015 ble det lagt inn et overordnet mål om at kompetansesentrene skulle bygge opp regionale kompetansemiljøer som drivkraft for fagutvikling og forskning i tannhelsetjenesten, "for å sikre befolkningen et behandlingstilbud med tilgang til avansert diagnostikk og flerfaglig spesialistbehandling". I 2021 ble formuleringen endret til: *"Målet er å bidra til oppbygging av kompetansemiljøer regionalt som er drivkraft for fagutvikling i tannhelsetjenesten og som driver forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse i samsvar med forsknings- og innovasjonsstrategien Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027)."*

Enkelte endringer i regelverket har justert eller spisset innretningen på oppgavene til kompetansesentrene. Forskningsoppgaven ble i 2016 endret fra at kompetansesentrene skal "bidra til

forskning og fagutvikling” til at sentrene skal “drive forskning i samarbeid med ulike fagmiljøer og bidra til faglig utvikling i den offentlige tannhelsetjenesten og i privat sektor”. I 2021 ble formuleringen endret til at kompetansesentrene skal “drive forskning og kunnskapsutvikling”.

I forbindelse med spesialistutdanningen var formuleringen i flere år at kompetansesentrene skulle “tilby klinisk praksistrening i samarbeid med de odontologiske lærestedene.” I 2015 ble det lagt inn et tilleggsmoment: at kompetansesentrene skulle bidra til et godt tannhelsefaglig utdanningsmiljø i regionen. I 2021 ble denne formuleringen tatt ut, og innretningen av oppgaven ble endret til at sentrene skulle “delta i den kliniske delen” av spesialistutdanning av tannleger.

Det fremgår av tidligere versjoner av tilskudsregelverket at kompetansesentrene skal sikre eller øke tilgjengeligheten til tannlegespesialisttjenester for befolkningen i regionen. I 2021 ble det lagt inn følgende presisering: “bidra til å sikre befolkningen, særlig personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, tilgang til odontologiske spesialisttjenester”. Presiseringen kom inn som en del av en større gjennomgang av tilskuddsordningen, blant annet på bakgrunn av forsknings- og innovasjonsstrategien til Helse- og omsorgsdepartementet, som ble lagt frem i 2017.

I forsknings- og innovasjonsstrategien fastslås det videre at Helse- og omsorgsdepartementet skal bidra til videre oppbygging av forskningsvirksomheten ved kompetansesentrene, og at forskningsfinansieringen skal legges om til å bli resultatbasert.

### **Tilskuddsforvaltning og samarbeid med kompetansesentrene**

Kompetansesentrene kan potensielt søke om midler fra seks ulike tilskuddsordninger, og dersom de tildeles midler, er det krav til årsrapporter til hver ordning. Flere av intervjuobjektene på kompetansesentrene og i den offentlige tannhelsetjenesten opplever at tilskuddsordningene er et ganske rigid system og at rapporteringskravene er detaljerte, tungvinte og tidkrevende. Blant annet samsvarer ikke artskontoplanen til fylkeskommunen med kostnadsinndelingen i rapporteringsskjemaet til tilskuddsordningen til kompetansesentrene. Kompetansesentrene opplever derfor at de må bruke unødvendig mye tid på å omgjøre regnskapet til rapporteringsskjemaet. Samtidig oppgir flere at de har laget rutiner og systemer for å håndtere rapporteringen, som reduserer ressursbelastningen når alt er oppe og går.

Tilskuddsordningene, i kombinasjon med bidrag fra eierfylkene, fører til at sentrene må differensiere driften etter oppgavetype og finansieringskilde, og lage “vantette skott” mellom oppgavene. For eksempel kan man ikke låne tannhelsepersonell på tvers av oppgaver som finansieres gjennom ulike ordninger. Som konsekvens blir driften mer ineffektiv og det er vanskelig å drive helhetlig virksomhetsstyring på kompetansesentrene.

Det er heller ikke klart for sentrene hvorfor Helsedirektoratet etterspør alle dataene og hvordan den innrapporterte informasjonen henger sammen med vurderinger av oppnådde resultater. Samtidig fremhevet det at man har vært gjennom en oppbyggingsfase hvor det innledningsvis var mer behov for avklaringer og oppklaringer rundt tilskudsregelverket, mens det nå er mer forutsigbart både for Helsedirektoratet og kompetansesentrene. Flere av intervjuobjektene fremhever at dialogen med Helsedirektoratet ikke alltid har vært like god, men at den har bedret seg de senere årene. Blant annet



har Helsedirektoratet og kompetansesentrene nå to årlige møter, mai og november, for å diskutere aktuelle problemstillinger og forhold som har betydning for tilskuddsordningen og kompetansesentrene.

## 4.6 Overordnet

I de gjennomførte intervjuene er det mange av intervjuobjektene, på tvers av tilhørighet til kompetansesentrene, som stiller seg spørsmålet om man har lyktes med formålet med etableringen av kompetansesentrene. Det vil si, har man klart å sikre en bedre geografisk spredning av odontologisk spesialistkompetanse?

Enkelte av intervjuobjektene mener det er for tidlig å konkludere på måloppnåelsen fordi de opplever at kompetansesentrene fortsatt er under utvikling. Samtidig er flere kritiske til den geografiske plasseringen av kompetansesentrene. Tromsø har en særegen bakgrunn med opprettelsen av institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Tromsø, og det eksisterer et unikt samarbeid mellom universitetet og kompetansesenteret, som er delvis samlokalisert. I tillegg fremstår det fornuftig at det ble etablert et odontologisk miljø i Midt-Norge i fravær av et universitet med et odontologisk fagmiljø. Trondheim var et naturlig valg ettersom det er et knutepunkt i regionen. Flere stiller seg imidlertid kritisk til plasseringen av kompetansesentrene i Oslo, Bergen og Stavanger. I de store byene i Norge er dekningen av tannlegespesialister god og plassering av sentrene i fylkeskommunene gjør at mange innbyggere i regionene får lang reisevei til tannlegespesialister. I tillegg var det allerede etablert odontologiske fagmiljøer med forskere og tverrfaglige spesialisttannklinikker på universitetene i Bergen og Oslo.

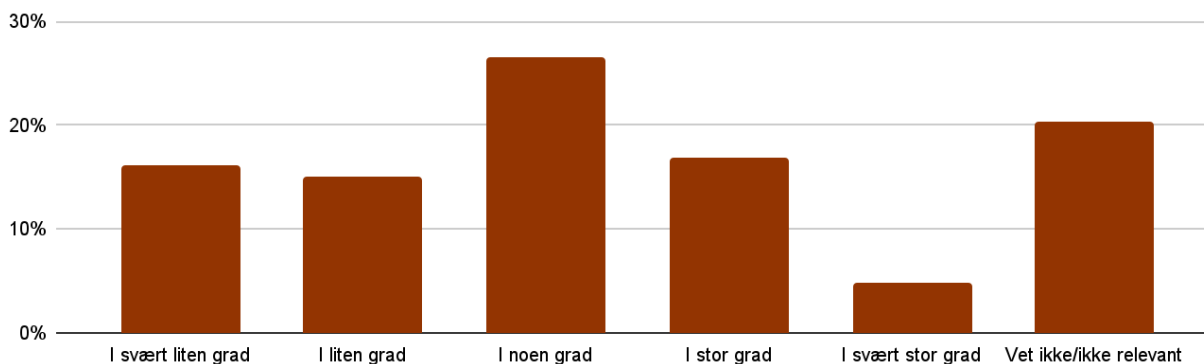
Med opprettelsen av kompetansesentrene mener flere at det har blitt en unødvendig konkurranse om ressurser og en utarming av kompetanse på universitetene. Dette oppleves som svært uheldig innenfor et relativt lite miljø som det odontologiske fagmiljøet. Det er også et spørsmål om hvorvidt det er nødvendig med to kompetansesentre på Vestlandet, både i Stavanger og Bergen. Opprinnelig var det ikke tiltenkt at det skulle være kompetansesentre i begge byene. I så måte hadde det vært fordelaktig med en sterkere nasjonal styring ved oppbyggingen av kompetansesentrene i Norge. Dersom det var nødvendig å bygge opp kompetansesentre i de store byene, kunne man kanskje ha vært mer opptatt av å opprette nasjonale funksjoner og ikke skape konkurranse mellom odontologiske fagmiljøer.

Sett i et overordnet perspektiv, er det flere av intervjuobjektene som mener at innretningen av tannhelsetjenesten i Norge burde være annerledes. Forholdet mellom privat og offentlig tannhelsetjenesten er ikke tilstrekkelig satt i system og optimalisert slik som innenfor helsesektoren. Det er lite overbygning og samhandling på tvers av institusjoner, og det er en oppfatning av at kompetansesentrene og andre odontologiske fagmiljøer ikke har tilstrekkelig overordnet perspektiv og helhetstankegang. Flere av intervjuobjektene trekker frem at det odontologiske miljøet i Norge er lite og at det fort oppstår for mange interne stridigheter og personkonflikter som kunne vært unngått.

Det er også intervjuobjekter som mener at kompetansesentrene er gode alternativ til det private tannlegemarkedet, og at det er viktig med velfungerende kompetansesentre. Kompetansesentrene har utfylt et "hull" i markedet for spesialisttannhelsetjenester i flere regioner og bidrar til både bedre dekning av tannlegespesialister i landet, kompetanseheving i tannhelsetjenesten og økt forskning innenfor tannhelsefeltet. Enkelte påpeker at det imidlertid er et forbedringspotensial hos sentrene. De har en særskilt regional funksjon som de burde klare å utnytte bedre ved å heve blikket og ta større plass i den nasjonale tannhelsetjenesten. I den sammenheng er det nærliggende å vurdere om alle sentrene bør

ivareta alle oppgavene som de har i dag. For eksempel, dersom målet er å desentralisere spesialisttannhelsetilbudet, burde det kanskje opprettes desentraliserte spesialistklinikker som har tannbehandling som hovedformål, og ikke forskning.

I den gjennomførte spørreundersøkelsen har vi kartlagt hvorvidt respondentene opplever at den geografiske plasseringen av kompetansesentrene i Norge har bidratt til å dekke befolkningens behov for tannhelsetjenester. Figur 4.37 viser at det er relativt stor spredning på svarene, men at en overvekt av respondentene har svart *i liten grad* og *i svært liten grad* (32 %) sammenlignet med andelen som har svart *i stor grad* og *svært stor grad* (22 %).



Figur 4.37 Fordeling av svar på spørsmål: I hvilken grad opplever du at den geografiske plasseringen av kompetansesentrene i Norge har bidratt til å dekke befolkningens behov for tannhelsetjenester?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

Dersom vi fordeler respondentene etter deres relasjon til kompetansesentrene, er det stor variasjon mellom gruppene. Blant ansatte og ledere på kompetansesentrene er det en overvekt av respondentene (47 %) som har oppgitt at de *i stor* eller *svært stor* grad opplever at den geografiske plasseringen av kompetansesentrene har bidratt til å dekke befolkningens behov for tannhelsetjenester. Blant respondentene fra den offentlige tannhelsetjenesten er det også overvekt av som har svart *stor* eller *svært stor* (25 %), mens blant ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse og privatpraktiserende tannleger er det overvekt av respondenter som har svart *i liten* eller *svært liten* grad (hhv. 61 % og 70 %).

## Tilknytningsformer til fylkeskommunen

Kompetansesentrene har ulike tilknytningsformer til fylkeskommunene:

- TkNN og TkVestland: Integret i fylkeskommunen/den offentlige tannhelsetjenesten
- TkRogaland: Integret i den offentlige tannhelsetjenesten som er et fylkeskommunalt foretak
- TkMidt: Fylkeskommunalt foretak
- TkØ: Fylkeskommunalt oppgavefelleskap

I intervjuene med kompetansesentrene og den offentlige tannhelsetjenesten fremkommer det ulike synspunkter på de ulike tilknytningsformene. Når kompetansesenteret er *integrert i fylkeskommunen*, blir det tette bånd mellom den offentlige tannhelsetjenesten og kompetansesentrene. Kompetansesenteret kan således oppleve å ha tannhelsetjenesten "i ryggen" som kan være positivt mht. å skape vekst og oppslutning om senteret omkring på de offentlige tannklinikene. Fylkestannhelsesjefen får også bedre styring over hele tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og det er lettere å utøve en helhetlig virksomhetsstyring. I tillegg kan det være lettere å oppleve en større grad av tilhørighet og fellesskapsfølelse til den offentlige tannhelsetjenesten. Det er heller ikke naturlig med internfakturering og det kan være lettere å tilrettelegge for at tannhelsetjenesten og kompetansesenteret har tilgang til journalene til pasientene.

På den andre siden kan integrasjonen i fylkeskommunen føre til at det oppstår større konkurranse om midler og ressurser, samt roller og ansvar, mellom spesialisttannhelsetjenesten og allmenntannhelsetjenesten. Kompetansesenteret vil også ha mindre autonomi ettersom fylkestannhelsesjefen er øverste leder, og sentrene kan potensielt i mindre grad bestemme selv over rekruttering, økonomi, strategi m.m.

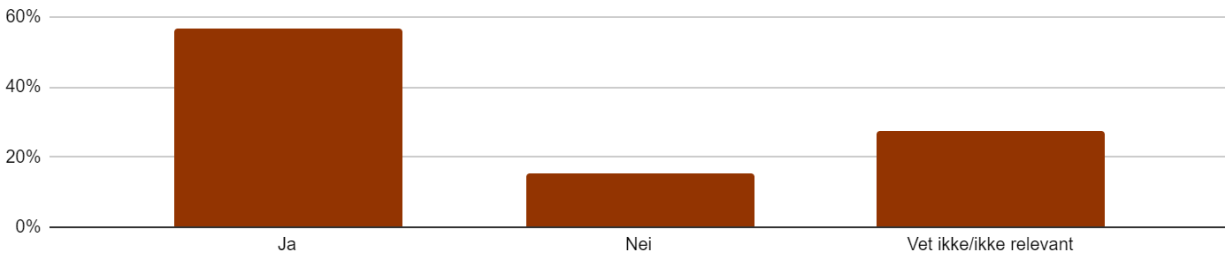
Når kompetansesenteret er *et fylkeskommunalt foretak* eller *et fylkeskommunalt oppgavefelleskap*, kan det oppleves større grad av autonomi enn når det er integrert i fylkeskommunen. Kompetansesenteret rapporterer ikke til fylkestannhelsesjefen, men svarer til styret og fylkestinget som øverste styrende organ. Senteret vil dermed ha mer selvråderett over organisering, håndtering av midler, styring m.m. Når det er politikere representert i styret kan senteret potensielt også få politisk oppmerksomhet, som kan være positivt. Samtidig er de økonomiske forpliktelsene til fylkeskommunen like gjeldende som om kompetansesenteret er integrert i fylkeskommunen.

På den andre siden kan avstanden fra fylkeskommunen gjøre at det oppstår mer avstand mellom kompetansesentrene og den offentlige tannhelsetjenesten. De offentlige tannklinikene er viktige kunder hos kompetansesentrene så dersom tannhelsepersonell i tannhelsetjenesten opplever at det er avstand mellom dem og senteret, kan det virke negativt på samarbeidet mellom partene. Det gjelder særskilt dersom tannhelsepersonell i tannhelsetjenesten opplever at kompetansesenteret står i en særstilling overfor de offentlige tannklinikene.

En av hovedforskjellene mellom et fylkeskommunalt foretak fra et interkommunalt oppgavefelleskap, er antall eiere. Om eierne i det interkommunale selskapet er omforent om styringsform, samarbeidsform og fremtidsplaner for kompetansesenteret, kan det være en styrke for senteret. Men dersom det er uenigheter mellom eierfylkene, kan det oppstå støy som kan virke hemmende. Med politikere i styret til kompetansesenter som primært er opptatt av sin region, kan det potensielt oppstå konflikt over saker, for eksempel geografisk plassering av kompetansesenteret og eventuelle satelittklinikker. Samtidig er det positivt med politikere som er opptatt av hvordan senteret oppleves som en regional utviklingsaktør. Videre vil et senter som er eid av flere fylkeskommuner, som oftest medføre mer administrasjon ift. drift, håndtering av midler, rapportering m.m. For at bevilgningene fra eierfylkene skal stå i samsvar med fylkeskommunenes bruk av senteret, kan det være hensiktsmessig med internfakturering. Det medfører at klinikene og/eller tannhelsetjenesten ser hva behandlingen faktisk koster, som kan virke bevisstgjørende og disiplinierende på henvisende instans. Samtidig kan det potensielt føre til at tannhelsepersonellet henvender seg til andre tannlegespesialister som oppleves som rimeligere enn kompetansesenteret.

## Synergieffekter

I den gjennomførte spørreundersøkelsen oppgir i underkant av seks av ti respondenter at de opplever at det er positive synergieffekter ved at flere oppgaver er samlet på kompetansesentrene, jf. figur 4.38. Dersom respondentene fordeles etter deres relasjon til kompetansesentrene, ser vi at synspunktene blant privatpraktiserende tannleger er mest delt, med 47 % som svarer *ja* og 46 % som svarer *nei*. Blant respondentene i universitets- og høyskolesektoren svarer 36 % *ja* og 41 % *nei*, mens 70 % av respondentene i den offentlige tannhelsetjenesten svarer *ja*, mot 18% som svarer *nei*.



Figur 4.38 Fordeling av svar på spørsmål: Opplever du at det er positive synergieffekter ved at flere oppgaver er samlet på kompetansesentrene?

Kilde: Resultater fra gjennomført spørreundersøkelse blant ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Totalt 740 respondenter.

Resultatene fra spørreundersøkelsen gjenspeiles også i intervjuene. Det er bred enighet blant intervjuobjektene om at sammensetningen av oppgavene ved kompetansesentrene er hensiktsmessig og at denne sammensetningen gir synergieffekter. I intervjuene med kompetansesentrene fremheves verdien av å samle oppgaver og spesialister fra ulike fagdisipliner, og at dette kan åpne dører innenfor andre fagmiljøer som det ikke ellers ville gjort. Kasusmøter og samhandling om faglige problemstillinger trekkes frem som særlig verdifullt, og gjør jobben mer interessant for de ansatte. Pasientene får en bred vurdering og i enkelte tilfeller kan spesialister plukke ut kasuser som kan benyttes i forskningsprosjekter ved senteret.

Enkelte trekker frem at det er naturlig å samle pasientbehandling og fagstøtte og rådgivning. Det kan imidlertid være en utfordring å sikre tilgjengelighet av spesialisttjenester for befolkningen ute i distriktene og samtidig sørge for å bygge et samlet fagmiljø under samme tak. I tillegg er det mye å hente på forskningssiden, og viktig at forskning og klinikk henger sammen. Kompetansesentrene har hver sin klinikk og forskningsavdeling. Flere påpeker også at det er en fordel for spesialistene på kompetansesentrene å være samlet med spesialistkandidater.

Samtidig fremhever andre at det er et forbedringspotensial når det gjelder samspillet mellom de ulike oppgavene, særlig kontakten mellom klinikk og forskning. Det trekkes også frem at det må gjøres mer når det gjelder måling og rapportering for å dra ut synergieffektene.

## 5. Vurderinger

Vurderingskapittelet er strukturert etter evalueringskriteriene presentert i kapittel 2.2 og tar utgangspunkt i observasjonene presentert i kapittel 4. Hvert evalueringskriterium vurderes hver for seg. Ettersom kriteriene omfatter problemstillinger av ulik utstrekning, varierer omfanget av vurderingene. I likhet med observasjonskapittelet er dette kapittelet delt inn etter målområdene (behandlingstilbud, fagstøtte og veiledning, forskning og kunnskapsutvikling og deltakelse i spesialistutdanning) og økonomiske og administrative forhold, samt overordnede vurderinger.

### 5.1 Behandlingstilbudet

#### **E1: Kompetansesentrene har bidratt til å styrke spesialisttannhelsetjenesten i fylkeskommunene**

Ifølge regelverket for tilskuddsordningen til kompetansesentrene, samt samfunnsoppdraget til kompetansesentrene, er et av hovedmålene med sentrene å sikre befolkningen, særlig personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, tilgang til spesialiserte tannhelsetjenester. Det er derfor sentralt å vurdere om kompetansesentrene har bidratt til å styrke spesialisttannhelsetjenesten i fylkeskommunene.

Vår kartlegging viser at det er flere sider ved kompetansesentrene som har bidratt til å styrke spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene. Vi vil særskilt trekke frem:

- Kompetansesentrene har opparbeidet et omfattende spesialisttannhelsetjenestetilbud. Sentrene er en sentral henvisningsinstans for befolkningsgrupper som fylkeskommunene har et ansvar å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til, jf. tannhelsetjenesteloven §1-3, og personer som har særskilte utfordringer, dvs. komplekse kasuser som krever tverrfaglig behandling og/eller som har utfordringer med å gjennomføre tannbehandling av andre årsaker enn tennene. I tillegg bidrar sentrene til å sørge for at spesialisttannhelsetjenester er tilgjengelig for den øvrige befolkningen. Det innebærer at sentrene i stor grad ivaretar fylkeskommunens lovpålagte oppgaver og gir et behandlingstilbud til befolkningsgrupper med særskilte behov for spesialiserte tannhelsetjenester.
- Det tverrfaglige tilbudet ved kompetansesentrene er unikt. Med tverrfaglig så siktes det til at alle spesialitetene innenfor odontologi er samlet på et fysisk sted. Det tverrfaglige tilbudet er en av de største styrkene ved sentrene, ettersom det muliggjør flerfaglige kliniske vurderinger av henviste pasienter og behandling innenfor flere spesialiteter. Dette kommer tydelig fram i intervjuene med ansatte på kompetansesentrene og relevante aktører innenfor tannhelsefeltet med kjennskap til kompetansesentrene. I tillegg har halvparten av respondentene i spørreundersøkelsen oppgitt at de opplever at kompetansesentrenes tverrfaglige spesialisttannhelsetjenester bedrer pasientbehandlingen i forhold til å henvise til en enkelt spesialist. Sett i et historisk perspektiv er det tverrfaglige spesialisttilbudet til kompetansesentrene unikt i Norge.
- Tannhelsepersonellet på kompetansesentrene fremstår generelt som dyktige og kompetente innenfor sine fagområder. Det fremkommer i flere intervjuer på tvers av aktører innenfor tannhelsefeltet.

På den andre siden observerer vi enkelte trekk ved kompetansesentrene som bidrar til å redusere betydningen av sentrene for spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene. Vi vil særlig fremheve:

- Siden kompetansesentrene ble etablert, har bemanning av tannhelsepersonell vært en sentral utfordring for sentrene. Det omfatter både å rekruttere og beholde tannlegespesialister, tannpleiere og tannhelsesekretærer. Dette kommer tydelig frem i intervjuene med ansatte på kompetansesentrene og i den offentlige tannhelsetjenesten. Når sentrene har utfordringer med bemanningen, påvirkes kapasiteten til sentrene negativt. Det gir utslag i lengre ventetid for henviste pasienter, jf. E2. Kartleggingen vår viser at lang ventetid er en av de sentrale barrierene for å henvise pasienter til kompetansesentrene, og stabil bemanning er en viktig suksessfaktor for at sentrene klarer å opprettholde høy kompetanse og gi et godt pasienttilbud. Bemanningsutfordringene påvirker dermed måloppnåelsen til sentrene og sentrenes betydning for spesialisttannhelsetjenesten i fylkeskommunene.

I utredningen til Statens helsetilsyn i 2000, hvor det ble foreslått å opprette regionale odontologiske kompetansesentre, påpekte flertallet av landets fylkestannleger at bemanning av tannlegespesialister ville være en av hovedutfordringene i etableringen av kompetansesentre. At bemanningen utgjør en sentral utfordring for flere av sentrene 15-20 år etter at de ble etablert, som påvirker kapasiteten og således tannhelsetilbudet til sentrene negativt, synes vi er bekymringsfullt. Det har blitt igangsatt flere tiltak på regionalt og nasjonalt nivå, blant annet støtte til spesialistutdanning og såkalte bindingskontrakter. Bemanningen har også blitt bedre over tid på enkelte av sentrene. Vi mener likevel at man må stille seg spørsmålet om tiltakene er tilstrekkelig, og at regionale og nasjonale myndigheter bør vurdere flere tiltak som kan bidra til en mer stabil bemanningssituasjon på sentrene, og således øke måloppnåelsen. Alternativt kan myndighetene vurdere å redusere ambisjonsnivået og dermed indirekte omfanget på den offentlige spesialisttannhelsetjenesten.

- Mye av tannbehandlingen på kompetansesentrene fremstår ikke som tverrfaglig behandling, men som behandling utført av en enkelt tannlegespesialist. Det fremkommer i flere av intervjuene med ansatte på kompetansesentrene og aktører i tilknytning til kompetansesentrene. Dette ble også påpekt i utredningen til Statens helsetilsyn fra 2000: *“Det kan være viktig å huske at det meste av tiden vil uansett gå med til ordinær pasientbehandling hvor det ikke er spesielt behov for tverrfaglig samarbeid.”* I tillegg kan tverrfaglige vurderinger og behandlinger være utfordrende å gjennomføre i praksis, blant annet som følge av deltidsstillinger og ulik arbeidstid blant tannlegespesialistene på sentrene.

Når det tverrfaglige tilbudet er en av styrkene ved kompetansesentrene, men det utgjør en mindre del av det totale behandlingsomfanget og det kan være utfordringer med å få gjennomført i praksis, reduseres verdien av det unike behandlingstilbudet på sentrene. Det er nærliggende å stille spørsmål ved hvorvidt sentrene bør etterstrebe en fast bemanning med alle odontologiske spesialiteter eller om det er mulig å vurdere andre innretninger, for eksempel avtaler med privatpraktiserende tannlegespesialister innenfor enkelte av spesialitetene. Vi vil samtidig påpeke at tverrfagligheten kan komme til uttrykk flere steder enn gjennom selve behandlingen. Etter vår forståelse er det pasienter som blir vurdert av flere spesialiteter, blant annet på kasusmøter eller ved at tannlegene diskuterer pasienter fortløpende, selv om behandlingen utføres av en enkelt

spesialist. Det kan i realiteten derfor være en større andel av pasientene som omfattes av det tverrfaglige tilbudet til sentrene, enn som mottar behandling av flere tannlegespesialister. Ettersom tverrfaglig spesialistkompetanse er et sentralt trekk ved kompetansesentrene, burde det tverrfaglige arbeidet på sentrene fremkomme tydeligere i kommunikasjonen utad, blant annet i årsmeldingene til sentrene. En mer helhetlig og uniform registrering og formidling av tverrfaglige vurderinger og behandlinger på tvers av sentrene kan være nyttig. I tillegg kan den digitale utviklingen åpne for andre arbeidsformer, også innen odontologi. Blant annet trekkes teleodontologi frem i intervjuene som et mulig virkemiddel innenfor pasientbehandling. Vi mener at sentrene i større grad bør utforske innovative måter å gjennomføre pasientbehandling på, herunder teleodontologi, særlig tatt i betraktning bemanningsutfordringene.

Kartleggingen i evalueringen avdekker at det er relativt store forskjeller i oppfatningen av hvorvidt sentrene har styrket spesialisttannhelsetjenestene blant aktørgrupper i tannhelsemiljøet. Det gjelder både pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og voksne, betalende pasienter. Vi synes det er bekymringsfullt at oppfatningene er så ulike med tanke på den videre utviklingen av tannhelsefeltet i Norge, som er et relativt lite miljø sammenlignet med andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Meningsforskjellene skyldes i stor grad ulikt syn på to forhold; den geografiske plasseringen av kompetansesentrene og innretningen av spesialisttannhelsetjenesten i Norge. Forholdene drøftes nærmere under.

#### *Geografisk spredning og plassering av kompetansesentrene*

Når det gjelder den geografiske plasseringen av kompetansesentrene, er det et tydelig mønster i både intervjuene og spørreundersøkelsen: Ansatte på kompetansesentrene opplever at den geografiske plasseringen av sentrene i størst grad har bidratt til å dekke befolkningens behov for spesialiserte tannhelsetjenester, etterfulgt av ansatte i den offentlige tannhelsetjenesten, mens ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse og privatpraktiserende tannleger i stor grad hevder det motsatte, dvs. at sentrene i liten grad har bidratt til å dekke befolkningens behov for tannhelsetjenester. Intervjuene viser at det er særskilt plasseringen av kompetansesentrene i Oslo, Bergen og Stavanger som oppleves som problematisk. Hovedinnvendingene mot plasseringen av disse sentrene er at de tre byene har best tilgang på tannlegespesialister i landet, det gir lang reisevei for pasienter som bor i rurale områder i fylkeskommunene og det oppstår "konkurransen" om de samme pasientgruppene mellom sentrene og universitetsklinikkene på UiO og UiB.

Basert på observasjonene i kartleggingen er vår vurdering at kompetansesentrenes geografiske spredning og plassering isolert sett ikke fremstår som optimal for å sikre befolkningen tilgang til spesialisttannhelsetjenester. Fylkeskommunene som har etablert kompetansesentre har valgt å samle hele eller store deler av det offentlige spesialisttannhelsetilbudet på kompetansesentrene, og sentrene er plassert i storbyer med høyest dekningsgrad av tannlegespesialister. Det har på en side visse fordeler. I byene er rekrutteringsgrunnlaget for tannleger størst. Ved å samle tannlegene på en fysisk lokasjon er det mulig å bygge et større fagmiljø og tilby tverrfaglig behandling. I tillegg blir pasientgrunnlaget større. Det gir tannlegespesialistene god tilflyt av pasienter, som bidrar til at tannlegene får et bedre erfaringsgrunnlag og høyere kompetanse innen sitt fagfelt. På den andre siden medfører innretningen av spesialisttilbudet at reiseveien for mange pasienter i regionene blir lang. Kartleggingen vår viser at lang reisevei for pasientene er en av de sentrale barrierene for å henvise pasienter til kompetansesentrene.

De offentlige tannklinikene i fylkeskommunene har mulighet til å henvise pasienter til privatpraktiserende tannklinikker som er nærmere pasientens bosted enn kompetansesentrene. Det er positivt for pasientene. Samtidig er dekningen av privatpraktiserende tannlegespesialister i flere rurale områder lav, som innebærer at tilgangen til tannhelsetjenestene ikke er tilstrekkelig for alle i befolkningen. Det taler for et mer desentralisert og spredt offentlig spesialisttannhelsetjenestetilbud.

Blant fylkeskommunene som ikke har etablert regionale odontologiske kompetansesentre, har flere valgt å samle tannlegespesialister fra ulike spesialiteter i større fysiske enheter. Årsaker til at de har valgt denne innretningen som fremkommer i intervjuene, er de samme som for kompetansesentrene: Muligheten til å bygge et større fagmiljø og tilby tverrfaglig behandling, gi fagstøtte til øvrig tannhelsetjeneste og sikre tannlegespesialistene et tilstrekkelig pasientgrunnlag. I motsetning til kompetansesentrene er disse klinikkene ikke like store som kompetansesentrene, verken i antall tannlegespesialister og antall spesialiteter. Klinikken har også færre oppgaver. Hovedfokuset er i stor grad rettet mot spesialistbehandling og fagstøtte.

For å sikre befolkningen bedre tilgang til spesialisttannhelsetjenester og styrke spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene, mener vi at kompetansesentrene bør ha en større geografisk spredning og økt tilstedeværelse i regionene. Det vil gi en bedre dekning av tannlegespesialister i distriktene.

Økt tilstedeværelse kan realiseres på flere måter. Flere av kompetansesentrene har per i dag eller planlegger å opprette egne spesialistklinikker (ofte kalt satellittklinikker, biklinikker eller filialer). På slike klinikker er det ikke nødvendigvis behov for alle spesialiteter eller like mange tannlegespesialister og annet tannhelsepersonell som på selve sentrene. For eksempel krever oral kirurgi som regel færre behandlinger enn protetik og kjeveortopedi, som fordrer flere behandlinger og oppfølging over tid. I tillegg kan slike klinikker ha færre oppgaver enn kompetansesentrene. Ved å fokusere på pasientbehandling og fagstøtte, vil de ha et lavere bemanningsbehov enn sentrene. Det gjør at klinikkene kan være enklere å etablere. På den andre siden må klinikkene ha et visst pasientgrunnlag for å opprettholde et faglig forsvarlig tannhelsetjenestetilbud. I tillegg vil det få økonomiske konsekvenser. Klinikken må finansieres av fylkeskommunene og/eller gjennom inntekter fra pasientbehandling. Det er også et spørsmål om det er praktisk gjennomførbart å etablere nye klinikker, gitt at bemanning har vært en sentral utfordring for sentrene siden de ble etablert. Til det vil vi påpeke at utfordringene med rekruttering og høy turnover ikke er like omfattende ved alle sentrene i dag. I tillegg er det ikke gitt at mindre spesialistklinikker som blir lagt på større steder/tettsteder med færre oppgaver vil ha tilsvarende bemanningsutfordringer som sentrene har hatt. Det er også mulig å vurdere andre innretninger enn faste ansettelse, for eksempel samarbeid med private tannlegespesialister.

En annen måte kompetansesentrene kan få økt tilstedeværelsen i regionene er "ambulerende" virksomhet. Et eksempel er at tannlegespesialistene på kompetansesentrene reiser til offentlige tannklinikker i distriktene og gjennomfører behandling av pasienter på selve klinikkene. En fordel med en slik innretning er at tannlegespesialistene har forankring i fagmiljøet på kompetansesentrene samtidig som de sikrer økt tilstedeværelse i distriktene uten at det må etableres nye fysiske klinikker. På den andre siden kan en slik ordning være ressurskrevende for kompetansesentrene. Tannlegespesialistene kan ikke utføre tannbehandling på sentrene i de aktuelle tidsrommene og deler av tannlegenes tid vil bli brukt på reise. Det kan også være behov for spesialutstyr som ikke alle klinikker har tilgjengelig. Det kan begrense



hvor tannlegespesialistene kan utføre tannbehandlingen. En mulig løsning for at ordningen skal bli mindre ressurskrevende er at offentlige klinikker i et geografisk område samarbeider og legger til rette for at flere pasienter kan behandles på en av klinikkene når tannlegespesialistene fra kompetansesentrene er til stede. I tillegg bør det vurderes om pasientbehandlingen kan kombineres med rådgivning, veiledning eller andre kompetansehevende tiltak.

Hvilken innretning som kan gi bedre tilgang på spesialisttannhelsetjenester i regionene, mener vi at fylkeskommunene og kompetansesentrene er best egnet til å vurdere. Vi har overordnet skissert to mulige løsninger, men det kan være andre innretninger som passer bedre i den enkelte region. Før eventuelle tiltak igangsettes anbefaler vi at kompetansesentrene utfører grundige kost/nytte-vurderinger av ulike desentraliserte løsninger.

#### *Innretning av spesialisthelsetjenesten i Norge*

Når det gjelder innretningen av spesialisttannhelsetjenesten i Norge, viser kartleggingen at det er svært ulike meninger mellom intervjuobjektene. Sentralt i diskusjonen står innretning og omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten sett opp mot det private markedet for tannhelsetjenester. Fremtidens tannhelsetjeneste må tilpasses befolkningens behov og bør utformes på en måte som gjør at samfunnets ressurser blir utnyttet best mulig. I et samfunnsperspektiv må man derfor stille seg spørsmålet om det er samfunnsøkonomisk lønnsomt at fylkeskommunene bygger opp omfattende spesialisttannhelsetjenestetilbud når det er et stort privat marked for tilsvarende tannhelsetjenester. Alle fylkeskommunene har valgt å opprette et offentlig spesialisttannhelsetilbud, blant annet ved å etablere kompetansesentrene.

Innretningen av spesialisttannhelsetjenesten i Norge er et viktig, omfattende og komplekst spørsmål. I august 2022 ble det nedsatt et tannhelseutvalg som har som mandat å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket inkludert regulering og rettigheter. Vi ser svært positivt på at tannhelseutvalget har blitt nedsatt og anser at drøftingen om innretningen av spesialisttannhelsetjenesten ligger under mandatet til utvalget og ikke til mandatet i denne evalueringen.

#### *Samlet vurdering*

Samlet sett er det flere sider ved kompetansesentrene som har bidratt til å styrke spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene. Samtidig er det utfordringer for sentrene som trekker i motsatt retning og bidrar til å redusere den unike betydningen av sentrene. Vi mener at det bør iverksettes flere tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning på kompetansesentrene, og at sentrene bør i større grad synliggjøre det tverrfaglige arbeidet som utføres. Når det gjelder kompetansesentrenes geografiske utstrekning, er vår vurdering at sentrenes innretning og plassering isolert sett ikke fremstår optimal for å sikre befolkningen tilgang til spesialisttannhelsetjenester. Kompetansesentrene bør ha en større geografisk spredning og fysisk tilstedeværelse i regionene. Før eventuelle tiltak igangsettes anbefaler vi at kompetansesentrene utfører grundige kost/nytte-vurderinger av ulike desentraliserte løsninger.

## E2: Dimensjoneringen av spesialistbehandlingstilbudet i fylkeskommunene med kompetansesentre er tilstrekkelig sett opp mot behovet for disse tjenestene

For å vurdere om dimensjoneringen av spesialisttannhelsetilbudet i fylkeskommunene med kompetansesentrene er tilstrekkelig, må man ideelt sett ha inngående kjennskap til etterspørselen etter og tilbudet av disse tjenestene i de respektive regionene. Det innebærer å ha informasjon om behovet for spesialisttannhelsetjenester i befolkningen og data om det nåværende behandlingstilbudet i offentlig og privat sektor brutt ned på ulike spesialiteter. Da kan man utlede om det er markedslukevekt eller om det er behov for flere eller færre offentlige tannlegespesialister innenfor de ulike spesialitetene.

En slik ideell analyse er utfordrende å gjennomføre i praksis. Det er generell mangel på data innenfor tannhelsefeltet, herunder det underliggende behovet for spesialisttannhelsetjenester i befolkningen, omfang av tannlegespesialister i privat sektor, etterspørselen etter offentlige vs private tjenester i befolkningen m.m. I tillegg er det flere forhold som gjør at tilbudet og etterspørselen i markedet for tannhelsetjenester ikke klareres som i et perfekt marked. Blant annet er informasjonstilgangen på etterspørselssiden ulik og det er økonomiske begrensninger på tilbudssiden. I tillegg kan regulatoriske forhold, målsettinger om dekningsgrader i befolkningen, ventetider m.m., påvirke markedet og adferden til aktørene. Det er også geografiske og organisatoriske ulikheter mellom regioner som vanskeliggjør analyser og sammenligninger på tvers av regionene. Som følge av dette, kan vi ikke gi et entydig svar på om dimensjoneringen av tilbudet i fylkeskommunene med kompetansesentre er tilstrekkelig sett opp mot behovet for disse tjenestene. I kartleggingen vår har vi imidlertid observert flere forhold som kan gi innsikt i hvorvidt dimensjonering av spesialistbehandlingstilbudet i fylkene er tilstrekkelig sett opp mot behovet for disse tjenestene. I tillegg har vi observert enkelte forhold på tilbudssiden, dvs. omfanget og innretningen på tilbudet, som har potensielt stor betydning for dimensjoneringsspørsmålet. Dette omtales under.

### *Generelle betraktninger*

Ved etableringen av spesialistklinikkene på kompetansesentrene, har sentrene tatt stilling til hvor omfattende behandlingstilbudet skal være og hvor mange tannlegespesialister, tannpleiere og tannhelsesekretærer sentrene har behov for. I kartleggingen vår oppgir flere intervjuobjekter fra ulike institusjoner at det bør være minimum to tannlegespesialister innenfor hver spesialitet på kompetansesentrene for at behandlingstilbudet skal være tilfredsstillende. To tannleger trenger ikke å bety to årsverk for alle spesialitetene ettersom det er ulik etterspørsel og behov på tvers av spesialitetene. Vi har ikke avdekket noen krav eller konkrete måltall på bemanningen på alle kompetansesentrene og det er uklart om det oppgitte "minimumskravet" er utledet fra et faktisk behandlingsbehov i befolkningen og analyser av dekningsgrader av spesialisttannhelsetjenester i regionene. Flere av sentrene oppgir imidlertid at de forholder seg aktivt til etterspørselen etter tannhelsetjenestene og ventetider, og at de gjør fortløpende vurderinger om det er behov for å styrke bemanningen. Vi synes det fremstår som en fornuftig tilnærming når det er så stor usikkerhet knyttet til behandlingsbehovet i befolkningen. Flere intervjuobjekter fra kompetansesentrene og den offentlige tannhelsetjenesten uttrykker samtidig at sentrene ikke har som mål å vokse og bli omfattende markedsaktører som enkelte private tannlegekjeder. For kompetansesentrene er det også et spørsmål om hvor mye av behovet for tannhelsetjenester i befolkningen sentrene skal dekke. Her mener vi at det må skilles mellom personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og den voksne befolkningen, jf. nærmere diskusjon under.

Hvis vi ser på den faktiske bemanningen på sentrene, viser kartleggingen i evalueringen at det er relativt stor variasjon på tvers på sentrene. Bemanningen varierer mellom 11 og 24 tannlegespesialister og mellom 4.7 og 14 spesialistårsverk mellom de fem sentrene, jf. tabell 3.2. Disse forskjellene har trolig flere årsaker. En årsak kan være at bemanningsbehovet på sentrene er ulikt. Det kan skyldes regionale forskjeller i den underliggende etterspørselen etter offentlige spesialisttannhelsetjenester, ulikt omfang på den private spesialisttannhelsetjenesten i regionene og at sentrene har innrettet spesialisttannhelsetilbudet forskjellig. Forskjellene kan også skyldes ulike økonomiske begrensninger, samt at sentrene har hatt utfordringer med å rekruttere tannhelsepersonell. Rekrutteringsutfordringene er ikke like store på alle sentrene i dag og det varierer mellom sentrene hvilke type personell som er mest utfordrende å rekruttere (tannlegespesialister, tannpleiere, tannlegesekretærer). Samlet sett er det et komplekst og sammensatt bilde hvor det er vanskelig å gi tydelige årsak-virkningskjeder som kan forklare forskjellene i bemanning mellom sentrene.

En faktor kompetansesentrene må ta hensyn til når de dimensjonerer behandlingstilbudet, er hvor mange pasienter tannhelsepersonellet kan behandle innenfor et gitt tidsrom. Med andre ord hvor effektive sentrene er i tannbehandlingen. I kartleggingen vår observerer vi at det er en generell oppfatning blant flere privatpraktiserende tannleger at kompetansesentrene er ineffektive i behandlingen av pasienter. Vi har ikke muligheten til å belyse påstanden ettersom det ikke foreligger tilstrekkelig behandlingsstatistikk på kompetansesentrene. I tillegg har vi ikke funnet tilsvarende statistikk på private spesialistklinikker. I intervjuer med offentlige institusjoner er det en oppfatning av at kompetansesentrene i større grad behandler pasienter som er mer behandlingskrevende enn privatpraktiserende tannlegespesialister. Det kan forklare hvorfor kompetansesentrene potensielt behandler færre pasienter enn på private spesialistklinikker innenfor et gitt tidsrom, og hvorfor kompetansesentrene har et behov for høyere bemanning enn på private spesialistklinikker. Dersom kompetansesentrene hadde klart å synliggjøre og formidle bedre hvilke pasientgrupper de behandler og hvorfor disse er ressurskrevende, kunne det skapt bedre innsikt og forståelse av spesialistbehandlingen på sentrene i tannhelsemiljøet. Det kunne også gitt bedre styringsinformasjon til myndighetene.

### *Ventetider*

En indikasjon på at et behandlingstilbud er lavere enn etterspørselen i befolkningen er ventetider på utredning og behandling av pasienter. Kartleggingen vår viser at det er dels lange ventetider for enkelte av spesialitetene i flere av regionene, jf. tabell 4.2. Lange ventetider trekkes frem som en viktig barriere for å henvise pasienter til kompetansesentrene i både spørreundersøkelsen og blant intervjuobjekter. Ventetidene kan innebære at dimensjoneringen av spesialisttannhelsetilbudet på sentrene ikke er tilstrekkelig og at det er en udekket etterspørsel, og at sentrene isolert sett kan øke kapasiteten for å imøtekomme etterspørselen etter tjenestene. Når ventetidene er lange, kan det også stilles spørsmål ved om dimensjoneringen av tilbudet er faglig forsvarlig. I evalueringen har vi ikke avdekket noen forhold som indikerer at tilbudet ikke er faglig forsvarlig, men vi anbefaler at forholdene vurderes mer inngående slik at dette kan fastsettes med større grad av sikkerhet.

Et relevant spørsmål er hva som er akseptable ventetider for utredning og behandling av pasienter. Vi har ikke avdekket nasjonale eller regionale krav eller retningslinjer for normerte ventetider innenfor tannhelsefeltet. Et unntak er tannhelsetilbudet til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi (TOO-tilbudet). I regelverket for tilskuddsordningen til TOO-tilbudet som forvaltes av Helsedirektoratet, er

det angitt maksimale ventetider for ledd i behandlingsskjeden: Maksimalt 8 uker fra henvisning til vurderingssamtale, maksimalt 4 uker fra vurderingssamtale til behandling i tverrfaglig team og maksimalt 4 uker fra behandling i tverrfaglig team til behandling i tannbehandler-team. Alle kompetansesentrene mottar tilskudd gjennom TOO-ordningen, men ventetidene er ikke gjeldende for behandlingstilbudet på kompetansesentrene utover TOO-tilbudet. Om det bør stilles krav til maksimale ventetider på utredning og behandling av pasienter på kompetansesentrene, i den offentlige tannhelsetjenesten eller for hele tannhelsetjenesten, ligger utenfor mandatet til denne evalueringen. Vi registrerer imidlertid at ventetider ikke var et tema i NOU 2005:11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet* og at det ikke er nevnt i mandatet til det tannhelseutvalget som ble nedsatt i august 2022. Det fremstår derfor som at ventetider på tannhelsefeltet ikke er et prioritert tema, slik tilfellet er innenfor helsetjenesten. Helsedirektoratet har ansvar for informasjonstjenesten "Velg behandlingssted" som viser forventede ventetider til om lag 200 undersøkelser og behandlinger ved offentlige behandlingssteder, private behandlingssteder med avtale og private behandlingssteder som er godkjent av HELFO.<sup>36</sup> Tjenesten gir pasienter og brukere tilgang og relevant informasjon om ventetider og valgmuligheter for behandling. En lignende tjeneste innenfor tannhelsefeltet kunne vært interessant å drøfte nærmere.

#### *Nærmere om personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven*

Kompetansesentrene er en sentral henvisningsinstans for befolkningsgrupper som fylkeskommunene har et ansvar å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til, jf. tannhelsetjenesteloven §1-3. Det innebærer at sentrene i stor grad bidrar til å ivareta fylkeskommunenes lovpålagte oppgaver innenfor spesialiserte tannhelsetjenester. Om kompetansesentrene bidrar til å dekke behovene til disse befolkningsgrupper er derfor særskilt viktig å vurdere.

Våre observasjoner viser at det er delte syn på hvorvidt behovene til disse pasientgruppene blir dekket av kompetansesentrene. I intervjuer med offentlige institusjoner opplever flertallet at kompetansesentrene i stor grad bidrar til å dekke behovene for spesialiserte tannhelsetjenester til pasienter med rettigheter, mens andre aktører i mindre grad deler denne oppfatningen. I spørreundersøkelsen er det også store forskjeller i svarene mellom aktørgruppene. Det er kun blant respondentene på kompetansesentrene at flertallet opplever at sentrene i stor eller svært stor grad har bidratt til å dekke spesialistbehovet til pasienter med rettigheter. Det har også blitt stilt spørsmål ved sentrenes prioriteringer mellom gruppe A-E. Statistikk over henvisninger og tidsbruk på sentrene viser at gruppe A er vesentlig høyere representert enn gruppe B-E, hvor særlig pasienter i gruppe B utgjør en liten andel av pasientene. Vi synes det er bekymringsfullt at så mange utenom sentrene i liten grad opplever at kompetansesentrene har bidratt til å dekke spesialistbehovet til pasienter med rettigheter. Problemstillingen burde vært analysert nærmere, men etter vår oppfatning eksisterer det ikke tilstrekkelig statistikk som muliggjør slike analyser. Dette forsterker behovet for bedre data innenfor tannhelsefeltet.

Det er gjort enkelte analyser for å kartlegge spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter. Helsedirektoratet (2017) gjennomførte i 2017 en spørreundersøkelse blant de øverste ledere i den

---

<sup>36</sup> Helsedirektoratet. (2017). *Veileder for fastsetting av forventede ventetider til informasjonstjenesten Velg behandlingssted* (IS-1200). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/fastsetting-av-forventede-ventetider-til-informasjontjenesten-velg-behandlingssted>

offentlige tannhelsetjenesten og kompetansesentrene.<sup>37</sup> Svarene i undersøkelsen viste at flertallet av de øverste lederne mener at spesialisttannhelsetjenestene til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er tilfredsstillende dekket i fylket sitt. Resultatet samsvarer i stor grad med svarene i intervjuene med offentlige institusjoner i vår kartlegging.

I kartleggingen vår er det særskilt to barrierer for å henvise pasienter med rettigheter til kompetansesentrene som blir trukket frem: Sentrene har ikke tilstrekkelig kapasitet og det er ikke tilstrekkelig geografisk spredning av tilbudet. Observasjonene indikerer dermed at bemanningsutfordringer er en sentral hindring for at sentrene klarer å gi et tilstrekkelig behandlingstilbud og at dimensjoneringen av tilbudet på sentrene sett under ett ikke er tilstrekkelig per i dag. I tillegg indikerer observasjonene at sentrenes fysiske utstrekning i regionene er vurdert som ikke tilfredsstillende for å dekke etterspørselen etter spesialisttannhelsetjenester blant personer med rettigheter. Dette styrker våre vurderinger som er omtalt under E1.

En tredje barriere som fremkommer i kartleggingen er "internfakturering". Ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten i Viken, Innlandet og Trøndelag fylkeskommune mottar faktura for behandling av pasienter med rettigheter fra hhv. TkØ og TkMidt, mens i øvrige fylkeskommuner dekkes behandlingsutgiftene direkte av fylkeskommunene. Når de offentlige tannklinikene observerer kostnadene for behandling og opplever disse som høye, kan det føre til at de ikke ønsker å henvise pasienter til kompetansesentrene. På en side kan det være positivt ved at klinikkene blir mer kostnadsbevisste og gjør grundigere vurderinger av om det virkelig er nødvendig å henvise pasientene til tannlegespesialist. På den andre siden kan det medføre at pasienter som har et reelt behov for spesialistbehandling ikke blir henvist og således ikke får dekket sine behov. Det er i så fall problematisk. Våre observasjoner indikerer at "internfakturering" medfører at færre pasienter henvises til kompetansesentrene enn i regionene som ikke har dette. Samtidig synes vi at informasjonsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig til at vi kan si at det innebærer at pasientene ikke får dekket sine behov.

Et sentralt spørsmål når det gjelder pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, er hvorvidt pasientgruppen er prioritert på kompetansesentrene. Etter tannhelsetjenesteloven §1-3 skal den offentlige tannhelsetjenesten gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til gruppe A-E, og kan i tillegg til de prioriterte oppgavene yte tjenester til voksne pasienter mot betaling etter fylkeskommunale bestemmelser. I kartleggingen vår stiller flere intervjuobjekter spørsmål ved om pasienter med rettigheter blir nedprioritert på kompetansesentrene fremfor voksne, betalende pasienter ut ifra økonomiske hensyn. Sentrene budsjetterer med inntekter fra voksne, betalende pasienter, og sentrene kan potensielt bli tvunget til å prioritere denne pasientgruppen for å sikre budsjettmessig balanse. Allerede i utredningen til Statens helsetilsyn fra 2000 ble det påpekt at økonomi ville bli utfordrende for kompetansesentrene og at deler av inntekter måtte komme fra pasientbehandling.

Basert på våre observasjoner finner vi ingen tydelige indikasjoner på at pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven blir nedprioritert ut ifra økonomiske hensyn. Flere av kompetansesentrene fakturerer for all behandling, jf. tabell 4.11, og har således ikke behov for å prioritere voksne, betalende pasienter fremfor pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Vi observerer imidlertid at det er

---

<sup>37</sup> Helsedirektoratet. (2017). *Kartlegging av spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Status høst 2017. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet (IS-2808)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-spesialisttannhelsetjenester-til-personer-med-rettigheter-etter-tannhelsetjenesteloven/Kartlegging>

relativt stor variasjon på hvilke pasientgrupper som behandles på tvers av sentrene. Statistikk over henvisninger og tidsbruk på sentrene viser at voksne, betalende pasienter utgjør en relativt stor andel av pasientene som mottar behandling på TkNN, TkRogaland og TkMidt, jf. figur 4.11 og 4.12. Vi vil presisere at dette ikke er ensbetydende med at pasienter med rettigheter blir nedprioritert eller at tilbudet til pasienter med rettigheter ikke er faglig forsvarlig. Ser vi på statistikk over årsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste, er andelen årsverk i privat spesialisttannhelsetjeneste i regionene hvor disse sentrene ligger lavt sammenlignet med øvrige regioner, jf. tabell 4.1. En høy andel voksne, betalende pasienter fremstår derfor som et uttrykk for mangelfull tilgang til private tannlegespesialister og at tilbudet til kompetansesentrene er viktig for befolkningen i regionene. Dette bekreftes også i intervjuene i kartleggingen.

Samtidig ønsker vi å fremheve at det ligger en potensiell målkonflikt i tannhelsetjenesteloven og prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, som også er gjeldende for tannhelsetjenesten.<sup>38</sup> Pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven har etter lovverket krav på å få dekket sine behov for tannbehandling. Dersom kompetansesentrene legger prioriteringskriteriene til grunn, kan voksne pasienter med en større forventet nytte av tannbehandling bli prioritert foran pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Når kompetansesentrene har utfordringer på tilbudssiden, medfører det at pasienter med lovpålagte rettigheter potensielt må vente lenge på behandling eller i verste fall ikke får dekket sine behov. I intervjuer oppgir kompetansesentrene at de prioriterer pasienter med lovfestede rettigheter, men at de samtidig benytter prioriteringskriteriene til å prioritere pasienter, som betyr at voksne, betalende pasienter kan bli prioritert om de har mer alvorlige problemer med tennene. Det er også slik at fylkeskommunene har et ansvar for at hele befolkningen har rett på nødvendige tannhelsetjenester. Dersom det ikke eksisterer et tilfredsstillende privat spesialisttannhelsetilbud i regionene kan voksne, betalende pasienter bli prioritert foran pasient med lovfestede rettigheter. På generelt grunnlag mener vi at det er positivt med prioriteringskriterier slik at befolkningen behandles likere på tvers av landet. Samtidig stiller vi spørsmål ved om pasienter med rettigheter skal måtte vente opptil et til to år på behandling på kompetansesentrene når de har rett på behandling etter tannhelsetjenesteloven. Vi etterspør derfor en bedre harmonisering og tydeliggjøring av prioriteringene innenfor den offentlige spesialisttannhelsetjenesten, som vi mener dette er et tema som bør adresseres av tannhelseutvalget.

#### *Nærmere om den voksne befolkningen*

I Norge dekker den private tannhelsetjenesten hoveddelen av tannbehandlingsbehovet til den voksne befolkningen. Kompetansesentrene, som er en del av den offentlige tannhelsetjenesten, skal ikke primært dekke hele den voksne befolkningens behov for spesialisttannhelsetjenester. Det sentrale spørsmålet blir derfor hvilke behov kompetansesentrene bør søke å dekke i befolkningen og således hvilke behov sentrene skal dimensjonere tilbudet sitt etter. Observasjonene viser at det er relativt ulike meninger om dette blant aktørene innenfor tannhelsefeltet. Vi ønsker å trekke frem følgende:

For det første, etter tannhelsetjenesteloven §1-1 skal fylkeskommunen sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. I det private markedet for tannhelsetjenester er det fri etablering for både allmenntannleger og tannlegespesialister, som innebærer at tannlegespesialister kan etablere en spesialistklinikk hvor de

<sup>38</sup> Meld. St. 38. (2020-2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>

ønsker. Flere steder i landet er det ikke et tilfredsstillende spesialisttannhelsetilbud i det private markedet, og kompetansesentrene er et viktig tilbud for den voksne befolkningen i disse områdene. Det er derfor sentralt å vurdere om kompetansesentrene har bidratt til å bedre *tilgangen* til spesialisttannhelsetjenester i den voksne befolkningen. I spørreundersøkelsen opplever flertallet av respondentene at kompetansesentrene i liten eller svært liten grad har bidratt til å bedre tilgangen til spesialisttannhelsetjenester i den voksne befolkningen. Hovedårsakene som trekkes frem er at behandlingen skjer hos privatpraktiserende spesialister, at det ikke er tilstrekkelig geografisk spredning av behandlingstilbudet på kompetansesentrene og at det ikke er tilstrekkelig antall tannlegespesialister på kompetansesentrene. At respondentene viser til behandling i privat sektor er naturlig å forvente ut i fra organiseringen av tannhelsetjenesten i Norge. Når det gjelder geografisk spredning, fremstår det som en hindring i sentrenes bidrag til å dekke behovene også for den voksne befolkningen. Dette styrker våre vurderinger av at det er behov for økt fysisk spredning av sentrene, jf. E1. Vedrørende antall tannlegespesialister på sentrene, indikerer observasjonene også her at bemanningsutfordringer på kompetansesentrene er en sentral hindring for at sentrene klarer å gi et tilstrekkelig behandlingstilbud sett opp mot etterspørselen etter tjenestene.

Basert på observasjonene mener vi at kompetansesentrene har en viktig distriktsfunksjon ved å gi et spesialistbehandlingstilbud til den voksne befolkningen i områder med lav spesialistdekning i det private tannhelsemarkedet. Den offentlige tannhelsetjenesten har et sørge-for-ansvar etter lovverket og det er viktig at kompetansesentrene gir et tilbud til områder med lav spesialistdekning. Vi stiller oss imidlertid spørsmålet om det er hensiktsmessig at kompetansesentrene skal behandle voksne, betalende pasienter i områder med høy spesialistdekning i privat sektor. I disse områdene fremstår sentrene i større som ordinære spesialisttannklinikker på linje med private klinikker. Med fremveksten av større, tverrfaglige private spesialistklinikker kan sentrenes unike tverrfaglige tilbud i fremtiden potensielt også ha mindre betydning.

For det andre har kompetansesentrene et unikt tilbud til personer med særskilte utfordringer. Det omfatter komplekse kasuser som krever tverrfaglig behandling og/eller som har utfordringer med å gjennomføre tannbehandling av andre årsaker enn tennene. Gjennom kartleggingen har vi inntrykk av at disse pasientgruppene i stor grad er del av den voksne befolkningen, og at kompetansesentrenes behandlingstilbud er viktig for å dekke spesialistbehandlingsbehovet til disse pasientgruppene. Det er imidlertid vanskelig å identifisere pasientgruppene i kompetansesentrenes behandlingsstatistikk. Enkelte av sentrene har oppgitt tverrfaglige henvisninger i statistikken, men dette gir etter vår innsikt ikke et tilstrekkelig bilde av det tverrfaglige arbeidet på sentrene. Det er heller ikke statistikk over pasienter som har utfordringer med å gjennomføre tannbehandling utover pasienter i TOO-ordningen. Det er derfor utfordrende å vurdere om disse pasientgruppene får dekket sine behov. I tannhelsetjenesten i tiden fremover er det ventet at veksten av større private tannklinikker/-kjeder med tverrfaglig tilbud vil fortsette å vokse. Disse klinikkene/kjedene kan potensielt styrke tilbudssiden overfor de nevnte pasientgruppene. Samtidig vil det trolig være behov for offentlige spesialistklinikker som kan dekke behovene til særskilt ressurskrevende pasienter. I så måte blir det igjen et spørsmål om kapasiteten på sentrene og hvor store spesialistklinikkene på kompetansesentrene bør være. I den sammenheng bør man vurdere grenseflater mot andre aktører, særskilt universitetsklinikkene, der komplekse kasuser er viktig for både grunnutdanning og spesialistutdanning.

For det tredje er det fortsatt sosial ulikhet i tannhelse og flere sårbare grupper i den voksne befolkningen klarer ikke av ulike årsaker å benytte seg av det private tannhelsetilbudet. Det omfatter både personer med rettigheter etter lovverket og den voksne, betalende befolkningen. Vi mener at det er viktig at disse gruppene som omfatter de svakest stilte i samfunnet og er ressurskrevende å behandle, får dekket sine behov gjennom den offentlige tannhelsetjenesten. Et sentralt spørsmål i den sammenheng er hvorvidt denne delen av befolkningen blir tilstrekkelig fanget opp og mottar et tilfredsstillende tannhelsetilbud i dag. Etter vår forståelse er det ikke tilstrekkelig innsikt i behandlingsbehovet til disse pasientgruppene i dag.

### *Samlet vurdering*

Det er ikke mulig å gi et entydig svar på om dimensjoneringen av tilbudet i fylkeskommunene med kompetansesentre er tilstrekkelig sett opp mot behovet for spesialisttannhelsetjenestene. Evalueringen har imidlertid avdekket flere forhold som gir verdifull innsikt. Kompetansesentrene har til dels lange ventetider og flere av sentrene har kapasitetsutfordringer som følge av rekrutteringsproblemer og sårbarhet i bemanning. I tillegg er det ikke tilstrekkelig geografisk spredning av tilbudet, som bidrar i stor grad til at sentrene ikke klarer å dekke behovene for spesialisttannhelsetjenester i befolkningen. Det er utfordrende å estimere hvor omfattende behandlingstilbudet skal være og hvor mange tannlegespesialister, tannpleiere og tannhelsesekretærer det er behov for, for at tannbehandlingsbehovene i befolkningen skal være tilfredsstillende dekket. Flere av sentrene gjør fortløpende vurderinger om det er behov for å styrke bemanningen. Det fremstår som en fornuftig tilnærming når det er så stor usikkerhet knyttet til behovet i befolkningen. For kompetansesentrene og fylkeskommunene er det samtidig et spørsmål om hvor mye av behovet for tannhelsetjenester i befolkningen sentrene skal dekke. Her mener vi at personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven står sentralt, mens i den voksne befolkningen er det særlig tre viktige behandlingsgrupper; personer i områder med lav spesialistdekning i det private markedet, komplekse kasuser og sårbare grupper. Dette er forøvrig en problemstilling som tannhelseutvalget bør drøfte nærmere.

### **E3: Kompetansesentrene samarbeider med andre deler av helse- og omsorgstjenesten for å bidra til et helhetlig behandlingstilbud til pasienter**

Vårt inntrykk gjennom kartleggingen av kompetansesentrene er at sentrene har hatt og fortsatt har et aktivt samarbeid med flere relevante institusjoner knyttet til behandling av pasienter. Sentrene oppgir blant annet samarbeid med offentlige og private tannleger, universiteter, sykehus, fastleger, sykehjem, helsestasjoner, barnehus, BUP-tjenesten, PP-tjenesten m.m. Kompetansesentrene behandler en del pasientgrupper som har større medisinske utfordringer som krever tverrfaglig samarbeid og behandling av flere instanser. Det gjelder særlig barn med sammensatte utfordringer, komplekse kasuser som krever behandling på sykehus og sårbare grupper med sammensatte utfordringer, blant annet TOO-pasienter.

Samtidig har kompetansesentrene trolig mindre behov for samarbeid enn tannklinikker i den offentlige tannhelsetjenesten. Kompetansesentrene er en del av sekundærtannhelsetjenesten som krever henvisning for å få behandling, mens offentlige "ordinære" tannklinikker er primærtannhelsetjenesten som gir et oppsøkende tilbud til befolkningen. Der er forebyggingsperspektivet en sentral del av tannbehandlingen.



Når det gjelder opplevelsen av samarbeidet med kompetansesentrene knyttet til pasientbehandlingen, viser spørreundersøkelsen delte oppfatninger. Flertallet av respondentene i den offentlige tannhelsetjenesten har opplevd samarbeidet med kompetansesentrene som positivt, mens svarene er mer delt i universitets- og høyskolesektoren og blant privatpraktiserende tannleger. Samtidig er andelen som svarte vet ikke/ikke relevant høy i disse gruppene. Ettersom spørreundersøkelsen ble distribuert bredt og flere av respondentene trolig ikke har samarbeidet med kompetansesentrene i forbindelse med pasientbehandling, er det naturlig at andelen vet ikke/ikke relevant er høy. Samtidig mener vi at kartleggingen viser at det er rom for forbedringer og at kompetansesentrene aktivt bør innhente tilbakemeldinger blant samarbeidspartnere for å videreutvikle samarbeidet og således tjenestetilbudet.

Basert på innsikten i denne og tidligere evalueringer innenfor tannhelsefeltet, vil vi fremheve betydningen av samarbeid og informasjonsutveksling mellom tannhelsetjenesten og den øvrige helse- og omsorgstjenesten.<sup>39</sup> Ved behandling av pasienter er det viktig at helsetjenesten klarer å se *hele* mennesket. Munnhulen er en del av kroppen og det er sammenheng mellom munnhulen og resten av kroppen. For å øke bevisstheten rundt munnhulen er det nødvendig med økt kunnskapsnivå hos helsepersonell. Det fordrer økt samarbeid og større grad av utveksling av kunnskap og erfaringer mellom tannhelsetjenesten og den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Det er imidlertid flere faktorer som skaper hindringer i samarbeidet. Blant annet ulike roller og ansvar fordelt på forvaltningsnivåene, tekniske barrierer (blant annet journalsystemer) og finansiering. Vi vil i denne sammenheng trekke frem betydningen av at kompetansesentrene aktivt oppsøker institusjoner i helse- og omsorgstjenesten for samarbeid om pasientbehandling. I tillegg mener vi at kompetansesentrene bør få styrket sin rolle som kompetansesentre overfor hele helse- og omsorgssektoren. Kompetansesentrene kan være viktige kunnskapsformidlere og tilby fagstøtte til andre yrkesgrupper enn tannhelsepersonell. Dette vil imidlertid kreve økt tilførsel av statlige midler til sentrene.

Samlet sett er vår vurdering at kompetansesentrene har et aktivt samarbeid med institusjoner i helse- og omsorgstjenesten i behandling av pasienter. I det videre arbeidet bør sentrene innhente tilbakemeldinger blant samarbeidspartnere for å videreutvikle samarbeidet og således tjenestetilbudet. For å synliggjøre munnhulens betydning for kroppen og øke samarbeidet med den øvrige helse- og omsorgstjenesten, bør kompetansesentrene få styrket sin rolle som kompetansesentre overfor hele helse- og omsorgssektoren.

## 5.2 Fagstøtte og etterutdanning

### E4: Kompetansesentrenes fagstøtte og etterutdanningstilbud er godt kjent blant tannhelsepersonell i tannhelsetjenesten

Kartleggingen i evalueringen viser at kompetansesentrenes fagstøtte og etterutdanningstilbud er i varierende grad kjent blant tannhelsepersonell i tannhelsetjenesten. I spørreundersøkelsen opplyser over halvparten av respondentene at de har kjennskap til sentrenes (1) fagstøtte, rådgivning og veiledning, (2)

---

<sup>39</sup> PwC. (2019). *Evaluering av Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus*, PwC rapport. Helsedirektoratet.no.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-forsoksordning-med-orale-helsetjenester-organisert-i-tverrfaglig-miljo-ved-sykehus/Evaluering>; PwC (2021). *Evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi («TOO-tilbudet»)*, PwC rapport. Helsedirektoratet.no.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-tannhelsetilbud-til-personer-utsatt-for-tortur-og-overgrep-og-personer-med-odontofobi-too-tilbudet-rapport-fra-pwc>

etterutdanning og (3) hospitering. Tjenestene er mest kjent i den offentlige tannhelsetjenesten, etterfulgt av universitets- og høyskolesektoren, mens tjenestene er betydelig mindre kjent blant privatpraktiserende tannleger. Det er også regionale forskjeller mellom sentrene. Under omtales de tre tjenestene hver for seg.

Når det gjelder kompetansesentrenes fagstøtte, rådgivning og veiledning, er det positivt at tilbudet fremstår som relativt godt kjent i den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten har et omfattende behandlingstilbud til deler av befolkningen, og det er viktig for kvaliteten på tannhelsetilbudet at offentlig tannhelsepersonell har et sted å henvende seg for å få fagstøtte og veiledning. På den andre siden mener vi at tilbudet burde vært mer kjent i privat sektor om sentrene skal være et kompetansesenter for hele tannhelsetjenesten. I intervjuer med privatpraktiserende tannleger fremkommer det at flere ikke tenker på sentrene som et naturlig sted å henvende seg for å spørre om faglige råd og at de ikke kjenner til sentrene godt nok til at det er "bare å ringe" for bistand. Dersom det skal være som mål at kompetansesentrene skal gi fagstøtte til både offentlig og privat tannhelsetjeneste, jf. regelverket for tilskuddsordningen til kompetansesentrene, må sentrene være godt kjent og tilgjengelig for hele tannhelsetjenesten.

Vedrørende etterutdanning, som i stor grad er knyttet til kursvirksomhet på kompetansesentrene, er det tjenesten som er minst kjent av de tre tjenestegruppene. Dette er overraskende tatt i betraktning at sentrene arrangerer flere kurs årlig. I intervjuer trekkes det frem at det ikke alltid er lett å vite hvilke kurs som tilbys på sentrene og at tannhelsepersonell i liten grad har tid til å aktivt oppsøke sentrene og lete etter kurs på hjemmesider og lignende. Både offentlig og privatpraktiserende tannleger etterspør mer tilgjengelig informasjon om tilbudet på sentrene. Vi mener at kompetansesentrene i større grad burde markedsføre kursvirksomheten i hele tannhelsetjenesten enn hva som blir gjort i dag. Sentrene bør vurdere å ta i bruk flere informasjonskanaler, og vurdere om de må tilpasse markedsføringen for å nå ut til både offentlig og privatpraktiserende tannhelsepersonell.

Når det gjelder hospitering, fremstår det som et sentralt virkemiddel for å heve kompetansen på individnivå. Som for de øvrige tjenestene, mener vi at tjenesten burde vært bedre kjent blant offentlige og privatpraktiserende tannhelsepersonell. Et alternativ til hospitering som har blitt trukket frem i kartleggingen, er at tannhelsepersonell på kompetansesentrene oppsøker tannklinikker og gir opplæring og veiledning ute på klinikkene framfor at tannhelsepersonellet kommer til sentrene. Dette blir tilbudt på enkelte av sentrene i dag. Kartleggingen i evalueringen har ikke avdekket hvor godt denne tjenesten er kjent i tannhelsetjenesten, foruten at det har blitt trukket frem av enkelte intervjuobjektene som et attraktivt tilbud på sentrene. Vi anbefaler at dette undersøkes nærmere av kompetansesentrene.

Samlet sett vurderer vi at kompetansesentrenes fagstøtte og etterutdanningstilbud burde vært bedre kjent blant tannhelsepersonell i tannhelsetjenesten. Det gjelder særlig i den private tannhelsetjenesten. Dersom ambisjonen er at sentrene skal være kompetansesenter for *hele* tannhelsetjenesten, bør sentrene i større grad markedsføre veiledning, kursvirksomhet og andre tjenester i både offentlig og privat sektor.

## E5: Kompetansesentrene har bidratt til å heve den faglige kompetansen i tannhelsetjenesten gjennom fagstøtte og etterutdanning

Ifølge regelverket for tilskuddsordningen til kompetansesentrene er et av hovedformålene med sentrene å gi fagstøtte til offentlig og privat tannhelsetjeneste og råd til andre tjenesteområder og befolkningen. Det er derfor sentralt å vurdere i hvilken grad kompetansesentrene har bidratt til å heve den faglige kompetansen i tannhelsetjenesten.

Vårt inntrykk gjennom observasjonene er at sentrene til en viss grad har bidratt til å heve den faglige kompetansen i tannhelsetjenesten, og at dette primært har vært gjennom rådgivning og veiledning. I spørreundersøkelsen har fire av ti respondenter opplevd fagstøtte, rådgivning og veiledning som nyttig/kompetansehevende, mens for etterutdanning og hospitering er svarene mer jevnt fordelt. Svarene tolker vi imidlertid med varsomhet som følge av en høy andel som har svart vet ikke/ikke relevant, jf. figur 4.19. I intervjuene er det flere i den offentlige tannhelsetjenesten som opplever at tjenestene har verdi for tannhelsetjenesten og at sentrene er viktig fagstøtte for tannhelsepersonell på klinikkene. Det trekkes frem at disse tjenestene er det som gjør sentrene unike og som skiller dem fra vanlige tannklinikker. Flertallet av respondentene i spørreundersøkelsen oppgir også at de opplevde samarbeidet med kompetansesentrene knyttet til tjenestene som positivt.

Vi setter imidlertid spørsmålsteget ved hvor utstrakt bruken av fagstøtte og etterutdanning er blant tannhelsepersonell i hele tannhelsetjenesten. Sammenlignet med kjennskapet til tjenestetilbudet på sentrene, jf. vurderingen av E4, kunne man forvente at andelen vet ikke/ikke relevant var vesentlig lavere i spørreundersøkelsen. Vi kan ikke se bort ifra at respondenter ikke har hatt en formening om nytten av tjenestetilbudet og således svart vet ikke/ikke relevant. Samtidig kan det være et tegn på at mange av respondentene ikke har benyttet disse tjenestene på kompetansesentrene.

Observasjonene i kartleggingen bidrar til å belyse dette. Flere intervjuobjekter opplyser om at de henvender seg til andre institusjoner for fagstøtte og veiledning, herunder kollegaer, universitetene og privatpraktiserende tannleger, samt at de deltar på kurs hos andre arrangører. For det første skyldes dette delvis preferanser. Kompetansesentrene oppleves ikke som et naturlig sted å henvende seg til for råd, eller tannklinikker har innarbeidet en kultur for å henvende seg til for eksempel universitetene for bistand. Det er også stor konkurranse i kursmarkedet innen tannhelsefeltet. Det eksisterer flere kursarrangører, blant annet Tannlegeforeningen (sentralt og lokalt), depoter, universitetene og private tannlegefirmaer/-kjeder. For det andre skyldes det delvis barrierer. Blant annet er det utfordrende å sette av tid til kompetanseheving i en hektisk hverdag og lange reiseveier gjør det altfor ressurskrevende å delta på hospitering og kurs. Det er også en teknisk barriere når kompetansesentrene og klinikkene ikke har tilgang til samme database og pasientenes journaldata. Dersom en tannlege har behov for råd vedrørende en pasient, må tannhelsepersonell sende kasusbeskrivelser og evt. røntgen i posten. Dette i motsetning til en konsultasjon over telefonen hvor tannlegespesialisten på kompetansesenteret raskt kan hente opp pasientdata, inkl. røntgenbilder, fra journalsystemet.

Om vi ser nærmere på tilbudssiden, viser statistikk betydelig kursvirksomhet på kompetansesentrene. I tillegg får vi gjennom observasjonene inntrykk av at tannlegespesialistene bruker en del tid på rådgivning og veiledning, men at antall henvendelser varierer mellom sentrene og mellom spesialitetene. Kompetansesentrene fremhever at henvendelser må håndteres fortløpende og prioriteres for at

konsultasjonen skal ha verdi for den henvendende part. Enkelte intervjuobjekter stiller spørsmål ved om det er for stort fokus på pasientbehandling og om dette overskygger tiden brukt på fagstøtte og etterutdanningstilbudet på sentrene. Basert på intervjuene har vi ikke funnet indikasjoner på at dette er tilfelle. Men vi etterlyser bedre registerdata over den faktiske tiden som kompetansesentrene bruker på fagstøtte og veiledning. Ettersom sentrene ikke har fastsatte tidspunkt eller dager som brukes til dette formålet, men håndterer henvendelser fortløpende, er det vanskelig å vurdere om tannlegespesialistene bruker om lag 25 % av arbeidstiden til fagstøtte og etterutdanning. I dag er det kun et kompetansesenter som rapporterer tidsbruk i årsmeldingene sine. Vi mener at sentrene bør loggføre henvendelser og estimere arbeidsmengden knyttet til alle former for fagstøtte og etterutdanning, og synliggjøre statistikken i årsmeldingene. Ved å få et tydeligere bilde av ressursituasjonen vil sentrene også ha et bedre grunnlag for å vurdere om det er behov for å øke kapasiteten for å dekke eventuell udekket etterspørsel, og således også om det foreligger et behov for å øke finansieringen av tjenestene.

Fra kompetansesentrene etterspør vi også vurderinger av kvaliteten på tjenestene. Gjennom brukerundersøkelser kunne sentrene fått innsikt i mulige styrker og utviklingsområder som kan brukes til å forbedre tjenestene. I kartleggingen vår har det fremkommet at enkelte av sentrene har dialog med eierfylkeskommunen og den offentlige tannhelsetjenesten for å tilpasse kursvirksomheten til behovene til tannhelsepersonell. Det er positivt og vi skulle gjerne ha sett samme initiativ overfor privatpraktiserende tannleger.

I kartleggingen kommer det tydelig frem at aktører knyttet til den private tannhelsetjenesten er mest kritiske til fagstøtten og etterutdanningstilbudet på kompetansesentrene. Flere intervjuobjekter stiller spørsmål ved om det i det hele tatt er behov for disse tjenestene på sentrene. På bakgrunn av kartleggingen mener vi at det fremstår formålstjenlig at det eksisterer kompetansesentre som kan tilby rådgivning, veiledning, hospitering, kurs o.l. til hele tannhelsetjenesten. Samtidig mener vi at sentrene bør synliggjøres mer som "ressursbanker" og at de bør ta større plass som kompetansehevende institusjoner og være tydeligere "hub'er" for alle i tannhelsetjenesten. Dette kan innebære at en større del av hverdagen til tannlegespesialister må disponeres til disse tjenestene eller at sentrene må ansette flere tannlegespesialister. I tillegg bør sentrene vurdere om det er mulig å organisere tilbudet mer ressurseffektivt gjennom økt samarbeid og bruk av teknologi på tvers av sentrene. Vi stiller spørsmål ved om det er hensiktsmessig at alle sentrene skal bygge opp samme kompetanse innenfor alle fagområder. Sentrene kan potensielt få ansvar for ulike fagområder hvor de bygger opp særskilt kompetanse og gir fagstøtte innenfor sine fagområder til tannhelsetjenesten i hele landet. Dersom dette skal realiseres, må fylkeskommunene og kompetansesentrene bli omforente om en rolle- og ansvarsfordeling og hvordan fagstøtten på tvers av sentre og fylkeskommuner skal finansieres. I tillegg må rolle- og ansvarsfordelingen kommuniseres godt utad slik at tannhelsepersonell vet hvem de skal kontakte for rådgivning og veiledning. Sentrene må også ta stilling til hvilke tjenester de skal prioritere å tilby, herunder hvor mye tid skal settes av til rådgivning og hvor mye tid skal benyttes til kursvirksomhet. Vektleggingen av de ulike tjenestene kan potensielt også Helsedirektoratet påvirke gjennom regelverket til tilskuddsordningen til kompetansesentrene.

Samlet sett er vårt inntrykk at kompetansesentrene til en viss grad har bidratt til å heve den faglige kompetansen i tannhelsetjenesten, særlig gjennom rådgivning og veiledning. Vårt inntrykk er at bruken av tjenestene blant tannhelsepersonell i offentlig og privat tannhelsetjeneste er begrenset, og at sentrene ikke klarer å nå ut til hele tannhelsetjenesten. Vi mener imidlertid at det fremstår formålstjenlig at sentrene

tilbyr rådgivning, veiledning, hospitering, kurs m.m. Vi savner forøvrig bedre data som kan synliggjøre sentrenes ressursbruk og gi større innsikt i betydning av kompetanseheving i tannhelsetjenesten.

### 5.3 Forskning og kunnskapsutvikling

#### E6: Kompetansesentrene har bidratt til forskning og kunnskapsutvikling innenfor tannhelsefeltet som har kommet tjenesteytere til gode

Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi tar til orde for å styrke forskningsinnsatsen innenfor oral helse. En del av satsingen har vært å bygge opp forskningsvirksomheten til kompetansesentrene, som blant annet skal bidra til en kunnskapsbasert tannhelsetjeneste.<sup>40</sup> I *Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning 2023–2032* fremheves et stort behov for mer kunnskap i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten: “*Mengden forskning i og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten står ikke i forhold til kunnskaps- og samhandlingsbehovet i stadig mer komplekse kommunale tjenester.*”<sup>41</sup>

Den samlede forskningsaktiviteten ved kompetansesentrene har økt i løpet av de siste fem årene. Antall vitenskapelige publikasjoner er tredoblet mellom 2018 og 2022, og vi ser en stigende trend når det gjelder årlige forskningspoeng per kompetansesenter, jf. kapittel 4.3. Samtidig er det relativt stor variasjon i forskningsaktivitet mellom kompetansesentrene. I perioden 2018-2022 hadde TkVestland stabilt høyere publiseringsaktivitet og årlige forskningspoeng sammenlignet med de fire andre kompetansesentrene. TkMidt, TkØ og TkRogaland hadde imidlertid større vekst i antall publikasjoner, særlig i løpet av de siste tre årene. TkRogaland hadde lavest publiseringsaktivitet og forskningspoeng i perioden.

Forskningens relevans for tjenesten reflekteres imidlertid ikke gjennom statistikken. Det er en viktig målsetning at resultatene fra forskningen skal overføres tilbake til tannhelsetjenesten. Observasjonene våre indikerer at kompetansesentrene har oppmerksomhet mot tjenesteutvikling i bredt, og at det er høy grad av bevissthet rundt samfunnsoppdraget i arbeidet med forskning og kunnskapsutvikling. Alle kompetansesentrene uttrykker en profil som overordnet sett er rettet mot å bringe frem kunnskap som er til nytte for tannhelsetjenesten, men vi vurderer at det er behov for en tydeligere og mer målrettet faglig profil for hvert kompetansesenter. Vi savner også en mer strategisk og samordnet innsats på tvers av kompetansesentrene for å utnytte den samlede ressursinnsatsen og bidra til en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom sentrene og andre forskningsaktører på tannhelsefeltet.

Resultatene fra den gjennomførte spørreundersøkelsen viser delte meninger om hvorvidt kompetansesentrene har formidlet innsikt som har kommet tannhelsepersonell til gode. Trolig skyldes dette flere faktorer. For det første kan det være utfordrende å vurdere forskningens relevans for tjenesten, og selv når forskningen har høy relevans må den formidles til tjenesten og så tas i bruk. Veien fra produksjon av forskningsresultater til implementering i klinisk virksomhet kan være lang. I tillegg ser vi et forbedringspotensial med hensyn til kompetansesentrenes formidling av forskning til tjenesten. Flere ute i tjenesten opplever at kompetansesentrene kunne vært mer synlige. Videre vil kompetansesentrenes evne

<sup>40</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (2017 -2027)*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-kunnskapsloft-for-oral-helse/id2569994/>

<sup>41</sup> Meld. St. 5 (2022-2023, s.34-35). *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023-2032*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20222023/id2931400/>

til å gå i dialog med tannhelsetjenesten om forskningsbehov være et viktig suksesskriterie for å produsere kunnskap som har nytte for tjenesten.

Forskningsavdelingene ved kompetansesentrene er preget av utfordringer med å rekruttere forskere innenfor klinisk odontologi. Dette er en utfordring også for universitetene, og begrunnes blant annet med lave lønninger sammenlignet med privat sektor. Midtveiseevalueringen av dobbeltkompetanseløpet viser til et stort behov for dobbeltkompetente tannleger ved både universitetene og kompetansesentrene.<sup>42</sup> Kartleggingen i evalueringen avdekker en bekymring for at forskerressursene spres utover for mange aktører, slik at det blir vanskelig å skape fagmiljøer som er robuste nok til å opprettholde høy kvalitet på forskningen. Videre kan mangel på klinisk bakgrunn gjøre det vanskeligere å identifisere relevante kliniske problemstillinger. Våre observasjoner indikerer at forskningsavdelingene på kompetansesentrene representerer en betydelig faglig bredde, noe som kan kreve mer proaktivt og strukturert samarbeid mellom klinikerne og forskerne internt på kompetansesentrene. Vårt inntrykk er at det ligger et uforløst potensial i samarbeidet mellom klinikk og forskningsavdeling ved flere av kompetansesentrene.

Et tiltak for å følge opp departementets forsknings- og innovasjonsstrategi var etablering av en nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse, som har fått i oppdrag å sammenstille informasjon om forskningsaktiviteten innenfor oral helse på tvers av forskningsaktørene, herunder universitetene, instituttene og kompetansesentrene. Vår vurdering er at det er behov for å videreutvikle sammenstillingen av data og sørge for en mer jevnlig rapportering på forskningsaktiviteten innenfor oral helse, gjerne tematisk. For å kunne vurdere utviklingen i forskningsinnsatsen på tvers av aktørene innenfor oral helse, bør det blant annet utarbeides konkrete måltall. Det bør også vurderes å inkludere indikatorer på ressurseffektivitet, som for eksempel publikasjoner per forskerårsverk.

Videre vurderer vi at det bør gjennomføres en ny kartlegging og analyse av odontologisk forskning for å følge opp kartleggingen som ble gjennomført av NIFU i 2014. I tillegg pågår det et arbeid i regi av Norges forskningsråd med ny fagevaluering av medisin og helsefag (inkl. odontologi), som skal slutføres i 2024. Disse vil begge kunne gi bedre innsikt i innretningen på forskningsaktiviteten og graden av konsentrasjon/fragmentering i det odontologiske fagmiljøet.

Samlet sett er vårt inntrykk at det er et generelt behov for økt forskningsaktivitet rettet mot behovene i tannhelsetjenesten. Det er fortsatt store kunnskapshull i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.<sup>43</sup> Forskningsaktiviteten til kompetansesentrene har økt i løpet av de siste fem årene, og kompetansesentrene har oppmerksomhet mot tjenesteutvikling i bredt. Samtidig har kompetansesentrene utviklet seg ulikt, og det har vært betydelig variasjon i forskningsaktivitet mellom sentrene. Rekruttering av forskere innenfor klinisk odontologi er en utfordring, og kartleggingen vår avdekker en bekymring blant flere i tannhelsemiljøet for at forskningsressursene spres utover for mange aktører. Vår vurdering er at forskningsmandatet til kompetansesentrene kunne vært tydeligere og mer målrettet, for å legge til rette for utviklingen av mer spissede fagprofiler og en tydeligere arbeidsdeling mellom kompetansesentrene og andre forskningsaktører, særlig universitetene.

---

<sup>42</sup> Helsedirektoratet. (2022). *Integrert dobbeltkompetanseutdanning i odontologi - midtveiseevaluering*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/integrert-dobbeltkompetanseutdanning-i-odontologi--midtveisevaluering>

<sup>43</sup> Meld. St. 5 (2022-2023, s.34-35). *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023-2032*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20222023/id2931400/>

## E7: Kompetansesentrene har bidratt til å styrke praksisnær forskning på tannhelsefeltet

Helsemyndighetene har klare forventninger til kompetansesentrenes rolle innenfor praksisnær forskning. I St.meld. nr. 35 ble *“forskning og fagutvikling ute i tjenestene”* fremhevet som en viktig oppgave for kompetansesentrene da det ble foreslått å etablere regionale odontologiske kompetansesentre i alle helseregioner.<sup>44</sup> Videre kommer kompetansesentrenes rolle tydelig frem i Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi (2017-2027): *“Kompetansesentrene har en viktig rolle i praksisnær forskning, med et særskilt ansvar for forskning rettet mot innbyggere med rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester og personer med omfattende tannhelseproblemer.”*<sup>45</sup>

Det er bred enighet om behovet for mer forskning som er til nytte for tannhelsetjenesten blant alle aktørene som ble intervjuet i denne evalueringen. Det oppleves fortsatt et stort behov for forskning rettet mot sårbare grupper i befolkningen. Det fremgår imidlertid ikke av strategien hvordan økt aktivitet innenfor praksisnær forskning vil kunne observeres eller måles. I tillegg bør det “praksisnære” defineres tydeligere. I en nylig publisert veiviser for forskning i helse- og omsorgstjenestene, er praksisnær forskning beskrevet slik: *“Studier som gjennomføres nær ‘hverdagen’ og i den konteksten der den nye kunnskapen senere skal anvendes. Gjennomføringen av forskningen skjer ofte i nært samarbeid med aktørene i det aktuelle feltet. I slik forskning arbeider gjerne forskeren mye ute i feltet sammen med dem forskningen gjelder - ikke bare for å beskrive hva de gjør, men også for å stille nye spørsmål og reflektere sammen med dem.”*<sup>46</sup>

Data om omfanget av praksisnær forskning ved kompetansesentrene omfattes ikke av rapporteringen på måloppnåelse som kreves av Helsedirektoratet i forbindelse med tildeling av tilskuddsmidler. Det fremkommer heller ikke hvor mange forskningsprosjekter som er initiert i tjenesten med bistand fra kompetansesentrene i en støtte-/veilederfunksjon. Dermed er det vanskelig å vurdere innsatsen og resultatene fra forskningsaktiviteten til kompetansesentrene innenfor praksisnær forskning.

Vi ser også et forbedringspotensial når det gjelder kompetansesentrenes synliggjøring av egen innsats innenfor praksisnær forskning. Selv om ikke all forskning enkelt lar seg kategorisere, mener vi det er nyttig innenfor anvendt og praksisnær forskning å forsøke å måle innsats og resultater innenfor noen overordnede tematiske kategorier. Det er særlig relevant å skaffe oversikt over forskningsresultater som tas i bruk av tjenesten. En mer systematisk rapportering i det videre kan dermed gi bedre innsikt i utviklingen av den praksisnære forskningen.

Når det gjelder tjenestenes deltakelse i praksisnær forskning, gir resultatene fra spørreundersøkelsen som ble gjennomført i denne evalueringen en indikasjon på omfanget av deltakelsen. Av 596 respondenter fra offentlig og privat tannhelsetjeneste som svarte på spørreundersøkelsen, oppga 87 respondenter at de har deltatt i praksisnær forskning i regi av eller i samarbeid med et kompetansesenter

<sup>44</sup> St.meld. nr. 35 (2006-2007, s.121), jf. Innst. S. nr. 155 (2007-2008). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.* Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2007-2008/inns-200708-155/?lvt=0>

<sup>45</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, s.11). *Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (2017 -2027).* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-kunnskapsloft-for-oral-helse/id2569994/>

<sup>46</sup> Disch, P.G. og Fredwall, T. E. (red.). (2023). *Veiviser for forskning i helse- og omsorgstjenestene i kommunen.* Senter for omsorgsforskning. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/3050256>

(tilsvarende 15 %). Av disse oppga 75 % at de ikke vet om samarbeidet bidro til ny innsikt som er relevant for tannhelsetjenesten. Dette funnet kan være en erkjennelse om at veien frem til forskningen tas i bruk er ofte veldig lang. Det kan også tyde på et forbedringspotensial når det gjelder formidling av forskningsresultater til tjenesten.

I tillegg forutsetter tjenestenes medvirkning i forskning tilstrekkelig interesse og kapasitet hos tannklinikene. Per i dag er ikke forskning en del av tannhelsetjenesteloven på samme måte som i spesialisthelsetjenesteloven eller helse- og omsorgstjenesteloven. Det vil si at fylkeskommunen ikke har et lovpålagt ansvar til å tilrettelegge for eller medvirke til forskning i tjenesten, slik kommunene og de regionale helseforetakene har med hensyn til helsetjenestene de har ansvar for. Den offentlige tannhelsetjenestens prioritering av forskning avhenger dermed i stor grad av interesse og vilje hos ledelsen i fylkeskommunen. Vår vurdering er at kompetansesentrene har en viktig rolle i å formidle behovet for forskning i tjenesten overfor den fylkeskommunale ledelsen, og bidra til løsninger som kan legge til rette for økt tjenestemedvirkning i forskning.

Samlet sett er vår vurdering at kompetansesentrenes rolle som pådriver for praksisnær forskning fremstår som særlig viktig. Kartleggingen vår avdekker imidlertid en mangel på systematisk innhenting av data om omfanget av og innretningen på den praksisnære forskningen som utføres. Vi mener at det er behov for å samle inn data og utarbeide noen kvalitetsindikatorer som kan vise utvikling i forskningsinnsatsen innenfor praksisnær forskning, inkludert synliggjøring av forskningsresultater som er tatt i bruk av tjenesten.

## **E8: Kompetansesentrene har samarbeidet med relevante forskningsmiljøer i kunnskapsutviklingen**

Forskningsaktiviteten ved kompetansesentrene er i stor grad preget av samarbeid mellom flere ulike fagmiljøer. Videre er vårt inntrykk fra kartleggingen at det er gode samarbeidsrelasjoner mellom forskere innenfor oral helse. Samtlige aktørgrupper som har deltatt i denne evalueringen er opptatt av å styrke forskningen innenfor norsk odontologi, og ønsker å ta del i et miljø som bygger på et sterkt og godt samarbeid for å utvikle kunnskap som er til nytte for tjenesten og befolkningen for øvrig.

Vi vurderer imidlertid at det ligger et forbedringspotensial i rollen til den nasjonale nettverksgruppen for forskning og innovasjon innen oral helse, for å videreutvikle samarbeidet og bidra til mer samordning på tvers av aktørgruppene. I St.meld. nr. 35 (2006-2007) fremheves betydningen av tilstrekkelig store fagmiljøer og samarbeid mellom forskningsinstitusjoner i arbeidet med forskning og fagutvikling i tjenesten. Særlig for et lite fagfelt som odontologi er det viktig å legge til rette for godt samarbeid mellom aktørene. Flertallet av aktørene i universitets- og høyskolesektoren uttrykker bekymring over det som oppleves som en konkurranse om ressurser mellom universitetene og kompetansesentrene, som i enkelte tilfeller kan ha bidratt til konflikt og dårlig samarbeidsklima innad i fagmiljøet. Samtidig kan det virke som at enkelte opplevelser av motvilje mot kompetansesentrene tidlig i etableringsfasen er blitt bedre over tid.

Samlet sett er vår vurdering at kompetansesentrene har gjort en betydelig innsats for å utvikle et flerfaglig samarbeid med relevante forskningsmiljøer. Vi mener at det er et uforløst potensial i den nasjonale



nettverksgruppen for forskning og innovasjon, som bør benyttes som en sterkere pådriver for samarbeid og samordning av forskningsaktørene innenfor oral helse.

## 5.4 Deltakelse i spesialistutdanningen

### E9: Kompetansesentrene samarbeider med universitetene om klinisk praksistrening i spesialistutdanningen av tannleger

Spesialistutdanningen tilbys i dag ved Universitetet i Oslo (UiO), Universitetet i Bergen (UiB) og Universitetet i Tromsø (UiT), og finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom tilskudd for *Spesialistutdanning av tannleger*. Veiledet klinisk praksis i samarbeid med de regionale odontologiske kompetansesentrene er en del av målbeskrivelsen for tilskuddsordningen.

En betydelig andel av innholdet i spesialistutdanningen er basert på klinisk praksis, med noe variasjon på tvers av de ulike fagdisiplinene. Deler av undervisningen kan finne sted utenfor universitetet dersom det godkjennes av universitetet som er ansvarlig for utdanningen. For at en spesialistkandidat skal kunne ta deler av sin kliniske praksistrening på et kompetansesenter forutsettes derfor et samarbeid mellom kompetansesenteret og universitetet hvor kandidaten er tatt opp til spesialistutdanningen.

Med unntak av TkNN er det svært få kandidater som har fullført klinisk praksis på kompetansesentrene som en del av spesialistutdanningen. TkNN er et unikt tilfelle sammenlignet med de andre kompetansesentrene ettersom de aller fleste spesialistkandidater ved UiT fullfører klinisk praksistrening på TkNN. Til forskjell fra UiO og UiB driver ikke UiT egen tannklinikk. Ettersom det ikke er klinisk aktivitet på UiT, får kandidatene praksistrening på TkNN som en integrert del av utdanningsvirksomheten til universitetet. Spesialister ved TkNN bidrar også i grunnutdanningen ved UiT.

TkVestland skiller seg også ut i forhold til de andre kompetansesentrene på grunn av en samarbeidsavtale mellom Vestland fylkeskommune og UiB som omhandler henvisning av pasienter mellom partene, faste undervisningsbehov fra UiB til både grunnutdanning og spesialistutdanning, samt generelle vilkår for klinisk praksis for spesialistkandidater. Samtidig har det vært svært få spesialistkandidater ved UiB som har fullført klinisk praksistrening ved kompetansesenteret som en del av utdanningen. Det utarbeides imidlertid en samarbeidsavtale mellom TkVestland og UiB om spesialistkandidater i pedodonti som fremover skal ha klinisk praksis på TKVestland.

Flere kompetansesentre har opplevd at det er vanskelig å få inngått avtaler om spesialistkandidater med universitetene, og at det er lite samarbeidsvilje fra universitetene til å få godkjent klinisk praksistrening ved kompetansesentrene som en del av utdanningen. Universitetene, på sin side, er bekymret for at kompetansen innenfor academia utarmes dersom universitetene skal drive mindre med klinisk praksis, og hvordan dette vil påvirke kvaliteten på de odontologiske utdanningene. Videre fremheves betydningen av spesialistutdanningen for grunnutdanningen, blant annet fordi det oppleves som positivt for læringsmiljøet og samhandlingen på tvers av utdanningsnivåer og disipliner at studentene er samlet. I tillegg har universitetene et behov for pasientinntekter, og vil ikke gi fra seg for mange spesialistkandidater som bistår på universitetsklinikkene.

Videre er det grunn til å stille spørsmål ved om spesialistmiljøet ved kompetansesentrene har hatt tilstrekkelig kapasitet til å veilede kandidatene som ønsker å fullføre klinisk praksistrening ved sentrene.

Kompetansesentrene har bygget opp spesialistvirksomheten sin over tid, men har ikke alltid hatt nok spesialister innenfor alle fagdisipliner. Flere kompetansesentre har fortsatt utfordringer med rekruttering av spesialister. Det kan også være sårbart med kun én spesialist innenfor et fagområde, ettersom god praksisveiledning fordrer tilstrekkelig pedagogisk kompetanse og drar ofte nytte av forankring i et større fagmiljø.

Det fremgikk av tilskudsregelverket over flere år at kompetansesentrene skulle "tilby klinisk praksistrening i samarbeid med de odontologiske lærestedene." I 2021 ble innretningen av denne oppgaven endret til at sentrene skulle "delta i den kliniske delen av spesialistutdanning av tannleger". Vårt inntrykk er at dette henger sammen med utviklingen av en ny samarbeidsmodell mellom universitetene og kompetansesentrene.<sup>47</sup> Samarbeidsmodellen er en oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006–2007), som opprinnelig la opp til at kompetansesentrene skulle drive desentralisert spesialistutdanning.

Flere av aktørene som er intervjuet i forbindelse med denne evalueringen har uttrykt skepsis til en fremtidig organisering av spesialistutdanningen hvor mer av ansvaret for klinisk praksis legges til kompetansesentrene. Blant annet skyldes dette en oppfatning om at helsemyndighetene ønsker å legge opp spesialistutdanningen av tannleger på en tilnærmet lik måte som for spesialistutdanningen av leger (LIS-modellen), hvor klinisk praksis hovedsakelig foregår i regi av de regionale helseforetakene mens den teoretiske utdanningen foregår på universitetene. Et argument mot denne tilnærmingen er at det odontologiske miljøet er betydelig mindre enn det medisinske. Spesialister utgjør ca. 12% av tannlegemiljøet i Norge. Til sammenligning estimeres det at ca. 55 % av alle yrkesaktive leger i Norge har minst én gyldig spesialistgodkjenning.<sup>48</sup> Antall leger i spesialisthelsetjenesten er over 17 000, i forhold til 576 tannlegespesialister i offentlig og privat tannhelsetjeneste.<sup>49</sup> Ser vi nærmere på det største studentmiljøet på UiO, var det registrert totalt 2195 medisinstudenter på våren 2023, sammenlignet med 360 studenter innenfor tannlegeutdanningene. Omfanget av aktørlandskapet rundt studentene er derfor nokså ulikt for de to fagmiljøene.

Etter vår oppfatning later det til at den foreslåtte samarbeidsmodellen legger opp til en sterkere styring av spesialistutdanningen fra helsemyndighetene. Myndighetene har særlig oppmerksomhet mot fylkeskommunenes behov for å ivareta det lovpålagte ansvaret for rimelig tilgang til spesialisttannhelsetjenester for befolkningen, og det er naturlig at myndighetene ønsker sterkere styring dersom det for eksempel oppfattes at utdanningskapasiteten ikke er dimensjonert riktig i forhold til behovet. Videre kan det være gode faglige grunner som taler for en organisering av spesialistutdanningen som bidrar til å styrke praksisdelen av utdanningen, for eksempel ved å plassere hele, eller deler av, utdanningsvirksomheten nærmere tjenesteutøverne. Dette kan legge bedre til rette for å tilpasse innholdet i utdanningen til endringer i tjenestenes kompetansebehov. Samtidig må det veies opp mot størrelsen på de aktuelle fagmiljøene. Et tilstrekkelig robust fagmiljø har betydning for kvaliteten på utdanningen.<sup>50</sup> Dersom en ny samarbeidsmodell går utover kvaliteten på utdanningen kan det få en

<sup>47</sup> Ifølge *Regler for spesialistutdanning av tannleger* fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (05.02.2014, justert 13.01.2016) legges det til grunn at spesialistutdanningen etter hvert blir organisert som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og kompetansesentrene. Samarbeidsmodellen er ikke vedtatt ennå.

<sup>48</sup> Ifølge legeforeningen.

<sup>49</sup> Antall leger i spesialisthelsetjenesten inkluderer ikke spesialister ansatt i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Målt i avtalte årsverk i 2022. Kilder: Helsedirektoratet og SSB.

<sup>50</sup> NOU. (2008: 3). *Sett under ett: Ny struktur i høyere utdanning*. Kunnskapsdepartementet; Meld. St. 18. (2014-2015). *Konsentrasjon for kvalitet. Strukturreform i universitets- og høyskolesektoren*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-2014-2015/id2402377/>

negativ effekt på rekruttering til spesialistutdanningen, og på lengre sikt kan det gå utover kvaliteten på tjenesteutøvelsen.

Samlet sett er vår vurdering at samarbeidet mellom universitetene og kompetansesentrene om spesialistutdanningen påvirkes av flere forhold, og er særlig preget av prinsipielle uenigheter rundt kompetansesentrenes rolle i spesialistutdanningen. Dette har påvirket kompetansesentrene i varierende grad, men for flere sentre har det vært utfordrende å få til samarbeid med universitetene om spesialistutdanningen. Videre indikerer observasjonene våre at uenighetene i hovedsak handler om systemiske og organisatoriske forhold, og ikke om relasjoner mellom individuelle aktører eller grupper. I tillegg har kompetansesentrene vært i en oppbyggingsfase og ikke alltid hatt tilstrekkelig veilederkapasitet innenfor alle fagdisipliner for å kunne ivareta denne oppgaven godt nok. Det har ført til at det har vært svært få kandidater som har gjennomført desentralisert klinisk praksis ved kompetansesentrene som en del av spesialistutdanningen.

### **E10: Kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen har bidratt til større spredning av tannlegespesialister i landet**

I utredningene som lå til grunn for St.meld. nr. 35 (2006-2007) var videreutdanning av tannleger tiltenkt som en *hovedfunksjon* for kompetansesentrene, for å bidra til en større spredning av spesialister særlig utenfor universitetsbyene Oslo og Bergen. I NOU 2005: 11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet* ble det skrevet at: *“For å få spredd spesialistene geografisk, slik at både befolkningen og allmenntannlegene kan få full nytte av dem, må spesialister knyttes til odontologiske kompetansesentra både under og etter endt utdanning.”*<sup>51</sup> Intensjonen med en desentralisert spesialistutdanning er at kandidatene under utdanning får mulighet til å etablere seg utenfor byene hvor universitetene ligger, og slik sett bidra til en spredning av tannlegespesialister i flere deler av landet.

Det har lenge vært større geografisk variasjon i fordelingen av tannlegespesialister enn allmenntannleger i Norge. På landsbasis er deknningen av tannlegespesialister relativt god, men spesialistene er enda mer konsentrert i sentrale strøk enn allmenntannlegene, og derfor er det en større geografisk skjevfordeling av tannlegespesialister. Mangelen på tannlegespesialister utenfor Oslo og Bergen var særlig prekær da Statens helsetilsyn fikk oppdraget om å utrede regionale odontologiske kompetansesentrene, og desentralisert utdanning ble derfor ansett som et viktig virkemiddel for å få til en bedre fordeling av tannlegespesialister i landet da kompetansesentrene ble etablert.

Som omtalt under evalueringskriteriet over (E9) har det vært få kandidater i klinisk praksis ved kompetansesentrene som en del av spesialistutdanningen, med unntak av TkNN. “Tromsø-modellen” trekkes frem som en suksesshistorie for kompetansesentrene på bakgrunn av at klinisk praksistrening for spesialistkandidatene har vært en integrert del av kompetansesenterets virke siden TkNN først ble opprettet. Det er mye som tyder på at spesialistutdanningen i Tromsø har vært viktig for å spre spesialistkompetanse i regionen, og det er flere indikasjoner på at kandidatene har blitt boende i regionen etter endt utdanning. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser også at TkNN skiller seg ut med høyest andel respondenter som oppgir at kompetansesentrene i stor eller svært stor grad har bidratt til større spredning av tannlegespesialister. Vår oppfatning er at denne modellen ikke strengt tatt representerer en

<sup>51</sup> NOU. (2005:11, s.38). *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-11/id153816/>

desentralisert utdanningsmodell, ettersom de aller fleste kandidater som tar klinisk praksis på kompetansesenteret er tilknyttet spesialistutdanningen ved UiT og ikke de andre universitetene. Modellen fremstår derimot som en god integrering av deler av utdanningsvirksomheten mellom kompetansesenteret/tannhelsetjenesten og universitetet, men medfører også noen transaksjonskostnader på grunn av økt behov for koordinering mellom enhetene.

Kartleggingen vår avdekker at det er bred enighet blant aktørene om kompetansesentrene rolle i å sikre god tilgang til spesialister for befolkningen rundt omkring i landet. Men om spesialistutdanningen er riktig virkemiddel for å få til dette, er det delte meninger om. Forskning viser at desentralisert utdanning kan være et viktig virkemiddel for å spre kompetanse utenfor sentrale/urbane strøk.<sup>52</sup> Samtidig kan desentralisering bidra til fragmentering av et fagmiljø og dermed påvirke den faglige kvaliteten på utdanningen. I tillegg er det utfordrende å rekruttere høykompetente fagfolk til stillinger i mindre sentrale strøk og små fagmiljøer. Innenfor et lite fagmiljø kan desentralisert utdanning som plasseres i rurale strøk være krevende å gjennomføre på grunn av utfordringer med bemanning.

Vår oppfatning er at kompetansesentrene deltakelse i spesialistutdanningen bidrar til en desentralisert utdanningsmodell dersom kandidatene som fullfører klinisk praksis ved kompetansesenteret, er tilknyttet et universitet i en annen geografisk lokasjon. Dersom målet er å bidra til en spredning av tannlegespesialister til områder der det er behov for flere spesialister, bør den desentraliserte delen av utdanningen foregå i geografisk nærhet til disse områdene. Med dette som formål er det grunn til å stille spørsmål ved om det er behov for at kompetansesentrene som er lokalisert i Oslo og Bergen, skal delta i spesialistutdanningen. Det kan imidlertid være andre formål og hensyn, for eksempel mangel på kompetanse innenfor noen fagdisipliner, som gjør at det er hensiktsmessig for kompetansesentrene å delta i spesialistutdanningen.

Helsemyndighetene har utviklet flere virkemidler for å møte både rekrutteringsproblematikken i den offentlige tannhelsetjenesten og bidra til økt tilgang på tannlegespesialister i regioner med liten tilgang. Ifølge statistikk som innhentes av SSB har antall spesialister økt i flere regioner i løpet av de siste syv årene, med unntak av Innlandet.<sup>53</sup> Antall ledige stillinger blant tannlegespesialister i offentlig sektor har også gått ned over tid, men behovet varierer på tvers av de ulike spesialitetene. Tilskuddsordningen for lønn til kandidater under spesialisering er en ordning som ble opprettet for å insentivere kandidater til å velge studieretninger som samfunnet har behov for. Et større antall spesialistkandidater har inngått arbeidsavtaler med et kompetansesenter eller fylkeskommune om ansettelse etter endt utdanning, mot lønn under utdanningen. Vår kartlegging viser at kompetansesentrene benytter seg i stor grad av disse ordningene for å rekruttere kandidater både under og etter endt utdanning. Dersom kandidatene ikke ville bosatt seg i regionene uten slike ordninger, kan de ha bidratt til en bedre geografisk fordeling av spesialister. Vi har imidlertid ikke statistikk på i hvilken grad kandidatene har fullført bindingstiden i avtalen eller om de faktisk får/blir i spesialiststillinger etter endt utdanning. Videre vektlegges distriktstilknytning også i dagens opptakssystem for spesialistutdanningen, men det er uklart hvilken effekt slike hensyn har hatt på den geografiske spredningen av tannlegespesialister, ettersom universitetene ikke har data på hvor kandidatene ender opp etter endt utdanning.

---

<sup>52</sup> NOU. (2023:4). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helsepersonellkommissjonen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

<sup>53</sup> jf. SSB statistikkbanken tabell 11985: Utvalgte nøkkeltall for tannhelsetjenesten.

Samlet sett vurderer vi at kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen ikke har ført til en større geografisk spredning av tannlegespesialister. Svært få kandidater har fullført desentralisert klinisk praksis på kompetansesentrene som en del av spesialistutdanningen, som var en viktig intensjon med etablering av sentrene for å bidra til en bedre geografisk fordeling av spesialister. Vårt inntrykk er at det er flere virkemidler som helsemyndighetene har utviklet som kan ha hatt positiv effekt på den geografiske fordelingen av tannlegespesialister, men statistikkgrunlaget som foreligger forteller oss lite om hvordan disse virkemidlene fungerer.

## 5.5 Økonomiske og administrative forhold

### E11: Finansieringen av kompetansesentrene er optimalt innrettet

Virksomheten på kompetansesentrene er finansiert gjennom flere kilder. De primære finansieringskildene er statlige tilskudd, egengenererte inntekter fra behandling av pasienter og eierbidrag fra fylkeskommunene. I tillegg har sentrene enkelte andre kilder som eksterne forskningsmidler. Med flere finansieringskilder er det hensiktsmessig å vurdere om finansieringen av kompetansesentrene er optimalt innrettet. I tillegg gjør vi en overordnet vurdering om omfanget på bevilgningene er rimelig sett opp mot oppgaveporteføljen til sentrene.

#### *Vurdering av de statlige tilskuddsordningene*

Kompetansesentrene har mulighet til å søke om midler gjennom seks forskjellige tilskuddsordninger, jf. tabell 4.9. Midlene finansierer i hovedsak sentrenes fagstøtte og etterutdanning, forskning og kunnskapsutvikling og spesialistutdanning av tannleger, samt investeringer og husleie og kompetansesentrenes sentrale ledelse og administrasjon. I utgangspunktet er det positivt at sentrene kan søke om midler fra flere tilskuddsordninger. Det styrker finansieringen av virksomheten på sentrene og det gir sentrene en viss grad av fleksibilitet til å velge hvilke oppgaver de ønsker å fokusere på. På den andre siden innebærer alle tilskuddsordningene at kompetansesentrene og/eller den offentlige tannhelsetjenesten må bruke en del ressurser på administrasjon. Alle tilskuddsordningene krever egne søknader og det må utarbeides årsrapporter og statusrapporter. Observasjonene i kartleggingen viser at flere av intervjuobjektene på kompetansesentrene og i den offentlige tannhelsetjenesten opplever tilskuddsordningene som et ganske rigid system og at rapporteringskravene er detaljerte, tungvinte og tidkrevende. Samtidig oppgir flere at de har laget rutiner og systemer for å håndtere rapporteringen, som reduserer ressursbelastningen når strukturene er etablert. Vi stiller oss spørsmålet om det er hensiktsmessig at kompetansesentrene må forholde seg til så mange tilskuddsordninger, og om det er mulig å redusere antall ordninger eller samkjøre søknader og/eller rapporteringer. Det gjelder særskilt tilskuddsordningene hvor det kun er kompetansesentrene og fylkeskommunene som kan søke om midler. Frigjort tid og administrasjonskostnader på kompetansesentrene kan potensielt bli brukt til brukerrettede aktiviteter og oppgaver. Et slikt tiltak vil være i tråd med anbefalingene til ekspertgruppen som gjennomgikk øremerkede tilskudd til kommunesektoren i 2017.<sup>54</sup>

<sup>54</sup> Ekspertgruppe. (2017). *Områdegjennomgang av øremerkede tilskudd til kommunesektoren. Økt treffsikkerhet – bedre effekt – mindre byråkrati*. Rapport fra ekspertgruppe, levert til Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Finansdepartementet 19. desember 2017. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omradegjennomgang-av-oremerkede-tilskudd-til-kommunesektoren/id2582460/>

En relevant problemstilling knyttet til den statlige finansieringen av kompetansesentrene, er hvorvidt den skal fortsette som tilskuddsordninger eller om den bør endre form. Observasjonene i kartleggingen viser at det er delte meninger blant intervjuobjektene. Den største innvendingen mot tilskuddsordningene er at finansieringen er uforutsigbar over tid. Når sentrene ikke kjenner til neste års bevilgning, er det utfordrende å planlegge i et flerårig perspektiv og bygge opp kapasitet og inngå fremtidige økonomiske forpliktelser. Dersom midlene heller hadde inngått i rammefinansieringen av fylkeskommunene, ville finansieringen av sentrene blitt mer forutsigbar over tid. Samtidig ville ikke kompetansesentrene fått "øremerkede" tilskudd som gjennom tilskuddsordningene. Rammefinansiering innebærer at kommunenes inntekter fra staten i stor grad er frie midler som kommunene selv kan disponere. Det medfører at sentrene på lik linje med andre offentlige institusjoner og oppgaver, ville inngått i en større økonomisk vurdering i fylkeskommunene om hvordan midlene skal fordeles. Det kan medføre økonomisk usikkerhet for kompetansesentrene.

En mulig løsning for å sikre større økonomisk forutsigbarhet ved rammefinansiering, er at fylkeskommunene får lovpålagte oppgaver knyttet til oppgavene i tilskuddsordningen, dvs. fagstøtte og etterutdanning, forskning og kunnskapsutvikling og/eller spesialistutdanning. En slik overføring av ansvar kan også styrke fylkeskommunenes interesser. Vi vil framheve at økonomisk forutsigbarhet er viktig når man skal bygge opp et omfattende tjenestetilbud med mange ansatte. Det er åpenbart en økonomisk risiko for fylkeskommunene å binde opp framtidige kostnader når finansieringen er usikre. Basert på observasjonene virkdet som at den finansielle uforutsigbarheten som følger med tilskuddsordningene, kan ha påvirket kompetansesentrenes investeringer negativt og således bidratt til å hemme utviklingen av sentrene. Samtidig vil vi trekke frem at rammefinansiering og lovpålegg ikke bare bør være motivert ut i fra økt økonomisk forutsigbarhet for sentrene. I stedet bør det være et resultat av vurderinger av hvilket forvaltningsnivå som er best egnet til å utføre oppgavene og realisere målsetningene bak opprettelsen av sentrene, og hvilken finansieringsform som best understøtter et velfungerende tjenestetilbud av høy kvalitet. Vi anbefaler at staten går i dialog med fylkeskommunene for å diskutere om det er formålstjenlig å vurdere endringer i den statlige finansieringen av kompetansesentrene og eventuelle lovendringer.

#### *Nærmere om den fylkeskommunale finansieringen og pasientinntekter*

Ettersom fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten, herunder spesialistbehandling, er det naturlig at fylkeskommunene finansierer spesialistbehandlingen av pasienter med rettigheter på kompetansesentrene. Hvordan fylkeskommunene finansierer behandlingen av disse pasientgruppene varierer mellom kompetansesentrene. Enkelte av kompetansesentrene får direkte overføringer fra eierfylkene (TkØ, TkMidt), enkelte av sentrene er integrert i den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og mottar således ingen overføring, men er en del av budsjettet til tannhelsetjenesten (TkRogaland, TkNN) og enkelte av sentrene fakturerer den offentlige tannhelsetjenesten sentralt eller henvisende klinikk for den enkelte behandling (TkØ, TkMidt, TkNN, TkVestland), jf. tabell 4.11.

I kartleggingen vår har vi identifisert fordeler og ulemper ved de ulike fylkeskommunale tilknytningsformene. Etter vårt syn fremstår ingen av innretningene særskilt bedre enn de øvrige sett i et finansieringsperspektiv. Fylkeskommunene har et økonomisk ansvar uavhengig om kompetansesentrene er integrert i fylkeskommunen eller de er organisert som egne foretak/selskap. Vi mener at fylkeskommunene står best til å vurdere finansieringsform som passer i regionen, gitt øvrig struktur og

organisering av den offentlige tannhelsetjenesten og fylkeskommunens øvrige oppgaver. Tilknyningsformene er videre omtale i E15.

Når det gjelder pasientinntekter og behandling av den voksne befolkningen på kompetansesentrene, observerer vi en del kritikk fra flere aktører i tannhelsetjenesten. Kritikken handler i stor grad om at kompetansesentrene fremstår som ordinære tannklinikker som behandler voksne pasienter og tar betalt for behandlingen. I henhold til tannhelsetjenesteloven § 1-1 skal "*fylkeskommunene sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket*" og i § 1-3 stadfestet det at "*i tillegg til de prioriterte oppgavene kan Den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksne pasienter mot betaling etter fylkeskommunens bestemmelser*". Det innebærer at kompetansesentrene tjenestetilbud til voksne pasienter er i tråd med lovverket. Etter vår forståelse handler ikke kritikken primært om finansiering eller innretning av finansieringsformer. Den handler derimot om hvilke pasientgrupper sentrene bør behandle og hvordan sentrene bør prioritere mellom ulike pasientgrupper, særskilt mellom personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og den voksne befolkningen. Hvorvidt den offentlige tannhelsetjenesten skal ha mulighet til å yte tjenester til betalende, voksne pasienter, dvs. om lovverket bør endres, ligger utenfor mandatet til denne evalueringen. Vi synes imidlertid at dette er en sentral diskusjon som omhandler innretningen av hele tannhelsetjenesten i Norge, og som tannhelseutvalget bør vurdere nærmere.

### Omfang

For å vurdere om omfanget på bevilgningene er rimelig sett opp mot oppgaveporteføljen og aktivitetene på kompetansesentrene, er det hensiktsmessig å se nærmere på de ulike oppgavene til sentrene.

Når det gjelder *spesialistbehandling*, har det ikke vært mulig å gi et entydig svar på om dimensjoneringen av tilbudet i fylkeskommunene med kompetansesentrene på sentrene er tilstrekkelig sett opp mot behovet for tjenestene i befolkningen, jf. E2. Kompetansesentrene har generelt hatt kapasitetsutfordringer i klinikkvirksomheten pga. vanskeligheter med rekruttering og høy turnover. Det er derfor vanskelig å gjøre en vurdering av hvorvidt det er tilstrekkelig med midler til spesialistbehandling på kompetansesentrene. Vi er imidlertid bekymret for den fremtidige økonomien i fylkeskommunene og hvorvidt tannhelse vil bli prioritert. KS' budsjettundersøkelse blant kommuner og fylkeskommuner viser at økonomien i 9 av 11 fylkeskommuner har blitt strammere de senere år og at budsjettarbeidet blir stadig mer krevende.<sup>55</sup>

Når det gjelder *fagstøtte og etterutdanning*, har vi stilt spørsmål til hvor utstrakt bruken av tjenestene er blant tannhelsepersonell i offentlig og privat tannhelsetjeneste og hvorvidt sentrene klarer å nå ut til hele tannhelsetjenesten, jf. E4 og E5. Dersom sentrene klarer å bli et kompetansesenter for *hele* tannhelsetjenesten, kan det føre til økt etterspørsel etter tjenestene og dermed økt behov for midler. Vi anbefaler at sentrene synliggjør ressursbruken på disse tjenestene i dag og gjør nærmere vurderinger av behovet for fagstøtte i hele tannhelsetjenesten, og således vurdere om det er behov for å øke kapasiteten.

Når det gjelder *forskning og kunnskapsutvikling*, ble det innført en resultatbasert komponent av forskningstilskuddet fra budsjettåret 2022. Det innebærer en omfordeling av 2 % av grunnbevilgningen til de syv virksomhetene som mottar midler over samme budsjettpost. Omfordelingen er basert på en

<sup>55</sup> KS. (2022, 15. desember). *Krevende budsjettarbeid i kommuner og fylkeskommuner*. KS.no. <https://www.ks.no/fagomrader/okonomi/kno/krevende-budsjettarbeid-i-kommuner-og-fylkeskommuner/>.

beregning av forskningspoeng som utføres av Nordisk institutt for forskning og utdanning (NIFU). Intensjonen med å konkurranseutsette en andel av midlene er å stimulere til forskning av høy kvalitet. Dette vurderer vi som et fornuftig prinsipp, men setter spørsmålstegn ved insentiveffekten når en såpass liten andel av midlene konkurranseutsettes. Videre vil omfordelingen av midler påvirkes av hvilke andre virksomheter som omfattes av ordningen. Når det gjelder omfanget av den statlige finansieringen totalt sett, må den sees opp mot forskningsproduksjonen. Per i dag er det ikke utarbeidet måltall eller innhentet statistikk over ressurseffektiviteten for å kunne vurdere forskningsproduktiviteten opp mot et definert mål eller med sammenlignbare forskningsaktører.

Når det gjelder *spesialistutdanningen*, kan kompetansesentrene søke om lønnsmidler til spesialistkandidater gjennom tilskuddsordningen *Lønn til kandidater under odontologisk spesialistutdanning og Etablering av stillinger for spesialister i pedodonti*. Disse to tilskuddsordningene forutsetter imidlertid ikke at klinisk praksis utføres på kompetansesenteret som en del av spesialistutdanningen, men at kandidatene har inngått en arbeidsavtale med fylkeskommunen/kompetansesenteret. Tilskuddet skal kunne dekke inntil 75 % av lønnsatsen til kandidaten, innenfor rammene av et lønnstak som Helsedirektoratet setter.<sup>56</sup> I tillegg har enkelte kompetansesentre mottatt midler gjennom tilskuddsordningen *Spesialistutdanning av tannleger*. Når ett av hovedformålene med kompetansesentrene er å bidra til større spredning av tannlegespesialister i landet og ett av virkemidlene er sentrenes deltakelse i spesialistutdanningen, kan man stille seg spørsmålet om finansieringen på dette området burde vært styrket.

#### *Samlet vurdering*

Samlet sett mener vi at staten bør gå i dialog med fylkeskommunene og vurdere om det er formålstjenlig at den statlige medfinansieringen av sentrene inngår i rammefinansieringen av fylkeskommunene framfor gjennom tilskuddsordninger, og om det er behov for lovendringer. Vi setter spørsmålstegn ved om det er hensiktsmessig at kompetansesentrene må forholde seg til så mange tilskuddsordninger som i dag, og om det er mulig å redusere antall ordninger. Når det gjelder finansieringen av spesialistbehandlingen er det naturlig at fylkeskommunene finansierer spesialistbehandlingen av pasienter med rettigheter. Hvorvidt den offentlige tannhelsetjenesten skal ha mulighet til å yte tjenester til betalende, voksne pasienter ligger utenfor mandatet til denne evalueringen. Når det gjelder omfanget på finansieringen av kompetansesentrene, mener vi at det først og fremst må foreligge bedre datagrunnlag før man kan vurdere om sentrene er over- eller underfinansiert.

### **E12: Helsedirektoratet har en god forvaltning av tilskuddsordningen til kompetansesentrene**

Helsedirektoratet forvalter alle aktuelle tilskuddsordninger for kompetansesentrene, jf. tabell 4.1. Ettersom tilskuddsordningen *Regionale odontologiske kompetansesentre* er den mest sentrale ordningen for kompetansesentrene utover tilskuddsordningen for TOO-tilbudet, har vi fokus på denne tilskuddsordningen i dette evalueringskriteriet.

---

<sup>56</sup> For etablering av stillinger i pedodonti, gjelder tilskuddet per spesialist i inntil seks år etter en nedtrappingsplan for dekning av lønn, som angitt i tilskuddsregelverket.



Helsedirektoratets rolle som tilskuddsforvalter innebærer å utarbeide tilskuddsregelverket etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som legger premissene for ordningen. Det er viktig at regelverket beskriver mål og målgruppe for tilskuddsordningen, kriterier for måloppnåelse, tildelingskriterier, oppfølging og kontroll og evaluering av tilskuddsordningen. Som tilskuddsforvalter skal Helsedirektoratet påse at rapporteringen fra tilskuddsmottakere er tilfredsstillende, utføre kontroll av at bevilgningen brukes etter kravene i regelverk og tilskuddsbrev og at opplysninger som legges til grunn for tildeling og som inngår i den etterfølgende rapporteringen er korrekte. I tillegg kan Helsedirektoratet stanse tilskudd dersom tilskuddsmottakere ikke oppfyller kravene som stilles i regelverket eller tilskuddsbrevet.

Gjennom kartleggingen i evalueringen er vårt overordnede inntrykk at Helsedirektoratet har en aktiv forvaltning av tilskuddsregelverket som har blitt bedre over tid. Under drøfter vi enkelte av forholdene ved tilskuddsforvaltningen nærmere.

#### *Tildelingskriterier*

Kompetansesentrene tildeles midler basert på skjønnsmessige vurderinger med utgangspunkt i forventet måloppnåelse. Alternativt kan tildelingskriterier i tilskuddsordninger kvantifiseres eller utgjøre en andel av regnskapsførte utgifter.

Skjønnsmessige vurderinger kan være utfordrende å benytte som grunnlag for bevilgning.

Skjønnsmessige vurderinger baserer seg på ikke-kvantifiserbare betraktninger, og medfører at det kan være vanskelig for tilskuddsmottakere å ettergå begrunnelsen for tildelingene. På den andre siden åpner det for mer fleksibilitet i tildelingene. Dersom tildelingskriteriene er kvantifiserbare og inngår i en matrise med vektning av de ulike vurderingskriteriene, vil tildelingen være mer transparent. På den andre siden blir tildelingen veldig rigid og det vil ikke være rom for Helsedirektoratet å ta særskilte hensyn. For eksempel at et senter har behov for mer midler i ett år enn ett annet på grunn av større investeringer, økt taktskifte i ansettelser e.l.

I kartleggingen vår har vi ikke avdekket forhold som tilsier at ett av tildelingskriteriene har store fordeler sammenlignet med de øvrige kriteriene. Vi vil understreke betydningen av at begrunnelsen for tildelingene blir tydelig kommunisert slik at man unngår unødvendig spekulasjon og misnøye ved sentrene.

#### *Rapportering fra tilskuddsmottakere*

Når det gjelder rapportering fra tilskuddsmottakerne, skal kompetansesentrene levere en årsrapport og statusrapport en gang i året. Gjennom intervjuer og gjennomgang av årsrapporter fra 2016 til 2022, observerer vi at Helsedirektoratet har stilt spørsmål ved og fulgt opp feil i rapporteringene til kompetansesentrene. Det vitner om en aktiv forvaltning. Vi observerer at rapportene fra sentrene tidvis mangler data, særlig knyttet til årsrapportene for 2021, men vi tar høyde for at vi ikke har fått tilsendt alt materiale fra Helsedirektoratet og at direktoratet har hatt dialog med sentrene omkring dette.

I årsrapportene til tilskuddsmottakerne skal kompetansesentrene rapportere blant annet informasjon om utvalgte aktiviteter og regnskap, jf. E13. I 2021 endret Helsedirektoratet formatet på rapporteringen. Fra 2021 skal kompetansesentrene fylle inn data i et predefinert excel-ark i tillegg til selve rapporteringsskjemaet framfor å legge ved informasjon om aktiviteter og regnskap i egne vedlegg. Dette har ført til at kompetansesentrene i langt større grad må forholde seg til samme format på innrapporterte data. Det har etter vår oppfatning gitt et mer enhetlig datagrunnlag som blant annet gjør det lettere å

sammenligne data på tvers av kompetansesentrene. Dette fremstår som en positiv videreutvikling av rapporteringen. Vi vil presisere at det er viktig at Helsedirektoratet har en god dialog med kompetansesentrene i tilpasninger av excel-arket o.l. slik at rapporteringen er så formålstjenlig og ressurseffektiv som mulig for begge parter.

Rapporteringen fra kompetansesentrene skal blant annet inneholde antall henviste pasienter fordelt etter spesialitet og henvisningsstatus. Statistikken viser relativt store forskjeller i henvisninger mellom sentrene, og vi stiller oss spørsmålet om kompetansesentrene rapporterer samme henvisningstall. Henvisninger kan tolkes på ulike måter; henvisninger til undersøkelse fra ekstern tannlege/klinikk, henvisning fra undersøkelse til behandling internt, intern henvisning fra en tannlegespesialist til en annen på senteret, henvisning mellom tannlegespesialister og TOO-ordningen m.m. Vi anbefaler at Helsedirektoratet undersøker dette nærmere og at det innarbeides en definisjon på henvisninger i regelverket til tilskuddsordningen. Det gjelder også eventuelt andre sentrale størrelser som kan tolkes på flere måter.

Når det gjelder midler til fagstøtte, beregnes basistilskuddet etter Forskningsrådets sats for 25 % av gjennomsnittet av antall utførte spesialistårsverk ved kompetansesenteret de 3 siste år, inntil 1 årsverk per spesialitet. På sentrene tolkes dette i hovedsak som at 25 % av tannlegespesialistenes tid skal benyttes til fagstøtte. Selv om det ikke foreligger et eksplisitt krav i regelverket om at tannlegespesialistene på kompetansesentrene skal benytte 25 % av tiden til fagstøtte, anser vi at Helsedirektoratet bør ettergå sentrenes ressursbruk når det er beregningsgrunnlaget for basistilskuddet. I årsrapportene fra kompetansesentrene er det vanskelig å finne informasjon om ressursbruken til fagstøtte. Enkelte av sentrene har anslått tidsbruken i årsrapporter tilbake i tid og et kompetansesenter offentliggjør statistikk i årsmeldingen til senteret, men utover dette foreligger det ingen rapporteringer på tidsbruken etter vår forståelse. Vi mener at det burde foreligge et bedre datagrunnlag slik at Helsedirektoratet kan vurdere om tidsbruken er i tråd med finansieringsgrunnlaget. I tillegg kan bedre data muliggjøre analyser av ressursbruk opp mot udekket behov og eventuelle justeringer i finansieringen, jf. E11.

Ut ifra observasjonene i kartleggingen stiller vi oss spørsmålet om Helsedirektoratet kunne utnyttet dataene fra rapporteringene til kompetansesentrene bedre. Helsedirektoratet benytter datamateriale fra rapporteringen til å rapportere videre til Helse- og omsorgsdepartementet om oppnådde resultater. I tillegg forteller kompetansesentrene i intervjuer at de får tilbakemeldinger fra Helsedirektoratet på måloppnåelse. Dersom Helsedirektoratet kunne sammenstilt data, analysert materiale og i større grad sammenlignet kompetansesentrene på tvers, kunne dataene potensielt bli brukt til å identifisere forbedrings- og utviklingsområder på sentrene. Kompetansesentrene er ulikt organisert og innrettet, men sentrene har flere av de samme utfordringene og står overfor mange av de samme problemstillingene. Vi mener at det ligger et utnyttet potensial i økt erfaringsutveksling mellom kompetansesentrene, hvor rapporterte data kan være et mulig grunnlag for videre utvikling.

#### *Samlet vurdering*

Samlet sett er vårt overordnede inntrykk at Helsedirektoratet har en aktiv forvaltning av tilskuddsregelverket. Helsedirektoratet har videreutviklet innretningen på årsrapportene til kompetansesentrene, hvor det etterstrebes mer enhetlig rapportering og datagrunnlag. Vi anbefaler at

Helsedirektoratet i større grad enn i dag analyserer og formidler datamateriale fra årsrapportene for å identifisere forbedrings- og utviklingsområder på kompetansesentrene.

### E13: Tilskuddsmottakere har etterlevd kravene i tilskuddsordningen

Kompetansesentrene må oppfylle visse krav som er beskrevet i regelverket til de aktuelle tilskuddsordningene. Etter regelverket til tilskuddsordningene må sentrene levere årsrapporter med tilleggsskjemaer, budsjett, regnskap og revisorkontroll og attestasjon fra revisor, samt vurdere hvordan gjennomførte tiltak på sentrene har bidratt til å oppnå målene for tilskuddsordningen. I tillegg må sentrene levere en statusrapport i løpet av året. Ettersom tilskuddsordningen *Regionale odontologiske kompetansesentre* er den mest sentrale ordningen for kompetansesentrene utover tilskuddsordningen for TOO-ordningen, har vi fokus på denne tilskuddsordningen i dette evalueringskriteriet.

Basert på innsyn i årsrapportene til kompetansesentrene i perioden 2016-2022 og intervjuer, er vår overordnede vurdering at tilskuddsmottakerne i stor grad har rapportert på aktiviteter de skal rapportere på, men at kvaliteten på rapportene er varierende. Under kommenteres de ulike delene av rapportene.

Rapportene fra kompetansesentrene inneholder informasjon om aktivitetene som de skal rapportere på. Det omfatter forskning og fagutvikling, fagstøtte, befolkningens tilgang til tannlegespesialisttjenester og andre relevante rapporteringspunkter (tannlegespesialistenes årsverk og antall spesialistkandidater med praksis). Kompetansesentrene har ikke alltid fylt ut alle feltene i selve rapporteringsskjemaet og det vises ofte til vedlegg som inneholder informasjonen. Vedleggene er som oftest offisielle årsrapporter til sentrene eller egengenererte rapporter med statistikk. Ved gjennomgang av vedleggene opplever vi at det tidvis kan være krevende å finne informasjonen som sentrene skal rapportere. Det skyldes at vedleggene er strukturert annerledes enn i rapporteringsskjemaet, dokumentene inneholder vesentlig mer informasjon enn som er påkrevd i regelverket til tilskuddsordningen og begrepsbruken kan skille seg fra formuleringene i tilskuddsregelverket. Dette fremstår som tungvint og ressurskrevende for Helsedirektoratet som må gjennomgå materiale for å sikre at tilskuddsmottakerne etterlever tilskuddsregelverket. Som påpekt i vurderingen av E12, har Helsedirektoratet innført et tilleggsskjema til rapporteringsskjemaet som gjør at rapporteringen til kompetansesentrene blir mer enhetlig og oversiktlig. Det er positivt for rapporteringen og viderebruken av dataene. Vi savner imidlertid kompetansesentrenes vurdering av hvordan og i hvilken grad gjennomførte tiltak har bidratt til at målene for tilskuddsordningen er oppnådd. Valg av virkemidler og vurdering av formålseffektiviteten er viktige evalueringsmomenter som kan danne grunnlag for videreutvikling og innretningen av tjenestetilbudet. Vi mener således at sentrenes vurderinger av måloppnåelse burde komme tydeligere frem i rapporteringen, for eksempel ved egne felt i tilleggsskjemaet.

Når det gjelder rapporteringskravene om budsjett og regnskap, er det ofte flere manglende felter i rapporteringsskjemaet. Informasjonen foreligger som oftest i vedlegg med egne regnskap knyttet til tilskuddsordningen, men vi observerer at regnskapene har ikke alltid har samme oppstilling som i rapporteringsskjemaet og at oppstillingen varierer på tvers av kompetansesentrene. Dette gjør det vanskeligere og mer ressurskrevende å ettergå regnskapene for Helsedirektoratet. I tillegg savner vi generelt kommentarer knyttet til underforbruk i rapporteringsskjemaet. Det vises i mange tilfeller til vedlagt regnskap, men ved gjennomgang av regnskapene mangler i flere tilfeller kommentarer til årsakene til

underforbruket. Dette er viktig informasjon som vi mener burde fremkomme på en oversiktlig måte i selve rapporteringsskjemaet.

Vi opplever også at det er vanskelig å få en god oversikt over totalregnskapene til kompetansesentrene. Etter regelverket skal regnskap for statlige tilskuddsmidler og regnskap for den øvrig virksomheten på kompetansesenteret være skilt fra hverandre i to separate regnskap. Vi observerer at kompetansesentrene fremstiller totalregnskapene på ulike måter og at det i flere tilfeller er utfordrende å få et godt overordnet bilde av inntektene og utgiftene på kompetansesentrene. Kompetansesentrene har ulik organisering og ulik grad av integrering i den offentlige tannhelsetjenesten/fylkeskommunene. Det forklarer i stor grad forskjellene i regnskapsoppsettene på kompetansesentrene. Samtidig etterspør vi en mer enhetlig rapportering av regnskapstall. Det kan bidra til økt transparens og åpenhet rundt ressursbruken til sentrene. I kartleggingen vår observerer vi at mange i tannhelsetjenesten er opptatt av ressursbruken til sentrene, og offentliggjøring av sentrale størrelser i regnskapet kan skape bedre innsikt og forståelse i sentrenes virksomhet. I tillegg kan mer enhetlig rapportering gi bedre innsikt i forskjeller og likheter mellom kompetansesentrene, som potensielt kan brukes til å forbedre tjenesten.

Samlet sett er vår overordnede vurdering at tilskuddsmottakerne i stor grad har etterlevd kravene i tilskuddsrapportene. I årsrapportene har kompetansesentrene rapportert på aktiviteter, regnskap, revisorkontroll og attestasjon fra revisor. Vi opplever imidlertid at kvaliteten på rapportene har vært varierende over tid. I tillegg er det vanskelig å få en god oversikt over totalregnskapene til kompetansesentrene, og vi etterspør en mer enhetlig rapportering av regnskapstall på tvers av kompetansesentrene.

## 5.6 Overordnet

### **E14: Det er positive synergieffekter ved at flere oppgaver er samlet på kompetansesentre**

Hovedoppgavene til kompetansesentrene er beskrevet i tilskuddsordningen til kompetansesentrene og omfatter spesialistbehandling, forskning og kunnskapsutvikling, fagstøtte til tannhelsetjenesten, etterutdanning og deltakelse i spesialistutdanningen. Den faglige utviklingen av tannhelsetjenesten bygger på kunnskaps- og kompetanseutvikling gjennom et faglig sterkt miljø med god forankring i klinisk praksis. En kombinasjon av ulike oppgaver, og implisitt samling av nødvendig kompetanse, kan gi positive faglige synergieffekter innad i sentrene, som gir merverdi overfor brukere og samarbeidspartnere.

Vårt inntrykk basert på observasjonene i kartleggingen er at sammensetningen av flere oppgaver på kompetansesentrene har gitt enkelte positive synergieffekter. Kartleggingen viser at over halvparten av respondentene i spørreundersøkelsen og flertallet av intervjuobjektene synes at sammensetningen av oppgavene har gitt positive synergieffekter. Særlig trekkes frem muligheten til å gi et tverrfaglig klinisk vurdering og behandling av pasienter, jf. E1, og økt kompetanseutvikling internt på senteret og i tannhelsetjenesten gjennom en tverrfaglig spesialistvirksomhet/-miljø og rådgivning, veiledning og opplæring, samt synergier mellom forskning og spesialistbehandling.

Samtidig vil vi trekke frem at det er vanskelig å observere den direkte verdien av synergieffektene. Det gjelder særlig merverdien for tannhelsetjenesten og befolkningen. Vi er inneforstått med at det er krevende å avdekke kausale sammenhenger og kvantifisere årsak-virkningssammenhenger, men

kompetansesentrene kunne i større grad ha synliggjort effektene kvalitativt. De positive synergieffektene er en sentral gevinst ved å opprette kompetansesentre og samle ulike oppgaver under ett tak.

Det fremstår også i kartleggingen vår at det er et forbedringspotensial for å hente ut større synergieffekter på kompetansesentrene. Det gjelder særlig mellom spesialistklinikken og forskningsavdelingen. Økt samarbeid kan blant annet bidra til å identifisere relevante kliniske problemstillinger og utvikle nye forskningsprosjekter. Vårt inntrykk er at det ikke er tilstrekkelig å samle spesialistklinikken og forskningsavdelingen fysisk på samme sted, men at det er nødvendig med aktive handlinger for å styrke kunnskapsoverføring og skape arenaer for innovasjon og utvikling.

Samlet sett er vår vurdering at oppgavesammensetningen på kompetansesentrene later til å ha gitt enkelte positive synergieffekter. Samtidig er det vanskelig å observere eller se den direkte verdien av effektene, og vi etterspør større synlighet av gevinster på sentrene. Det er trolig også et forbedringspotensial for å hente ut enda større synergieffekter på sentrene.

### **E15: Kompetansesentrene bidrar til en formålstjenlig og ressurseffektiv ivaretagelse av oppgavene som sentrene har blitt tildelt**

#### **Intensjonen med etablering av regionale odontologiske kompetansesentre**

I 2000 utredet Statens helsetilsyn behovet for å opprette regionale odontologiske kompetansesentra på oppdrag fra Sosial- helsedepartementet.<sup>57</sup> I utredningen ble det foreslått å opprette regionale odontologiske kompetansesentre med følgende formål:

*“Hensikten med å opprette odontologiske fagsentre er at befolkningen skal få rimelig tilgjengelighet til spesialisttjenester, samt å heve kompetansen i allmenntannlege-tjenesten.”<sup>58</sup>*

Formålet med etableringen av kompetansesentrene ble videre nedfelt i St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester*. Stortingsmeldingen angir at de overordnede formålene med etableringen av regionale odontologiske kompetansesentre er å:

- sikre spesialisttannhelsetjenester og å kunne ta i mot henvisninger fra allmenntannhelsetjenesten, leger og andre
- drive rådgivning overfor en samlet tannhelsetjeneste og til befolkningen
- drive desentralisert spesialistutdanning av tannleger
- bidra til forskning og faglig utvikling i tannhelsetjenesten
- bidra til rekruttering og stabilisering av tannhelsepersonell i regionen
- drive etterutdanning av tannhelsepersonell

I dag gjenspeiles formålet med kompetansesentrene i stor grad i beskrivelsen av mål og oppgaver i den statlige tilskuddsordningen til de regionale odontologiske kompetansesentrene. Etter tilskuddsordningen er *“målet er å bidra til oppbygging av kompetansmiljøer regionalt som er drivkraft for fagutvikling i*

<sup>57</sup> Statens helsetilsyn. (2000). *Odontologiske spesialisttjenester: Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra* (IK-2701/5-99 utredningsserie). Statens helsetilsyn. [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/utredningsserien/spesialister\\_odont\\_kompetans\\_e\\_ik-2701.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/utredningsserien/spesialister_odont_kompetans_e_ik-2701.pdf)

<sup>58</sup> *ibid.* (s. 26). *Odontologiske spesialisttjenester.*

*tannhelsetjenesten og som driver forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse i samsvar med forsknings- og innovasjonsstrategien Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027)*<sup>59</sup>.

Oppgavene er som følger:

- bidra til å sikre befolkningen, særlig personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, tilgang til odontologiske spesialisttjenester
- gi fagstøtte til offentlig og privat tannhelsetjeneste og råd til andre tjenesteområder og befolkningen
- drive forskning og kunnskapsutvikling
- delta i den kliniske delen av spesialistutdanning av tannleger

### Vurdering av måloppnåelse fordelt på oppgavene

I vurderingene av de øvrige evalueringskriteriene har vi vurdert måloppnåelsen til kompetansesentrene fordelt på de fire oppgavene. Oppsummert er vår vurdering som følger:

- *Odontologiske spesialisttjenester:* Det er flere sider ved kompetansesentrene som har bidratt til å styrke spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene, og således bidratt til å sikre befolkningen tilgang til odontologiske spesialisttjenester. Samtidig er det enkelte utfordringer for sentrene som trekker i motsatt retning og som bidrar til å redusere den unike betydningen av sentrene, og således lavere måloppnåelse. I tillegg fremstår ikke sentrenes geografiske utstrekning og plassering isolert sett optimal for å sikre befolkningen tilgang til spesialisttannhelsetjenester.
- *Fagstøtte og etterutdanning:* Kompetansesentrene har til en viss grad bidratt til å heve den faglige kompetansen i tannhelsetjenesten, særlig gjennom rådgivning og veiledning til tannhelsetjenesten. Samtidig fremstår bruken av tjenestene blant tannhelsepersonell i offentlig og privat tannhelsetjeneste begrenset (særlig i privat sektor). Sentrene har ikke klart å nå ut til hele tannhelsetjenesten. Det er også behov for et bedre datagrunnlag for økt innsikt og som styringsinformasjon for myndighetene.
- *Forskning og kunnskapsutvikling:* Forskningsaktiviteten til kompetansesentrene har økt i løpet av de siste fem årene, og kompetansesentrene har bred oppmerksomhet mot tjenesteutvikling. Samtidig har kompetansesentrene utviklet seg ulikt og det har vært betydelig variasjon i forskningsaktivitet mellom sentrene, i tillegg til utfordringer med rekruttering av odontologer med forskningskompetanse. Kompetansesentrenes rolle som pådriver for praksisnær forskning fremstår som særlig viktig, men kartleggingen avdekker en mangel på systematisk innhenting av data om omfanget av og innretningen på den praksisnære forskningen som utføres.
- *Klinisk del av spesialistutdanning av tannleger:* Samarbeidet mellom universitetene og kompetansesentrene om spesialistutdanningen påvirkes av flere forhold, og er særlig preget av prinsipielle uenigheter rundt kompetansesentrenes rolle i spesialistutdanningen. Dette har påvirket kompetansesentrene i varierende grad, men for flere sentre har det vært utfordrende å få til samarbeid med universitetene om spesialistutdanningen, med det resultat at det har vært svært få kandidater som har gjennomført desentralisert klinisk praksis på sentrene som en del av

<sup>59</sup> Helsedirektoratet. (2021). *Regelverk for tilskuddsordning: Regionale odontologiske kompetansesentre*. Kapittel 0770 post 70, oppdragskode 870128, godkjent av HOD 22.12.2021.

utdanningen. Som konsekvens, har kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen så langt ikke ført til en større geografisk fordeling av tannlegespesialister.

### Helhetlig vurdering

Observasjonene i kartleggingen viser at det er delte meninger blant aktørene på tannhelsefeltet hvorvidt man har lyktes med formålet med etableringen av kompetansesentrene. Dersom vi ser oppgaveporteføljen til kompetansesentrene under ett, er vår overordnede vurdering at kompetansesentrene har bidratt til at befolkningen har til en viss grad fått bedre tilgang til odontologiske spesialisttjenester, samt bidratt til å heve kompetansen i tannhelsetjenesten gjennom fagstøtte, forskning og kunnskapsutvikling. Vi vil særlig fremheve følgende:

- Kompetansesentrene har, om enn i noe varierende grad, bygd opp en tverrfaglig spesialisttannhelsetjeneste som styrker fylkeskommunenes spesialisttannhelsetilbud
- Kompetansesentrene tilbyr fagstøtte, rådgivning, veiledning og etterutdanning
- Kompetansesentrene har bygd opp forskningsavdelinger og utviklet et flerfaglig samarbeid med relevante fagmiljøer
- Kompetansesentrene har vokst over tid og antall henvisninger har økt, større kurstilbud, økt forskningsaktivitet m.m.
- Kompetansesentrene har et aktivt samarbeid med institusjoner i helse- og omsorgstjenesten i behandling av pasienter

Kartleggingen vår viser samtidig at det er variasjon i hvor godt sentrene har ivaretatt oppgavene og at det er rom for både mindre og større forbedringer som kan utvikle kompetansesentrene og tjenestetilbudet ytterligere. I det følgende drøfter vi strukturelle og systematiske forhold og utfordringer ved sentrene som kan ha påvirket den samlede måloppnåelsen til kompetansesentrene.

#### *Er sammensetningen av oppgavene til kompetansesentrene optimal?*

Kartleggingen vår viser at flertallet av intervjuobjektene og respondentene i spørreundersøkelsen synes at sammensetningen av oppgavene ved kompetansesentrene er hensiktsmessig og at denne sammensetningen har gitt positive synergieffekter, jf. E13. Samtidig etterspør vi større synlighet av gevinster på kompetansesentrene og stiller spørsmål ved bredden i oppgavesammensetningen.

Når det gjelder oppgavene innenfor *forskning* og *spesialistutdanning*, avdekker kartleggingen sterke synspunkter på utviklingen av disse oppgavene ved kompetansesentrene, særlig med hensyn til universitetenes ansvarsområde og rolle innenfor forskning og utdanning. Da Statens helsetilsyn utredet etableringen av regionale odontologiske kompetansesentre, var ikke forskning en del av oppgavene som ble foreslått for kompetansesentrene. Kompetansesentrenes oppgave med å bidra til forskning og fagutvikling i tjenesten ble tydeliggjort som en del av formålet til sentrene i St.meld. nr. 35 (2006-2007), og forsterket ytterligere gjennom Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi i 2017. Strategien tok til orde for å bygge opp forskningsvirksomheten til kompetansesentrene, og vi er ikke kjent med om andre modeller for organisering og finansiering av forskning i tannhelsetjenesten ble utredet på det tidspunktet.<sup>60</sup> Det er krevende å bygge opp forskningsvirksomhet, og det har vært utfordrende for

<sup>60</sup> Det finnes ulike typer forskningssentre innenfor helse- og omsorgssektoren, for eksempel regionale sentre for omsorgsforskning m.fl.

kompetansesentrene å rekruttere forskerkompetanse innenfor klinisk odontologi. Kartleggingen vår avdekker en bekymring for at odontologisk forskningskompetanse spres utover for mange aktører i et lite fagmiljø. Derfor kunne forskningsmandatet til kompetansesentrene blant annet vært tydeligere og mer målrettet, jf. E6. Videre stiller vi oss spørsmålet om kompetansesentrenes oppgave om deltakelse i spesialistutdanningen burde kommet senere i sentrenes levetid. Opprinnelig skulle kompetansesentrene "drive desentralisert spesialistutdanning", men etter vår oppfatning var det ikke tilstrekkelig tilrettelagt for en slik modell da kompetansesentrene først ble etablert. Det kan ha bidratt til å skape uvisshet i gjennomføringen, og unødvendige gnisninger mellom kompetansesentrene og universitetene.

Når det gjelder *spesialistbehandling* har økonomiske begrensninger i den offentlige tannhelsetjenesten/fylkeskommunen og rekrutteringsutfordringer bidratt til å påvirke kompetansesentrenes evne til å kunne ivareta denne oppgaven fullt ut, jf. E2. Når det gjelder *fagstøtte og rådgivning*, mener vi at dette er en viktig oppgave overfor tannhelsetjenesten og et riktig supplement til spesialisttannhelsetjenesten ved sentrene. Kompetansesentrene bør imidlertid sørge for at tilbudet når ut til hele tannhelsetjenesten, jf. E5.

Kompetansesentrene har primært samlet alle oppgavene på *en* fysisk lokasjon, som kan ha hatt innvirkning på måloppnåelsen til sentrene. På den ene siden muliggjør samlingen av oppgavene et større fagmiljø som er positivt for både forskning, kunnskapsutvikling, veiledning og muligheten til å gi et tverrfaglig tjenestetilbud og fagstøtte. På den andre siden gir den fysiske konsentrasjonen av tilbudet utfordringer med å sikre tilgang til spesialisttannhelsetjenester for befolkningen i hele regionen, som var en viktig del av intensjonen bak opprettelsen av sentrene. Siden sentrene er plassert i større byer innebærer det at befolkningen i rurale områder hvor dekningsgraden av tannlegespesialister er lavest får lang reisevei til kompetansesentrene, som en sentral barriere for å henvise pasienter til sentrene. For å sikre befolkningen bedre tilgang til spesialisttannhelsetjenester, mener vi at kompetansesentrene bør ha en mer spredt fysisk tilstedeværelse i regionene, samtidig som sentrene bevarer tilhørigheten til et fagmiljø i større organisatoriske enheter. Dette er en krevende balansegang og den beste løsningen kan være forskjellig fra region til region, jf. E1.

Alle kompetansesentrene har over tid utviklet sitt eget tjenestetilbud og igangsatt oppgaver innenfor hver sin region. Sentrene har hatt jevnlig kontakt og det har vært flere møtepunkter på tvers av sentrene siden etableringen av kompetansesentrene. Samtidig har vi inntrykk av at det er potensial for økt samarbeid og samordning på tvers av sentrene. Innenfor spesialistbehandling kan kompetansesentrene blant annet etablere tverregionale arenaer for kompetanseheving gjennom deling av prosedyrer, fagutvikling (for eksempel bruk av teknologi), kasusmøter m.m. Innenfor fagstøtte og etterutdanning kan sentrene blant annet samarbeide i utarbeidelsen og gjennomføringen av kurs. For eksempel kan e-læringskurs være tilgjengelig utover sine regioner og kursmaterieell kan gjenbrukes på tvers av sentrene.

Vi stiller spørsmål ved om det er hensiktsmessig at alle sentrene skal bygge opp samme kompetanse innenfor alle fagområder. Sentrene kan potensielt få ansvar for ulike fagområder hvor de bygger opp særskilt kompetanse og gir fagstøtte innenfor sine fagområder til tannhelsetjenesten i hele landet. Dette henger sammen med vår vurdering at sentrene potensielt kan utvikle tydelige fagprofiler innenfor forskningen, som eventuelt kan forsterke sentrenes rolle som en kompetansetjeneste mer generelt og på tvers av regioner. Dersom dette skal realiseres, må fylkeskommunene og kompetansesentrene bli omforente om en rolle- og ansvarsfordeling og blant annet hvordan fagstøtten på tvers av sentre og



fylkeskommuner skal finansieres. I tillegg må rolle- og ansvarsfordelingen kommuniseres godt utad slik at tannhelsepersonell vet hvem de skal kontakte for rådgivning og veiledning. Sentrene må også ta stilling til hvilke tjenester de skal prioritere å tilby, herunder hvor mye tid skal settes av til rådgivning og hvor mye tid skal benyttes til kursvirksomhet.

#### *Ivaretar sentrene en regional funksjon?*

I 2008 ble det vedtatt av Stortinget at staten skulle bidra med tilskudd til etablering av regionale odontologiske kompetansesentre i alle helseregioner.<sup>61</sup> Da St.meld. nr. 35 (2006-2007) ble vedtatt var ett senter allerede etablert for helseregion Nord (TkNN), og to kompetansesentre var under utredning eller etablering i helseregionene Sør-Øst og Midt-Norge. I utredningen til Statens helsetilsyn (2000) ble det skissert muligheter for mer formalisert regionalt samarbeid gjennom integrering av kompetansesentrene med det regionale helsevesenet, for eksempel gjennom regionale helseplaner som styrings- og samordningsverktøy.<sup>62</sup>

Videre vises det til en tidligere historikk med utredning og etablering av kompetansesentre. I utredningen til Statens helsetilsyn (2000) fremgår det blant annet at *“dersom en utvikler regionale samarbeidsformer i tannhelsetjenesten på siden av det som er formalisert gjennom lov og forskrift, vil antagelig veien bli noe tyngre, men ikke nødvendigvis umulig. Forsøk på å opprette regionale odontologiske kompetansesentra i enkelte regioner har tydelig avdekket hvor vanskelig et uforpliktende og uformelt samarbeid mellom fylkeskommunene er.”*<sup>63</sup> Spørsmålet om organisatorisk tilhørighet for kompetansesentrene er knyttet til et større spørsmål om organisering av den offentlige tannhelsetjenesten, samt fordeler og ulemper ved plassering av helsetjenester på ulike forvaltningsnivåer. Dette er utredet og debattert gjentatte ganger i løpet av de to siste tiårene.

Statens helsetilsyn (2000) legger til grunn en helhetlig tilnærming til etablering av kompetansesentre i Norge. Blant annet stilles følgende spørsmål:

- *Hvor mange sentra ønsker vi?*
- *Hvor mange sentra trenger vi? På de fleste fagfelt trenger vi mange spesialister i hvert fylke, (som for eksempel kjeveortopedi) mens på andre områder må vi heller samle enn spre de få kaser som finnes i landet (eks. TAKO-senteret).*
- *Hvor langt blir det for pasientene å reise?*
- *Hvor lett er det for fylkene å samarbeide om lokalisering, drift, og finansiering?*
- *Skal sentrene være inkluderende spesialistmiljø for flest mulig spesialister i området, eller*
- *Skal sentrene være et mellomnivå mellom spesialisttjenesten i landet og universitetene?*

I dag er det ingen tilknytning mellom kompetansesentrene og helseregionene, og det er vanskelig å få øye på en helhetlig eller strategisk utvikling av kompetansesentrenes regionale funksjon. I gjeldende

<sup>61</sup> St.meld. nr. 35 (2006-2007), jf. Innst. S. nr. 155 (2007-2008). (2008). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2007-2008/inns-200708-155/?v=0>

<sup>62</sup> Statens helsetilsyn. (2000). *Odontologiske spesialisttjenester: Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra* (IK-2701/5-99 utredningsserie). Statens helsetilsyn. [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/utredningsserien/spesialister\\_odont\\_kompetanse\\_ik-2701.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/utredningsserien/spesialister_odont_kompetanse_ik-2701.pdf)

<sup>63</sup> *ibid.* (s. 151). *Odontologiske spesialisttjenester*.

tilskuddsregelverk står det beskrevet at målet er å bygge opp regionale kompetansemiljøer som er drivkraft for fagutvikling i tannhelsetjenesten, og den primære målgruppen for tilskuddsordningen er tannhelsetjenesten og tannhelsepersonell i regionene. Det er imidlertid ikke tydelig hvilken region hvert kompetansesenter skal betjene utover regionen som representeres ved fylkeskommunene som eier sentrene. Den regionale funksjonen til kompetansesentrene er dermed ikke organisatorisk forankret, annet enn gjennom eventuelt samarbeid mellom to eller flere fylkeskommuner. Fylkessammenslåinger og oppsplittinger har også endret strukturen på det fylkeskommunale samarbeidet for flere av kompetansesentrene flere ganger. I dag er det kun ett kompetansesenter som har mer enn én fylkeskommune som eier av senteret (TkØ eies av Viken og Innlandet fylkeskommune).

Etter vår oppfatning er dette en utvikling som har skjedd over tid og som ikke var i tråd med den opprinnelige intensjonen fra statens side. Det er uklart i hvilken grad Helse- og omsorgsdepartementet har forsøkt å styre utviklingen ettersom eierskapet av sentrene ble lagt til fylkeskommunene, samtidig som staten bidro med finansiering av etablering og drift av sentrene. Departementet har også inngått avtaler direkte med kompetansesentrene og hoveddelen av finansieringen av kompetansesentrene skjer gjennom tildeling av statlige tilskudd. Noen aktørgrupper har på denne bakgrunn etterlyst sterkere nasjonal styring av utviklingen av kompetansesentrene.

Nedenfor utdyper vi noen betraktninger om hvert enkelt kompetansesenter:

- TkNN skal være et samarbeid med privat og offentlig tannhelsetjeneste i Nordland, Troms og Finnmark. Våre observasjoner indikerer at tjenestene ved TkNN hovedsakelig benyttes av tannhelsetjenesten og befolkningen i Troms, og i mye mindre grad av tannhelsetjenesten og befolkningen i Nordland og Finnmark. I Nordland er det eksempelvis opprettet fire fylkeskommunale spesialisttannklinikker som tilbyr spesialistbehandling. På forskningssiden er TkNN blant annet en viktig partner i arbeidet med befolkningsstudier i Troms og Finnmark.
- TkMidt er i hovedsak et kompetansesenter for Trøndelag og ikke hele Midt-Norge. Kompetansesenteret var opprinnelig et samarbeid mellom tre fylkeskommuner. Etter at fylkeskommunene Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag ble slått sammen i 2018, trakk Møre og Romsdal seg ut av samarbeidet. Møre og Romsdal har siden bygget opp et eget spesialistbehandlingstilbud i den offentlige tannhelsetjenesten, som også inkluderer rådgivning til tannhelsetjenesten. Dermed er det et mindre behov for kompetansesenter i fylkeskommunen i dag. På forskningssiden har TkMidt bidratt til å utvikle et flerfaglig samarbeid mellom flere forskningsmiljøer innenfor oral helse, men det er uklart hvorvidt arbeidet treffer tannhelsetjenesten og befolkningen utenfor Trøndelag fylkeskommune.
- På Vestlandet ble arbeidet med å etablere et kompetansesenter for region Vest startet i 2008 for å tilby spesialistbehandling til pasienter i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. TkVest ble opprinnelig etablert med en avdeling i Hordaland og en i Rogaland. I 2014 ble TkVestland og TkRogaland etablert som egne kompetansesentre som eies av henholdsvis Vestland fylkeskommune og Tannhelse Rogaland (et fylkeskommunalt foretak eid av Rogaland fylkeskommune). Dermed er det to kompetansesentre i samme region. Vår oppfatning er at denne utviklingen ikke er i tråd med den opprinnelige intensjonen bak etableringen av kompetansesentrene.
- TkØ har en åpenbar og organisatorisk forankret regionsfunksjon som det eneste kompetansesenteret med interfylkeskommunalt eierskap. TkØ betjener store deler av region

Sør-Øst (tidligere Øst) i Viken og Innlandet fylkeskommuner. TkØ var opprinnelig basert på samarbeid mellom fylkeskommunene Akershus, Hedmark, Oppland, Østfold og Oslo. Akershus og Oslo fylkeskommuner trakk seg ut av samarbeidet i henholdsvis 2015 og 2016.

- TkSør ble opprettet i Arendal i 2009 for region Sør-Norge. TkSør var organisert som et interkommunalt selskap eid av fylkeskommunene Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder, men ble lagt ned ti år senere. Basert på våre observasjoner var det et åpenbart behov for kompetansesenter i region Sør. Samtidig gir ikke observasjonene et konsistent innblikk i hvorfor senteret ble lagt ned. Intervjuobjekter oppgir ulike årsaker til nedleggelsen og etter vår forståelse ble det ikke gjort en evaluering av senteret i etterkant. Vi kan derfor ikke belyse TkSør ytterligere i denne evalueringen.

Vår vurdering er at den regionale funksjonen i dag er i stor grad knyttet til fylkeskommunene som eier kompetansesentrene, og ikke til regionen i stort, som var intensjonen bak opprettelsen av kompetansesentrene. Vi stiller i den sammenheng spørsmål ved om det er mulig for sentrene å betjene en større region uten at fylkeskommunene i regionen har delt eierskap av sentrene.

I utgangspunktet er det flere måter kompetansesentrene kan ha en større regional funksjon uten at fylkeskommunene er eiere. En mulighet er at sentrene er åpne for å motta henvisninger fra offentlige og private tannlegespesialister i andre fylkeskommuner enn eierfylkene, samt tilbyr fagstøtte til tannhelsepersonell utenfor eierfylkene. Kartleggingen i evalueringen viser at flere av sentrene mottar henvisninger og faglige spørsmål fra tannhelsepersonell fra andre fylkeskommuner i dag, men at omfanget er relativt begrenset. Fylkeskommuner uten kompetansesentre har i stor grad opparbeidet et eget spesialisttilbud og har i mindre grad behov for å benytte kompetansesentrene til pasienthenvisninger og fagstøtte. Å henvise pasienter til kompetansesentrene innebærer også en kostnad for fylkeskommunene, som kan utgjøre en barriere for å henvise pasienter og kontakte sentrene for råd. En annen mulighet er at kompetansesentrene inngår formelle samarbeidsavtaler og/eller samarbeidsmøter med andre fylkeskommuner. Dette skjer i en viss utstrekning i dag, for eksempel gjennom samarbeidsavtaler om TOO-tilbudet. Kartleggingen viser også at enkelte av sentrene har hatt formelle samarbeidsmøter med fylkeskommuner som ikke har kompetansesentre. Flere intervjuobjekter i den offentlige tannhelsetjenesten trekker frem slike avtaler og møter som positive tiltak for å øke samarbeidet, særlig rundt pasientbehandling, men at det ikke har fungert like godt i praksis. Avtaler og møter fordrer proaktiv handling fra begge parter og kan påvirkes av historie, kultur, personkjemi m.m. Gjennom delt eierskap av et kompetansesenter, inngår fylkeskommunene et mer forpliktende samarbeid om senteret. Som deleier må fylkeskommunen finansiere spesialistklinikken på kompetansesenteret, direkte gjennom overføringer/eierbidrag eller indirekte ved at kompetansesenteret fakturerer den offentlige tannhelsetjenesten eller den enkelte offentlige tannklinik for pasientbehandling. Som deleier vil fylkeskommunen således ha et større insentiv til å benytte tjenestene på kompetansesenteret enn gjennom de andre skisserte løsningene.

Samlet sett har vi ikke et tilstrekkelig observasjonsgrunnlag til å hevde at delt eierskap vil medføre at kompetansesentrene får en større regional funksjon. Som eier vil fylkeskommunene imidlertid ha et større insentiv til å benytte kompetansesenteret, særlig som henvisningsinstans for pasienter. I tillegg er det eneste kompetansesenteret som kan sies å ha en større regional funksjon (TkØ), eid av fylkeskommunene i regionen (Viken og Innlandet fylkeskommune). Det er viktig å fremheve at det ikke nødvendigvis er behov for at alle kompetansesentrene har en regional funksjon utover fylkeskommunene

som eier sentrene. Om kompetansesentrene skal ha en tydeligere regional funksjon bør det vurderes som del av en større kontekst med hensyn til organisering av tannhelsetjenesten og tilgjengeligheten til spesialisttannhelsetjenester, noe som tannhelseutvalget skal utrede nærmere.

#### *Ivaretagelse av kompetansesentrenes oppgaver i fylkeskommuner uten eierskap*

Følgende fylkeskommuner er ikke (del)eier av et kompetansesenter i dag:

- Agder fylkeskommune
- Finnmark fylkeskommune (fra 1. januar 2024)
- Møre og Romsdal fylkeskommune
- Nordland fylkeskommune
- Oslo fylkeskommune
- Telemark fylkeskommune (fra 1. januar 2024)
- Vestfold fylkeskommune (fra 1. januar 2024)

I kartleggingen vår har vi avdekket at fylkeskommuner uten eierskap til et kompetansesenter ikke har etablert tilsvarende enheter med samme oppgaveportefølje i sine fylkeskommuner. I intervjuer uttrykker fylkeskommunene at de heller ikke ser behov for å gjøre dette i fremtiden. I flere av fylkeskommunene har offentlige tannklinikker henvist pasienter til kompetansesentrene eller kontaktet sentrene for rådgivning og/eller forespørsel om hospitering, jf. omtale om regional funksjon over. Henviste pasienter er i stor grad komplekse kasuser som har omfattende og spesialiserte behandlingsbehov.

Når det gjelder oppgavene på kompetansesentrene, har flere av fylkeskommunene samlet tannlegespesialister fra flere spesialiteter på tannklinikker for å bygge fagmiljø og kunne tilby tverrfaglig behandling, jf. E1. I tillegg benytter enkelte av fylkeskommunene i større grad det private spesialistmarkedet til å dekke behandlingsbehovet til pasientene. Spesialistklinikkene tilbyr i stor grad også fagstøtte til tannhelsepersonell i fylkeskommunene. Enkelte av fylkeskommunene har avsatt tid til fagstøtte som en del av arbeidstiden til spesialistene, mens i andre fylkeskommuner fremstår tjenesten som mer ad-hoc preget. Når det gjelder forskning, har ikke fylkeskommunene et lovpålagt ansvar for forskning innenfor tannhelsetjenesten, men enkelte fylkeskommuner har et mer bevisst forhold til deltakelse i eller medvirkning til forskning i tjenesten. Eksempelvis har Agder fylkeskommune utarbeidet en tannhelsestrategi hvor det fremkommer at tannhelsetjenesten må legge til rette for praksisnære forskningsprosjekter. Det antydes også i strategien at det skal etableres et fagsenter for tjenesten. Når det gjelder spesialistutdanning, har det vært noen kandidater som har hatt klinisk praksis i enkelte fylkeskommuner, men omfanget er lite. Det er også ulike perspektiver på hvorvidt kompetansesentrene og/eller den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunene skal delta i spesialistutdanningen eller om dette burde være forbeholdt universitetene.

#### *Grenseflater mot andre aktører*

Kompetansesentrene har ulike grenseflater mot andre aktører innenfor tannhelsefeltet, blant annet private tannlegespesialister/-klinikker, de odontologiske utdannings- og forskningsmiljøene på universitetene, fagforeningene, og aktører i den øvrige helse- og omsorgstjenesten, blant annet sykehus, DPS, BUP-tjenesten og andre aktører. I kartleggingen har vi observert at enkelte av grenseflatene er særskilt debattert i tannhelsemiljøet og vi ønsker å kommentere disse nærmere her.

Når det gjelder grenseflaten mot *universitetene*, avdekker kartleggingen i evalueringen sterk skepsis til helsemyndighetenes ønske om en større rolle for kompetansesentrene i spesialistutdanning og forskning. Det uttrykkes bekymring for at det odontologiske forskningsmiljøet fragmenteres og at dette kan få konsekvenser for kvaliteten på forskningen i et lite og sårbart fagmiljø. De senere årene har det også pågått en nedbemanning av vitenskapelige stillinger innenfor odontologi på universitetene. Dette bidrar til en oppfatning om at kapasiteten på kompetansesentrene bygges opp, samtidig som kapasiteten i akademia bygges ned. Denne oppfatningen synliggjør noen av utfordringene med sektorprinsippet i offentlig forvaltning, og viser til dels manglende innsikt i hvilke styringsvirkemidler helsemyndighetene har til rådighet.

De statlige styringsvirkemidlene for utdanning og forskning på tannhelsefeltet er hovedsakelig fordelt på to sektordepartementer som styrer henholdsvis universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgssektoren. Kunnskapsdepartementet tildeler midler til universitetene gjennom en rammebevilgning som universitetene selv allokterer videre til fakultetene og instituttene. I tillegg innhenter universitetene eksterne forskningsmidler fra nasjonale og internasjonale konkurransearenaer. Helse- og omsorgsdepartementet tildeler midler til universitetene gjennom en tilskuddsordning for spesialistutdanningen og kanaliserer midler til forskning gjennom Norges forskningsråd og direkte til helseforetak, forskningsinstitutter og kompetansetjenester m.m. i helse- og omsorgssektoren. Helse- og omsorgsdepartementet tildeler ikke midler til forskning direkte til universitetene. I tillegg har nåværende regjering signalisert ønsket om å fjerne bruken av øremerkede rekrutteringsstillinger, som i tidligere år har blitt brukt som virkemiddel av flere sektordepartementer for å styrke forskningskapasiteten innenfor spesifikke fagområder.<sup>64</sup>

Som sektordepartement er det Helse- og omsorgsdepartementets ansvar å sørge for at kunnskapsbehovene i sektoren dekkes ved å stille forskningsmidler til rådighet.<sup>65</sup> Vårt inntrykk er at universitetene forholder seg stort sett til Kunnskapsdepartementet som eierdepartement. Jevnlige kontaktpunkter mellom Helse- og omsorgsdepartementet og ledelsen ved de odontologiske fagmiljøene på universitetene kunne vært en fordel, fortrinnsvis som en del av dekanmøtene med deltakelse fra både Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Videre er vi kjent med at det er igangsatt et arbeid av Helse- og omsorgsdepartementet med å foreslå en mer samlet organisering av forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Arbeidet skal også ses i sammenheng med andre kunnskapsmiljøer.<sup>66</sup>

Når det gjelder grenseflaten mot *privatpraktiserende tannlegespesialister*, har kompetansesentrene fått kritikk for at de behandler voksne, betalende pasienter som den private tannhelsetjenesten i hovedsak skal dekke behovene til, jf. E2. Flere intervjuobjekter hevder at sentrene ligner på ordinære private spesialistklinikker og de stiller seg kritiske til hvorfor man trenger spesialistbehandling på sentrene. For å belyse denne påstanden, skulle vi ideelt sett hatt statistikk over pasienter som blir behandlet på sentrene

<sup>64</sup> Rønning, A. O. (2022, 11, oktober). *Statsbudsjettet 2023: Regjeringen vil avslutte øremerking til stipendiater og postdoktorer*. Forskerforum.

<https://www.forskerforum.no/regjeringen-vil-avslutte-oremerking-til-stipendiater-og-postdoktorer/>

<sup>65</sup> Kunnskapsdepartementet. (2017, 08, september). *Veileder for sektoransvaret for forskning*. Regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/veileder-for-sektoransvaret-for-forskning/id2570123/>

<sup>66</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 10, juli). *Mandat – delprosjekt Utredning av en samlet organisering av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten*. Regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/82909c94f0544416a7605b5538bc9d06/mandat-delprosjekt-utredning-av-en-samlet-organisering-av-forsknings-og-kompetansesentre.pdf>

fordelt på pasientgrupper. Det har vi ikke avdekket, men vi har fått tilgang til statistikk over henviste pasienter og tid brukt til behandling på kompetansesentrene, jf. figur 4.11 og 4.12. Statistikken viser at i underkant av 40 % av pasientene på TkMidt tilhørte voksne, betalende pasienter i 2022, og at tilsvarende gruppe stod for under 10 % av alle henvisninger på TkVestland og TkØ. Statistikk over tidsbruk viser at i underkant av 60 % av behandlingstiden på TkNN ble brukt på voksne, betalende pasienter og om lag 40 % av tiden på TkRogaland. Vi vil understreke at statistikk over henviste pasienter og tidsbruk ikke kan sammenlignes direkte med hverandre og vi må tolke statistikken med varsomhet, for eksempel foreligger det ingen definisjon på hva en henvisning er. Men dersom vi legger tallene til grunn, indikerer statistikken at flertallet av kompetansesentrene behandler i stor grad andre pasientgrupper enn voksne, betalende pasienter. TkNN er det eneste senteret hvor voksne, betalende pasienter utgjør den største pasientgruppen. Dette må ses i sammenheng med at den private spesialisttannhelsetjenesten i Nord-Norge er liten, jf. tabell 4.1, og at kompetansesenteret har således en viktig funksjon for å tilby befolkningen spesialisttannhelsetjenester og således oppfyller intensjonen bak sentrene. I Midt-Norge er også det private markedet for tannlegespesialister begrenset i omfang sammenlignet med for eksempel Oslo og Vestlandet, og TkMidt dekker derfor også et tannbehandlingsbehov i befolkningen. I Rogaland er det private markedet litt større enn i Midt-Norge, men også vesentlig mindre i Oslo og i Vestlandet fylkeskommune.

Overordnet innebærer dette at vi ikke finner støtte for at kompetansesentrene opererer som "ordinære" private tannklinikker slik det har blitt hevdet. Vi skulle gjerne sett at kompetansesentrene hadde offentliggjort mer statistikk over pasientbehandlingen på sentrene. Mer åpenhet og transparens kunne bidratt til mer innsikt i kompetansesentrene og bidratt til mer faktabaserte diskusjoner. I statistikken burde det også fremkomme mer informasjon om tannbehandlingsbehovet hos pasienter i den voksne befolkningen. I intervjuer fremkommer det at sentrene behandler komplekse kasuser og personer med omfattende behandlingsbehov som ikke kan gå til privatpraktiserende tannleger. Dette burde vært belyst bedre for å skape bedre innsikt i pasientbehandlingen på kompetansesentrene.

Etter vår oppfatning handler debatten i like stor grad om innretningen av tannhelsetjenesten i stort og i hvilken grad den offentlige tannhelsetjenesten skal ha anledning til å behandle voksne, betalende pasienter. Gitt tannhelseloven slik den er utformet i dag og det fylkeskommunale ansvaret, må sentrene ha mulighet til å behandle voksne pasienter for å oppfylle formålet med sentrene og sikre befolkningen rimelig tilgjengelighet til tannhelsetjenester. Innretningen av hele tannhelsetjenesten ligger imidlertid utenfor mandatet til denne evalueringen, men skal vurderes av tannhelseutvalget som ble nedsatt i 2022.

#### *Tilknytningsformer til fylkeskommunen*

Hvert kompetansesenter er eid av én eller flere fylkeskommuner og er ulikt organisert innad i fylkeskommunen(e) med ulike finansieringsmodeller. I intervjuene med kompetansesentrene og den offentlige tannhelsetjenesten fremkommer det ulike synspunkter på de ulike tilknytningsformene. Når kompetansesenteret er *integret i fylkeskommunen*, blir det tettere bånd mellom den offentlige tannhelsetjenesten og kompetansesentrene. Fylkestannhelsesjefen får også bedre styring over hele tannhelsetjenesten i fylkeskommunen og det er lettere å utøve en helhetlig virksomhetsstyring. På den andre siden kan integrering i fylkeskommunens driftsorganisasjon føre til at det oppstår større konkurranse om midler og ressurser, samt roller og ansvar, mellom spesialisttannhelsetjenesten og allmenntannhelsetjenesten. Når kompetansesenteret er *et fylkeskommunalt foretak* eller *et*

*fylkeskommunalt oppgavefelleskap*, kan sentrene oppleve større grad av autonomi enn når de er integrert i fylkeskommunen. På den andre siden kan avstanden fra fylkeskommunen gjøre at det oppstår mer avstand mellom kompetansesentrene og den offentlige tannhelsetjenesten.

Når vi sammenligner de ulike tilknytningsformene til fylkeskommunen, er det fordeler og ulemper ved de ulike tilknytningsformene. Overordnet fremstår ingen av innretningene bedre enn andre gitt formålet med kompetansesentrene. Det kan være regionale forskjeller som gjør at en tilknytningsform er mer egnet enn en annen. For eksempel fremstår det som hensiktsmessig at TkØ er et fylkeskommunalt oppgavefelleskap når det er flere eierfylker. Når det kun er én fylkeskommune som eier et senter, virker det som at valg av tilknytningsform i stor grad har vært et organisatorisk spørsmål, hvor fylkeskommunen har vurdert hvor integrert kompetansesenteret skal være i den offentlige tannhelsetjenesten. Det virker også som at det er andre forhold som er mer betydningsfulle for måloppnåelsen til kompetansesentrene enn tilknytningsform, blant annet bemanning av tannhelsepersonell og forskere, tilgjengelig areal, samarbeid med andre aktører m.m. Vår vurdering er at fylkeskommunene står best til å vurdere hvilken tilknytningsform som passer best i sin region, gitt øvrig struktur og organisering av den offentlige tannhelsetjenesten og fylkeskommunens øvrige oppgaver.

#### *Behov for data*

Vår vurdering er at det er behov for data innenfor flere områder som berører kompetansesentrenes virksomhet, og som vil bidra til å oppfylle myndighetenes styringsbehov. Blant annet er det behov for å definere noen sentrale variabler og samle inn data innenfor følgende områder:

- Det er generell mangel på data innenfor tannhelsefeltet, herunder det underliggende behovet for spesialisthelsetjenester i befolkningen, sammensetning og omfang av tannlegespesialist i privat sektor, etterspørselen etter offentlig vs private tjenester i befolkningen m.m.
- Vi mener at kompetansesentrene bør loggføre henvendelser og estimere arbeidsmengden knyttet til alle former for fagstøtte og etterutdanning og synliggjøre statistikken gjennom årsrapportene e.l. Ved å få et tydeligere bilde av ressursituasjonen vil sentrene også ha et bedre grunnlag for å vurdere om det er behov for å øke kapasiteten for å dekke eventuelle udekket etterspørsel, og således også om det foreligger et behov for å øke finansieringen av tjenestene. Enkelte av sentrene gjør dette allerede i dag og det bør etterstrebtes å finne løsninger som ikke er administrativt ressurskrevende. Kompetansesentrene bør også vurdere å samordne hvordan henvendelsene registreres og loggføringen gjennomføres slik at tallene er sammenlignbare på tvers av sentrene.
- Det bør utarbeides noen kvalitetsindikatorer som kan vise utvikling i forskningsinnsatsen innenfor den praksisnære forskningen. Selv om ikke all forskning enkelt lar seg kategorisere, mener vi det er hensiktsmessig innenfor anvendt og praksisnær forskning å forsøke å måle innsats og resultater innenfor noen overordnede tematiske kategorier. For å vurdere utviklingen i den samlede forskningsinnsatsen på tvers av aktørene, bør det også utarbeides noen konkrete måltall. Det bør også vurderes å inkludere indikatorer for ressurseffektivitet som for eksempel publikasjoner per forskerårsverk.

- Det bør vurderes å innhente statistikk på i hvilken grad kandidatene som inngår bindende arbeidsavtaler med kompetansesentrene har fullført bindingstiden i avtalen eller blitt værende på kompetansesentrene utover bindingstiden.
- Når det gjelder omfanget på finansieringen av kompetansesentrene, mener vi at det først og fremst må foreligge bedre datagrunnlag før man kan vurdere om sentrene er over- eller underfinansiert. Samlet sett mener vi at staten bør gå i dialog med fylkeskommunene og vurdere om det er formålstjenlig at den statlige medfinansieringen av sentrene inngår i rammefinansieringen av fylkeskommunene framfor gjennom tilskuddsordninger. Om den offentlige tannhelsetjenesten skal ha mulighet til å yte tjenester til betalende, voksne pasienter og om lovverket bør endres ligger utenfor mandatet til denne evalueringen.

### **Samlet vurdering**

Samlet sett er vår overordnede vurdering når vi ser oppgaveporteføljen til kompetansesentrene under ett, at kompetansesentrene har bidratt til at befolkningen har til en viss grad fått bedre tilgang til odontologiske spesialisttjenester og bidratt til å heve kompetansen i tannhelsetjenesten gjennom fagstøtte, forskning og kunnskapsutvikling. Basert på observasjonene i kartleggingen stiller vi imidlertid spørsmål ved bredden i oppgavesammensetningen. Det gjelder særlig bredden av oppgaver innenfor forskning og spesialistutdanning. Videre stiller vi spørsmål ved om det er hensiktsmessig at alle sentrene skal bygge opp samme kompetanse innenfor alle fagområder. For å sikre befolkningen bedre tilgang til spesialisttannhelsetjenester mener vi at kompetansesentrene bør ha en mer spredt fysisk tilstedeværelse i regionene, samtidig som sentrene bevarer tilhørigheten til et fagmiljø i større organisatoriske enheter. Kompetansesentrene skal etter intensjonen ha en regional funksjon, men vår vurdering er at den regionale funksjonen i stor grad er knyttet til fylkeskommunene som de tilhører, og ikke til regionen i stort. Overordnet observerer vi at det er behov for data innenfor flere områder som berører kompetansesentrenes virksomhet og som bidrar til å oppfylle myndighetenes styringsbehov.



## 6. Oppsummering av vurderinger og anbefalinger

### Oppsummering av vurderinger

De regionale odontologiske kompetansesentre har vært en betydelig satsing innenfor den offentlige tannhelsetjenesten siden årtusenskiftet. Det har blitt bygd opp fem odontologiske kompetansesentre spredt rundt i landet - Tromsø (TkNN), Trondheim (TkMidt), Bergen (TkVestland), Stavanger (TkRogaland) og Oslo (TkØ) - med et overordnet formål om å bedre tilgangen til odontologiske spesialisttjenester og bidra til å heve kompetansen i tannhelsetjenesten.

Vår overordnede vurdering er at de regionale odontologiske kompetansesentrene har bidratt til at befolkningen til en viss grad har fått bedre tilgang til odontologiske spesialisttjenester. I tillegg har kompetansesentrene bidratt til å heve kompetansen i tannhelsetjenesten gjennom fagstøtte, rådgivning, veiledning, etterutdanning, forskning og øvrig kunnskapsutvikling. Fra kartleggingen vår vil vi særlig fremheve følgende:

- Kompetansesentrene har, om enn i noe varierende grad, bygd opp en tverrfaglig spesialisttannhelsetjeneste som styrker fylkeskommunenes spesialisttannhelsetilbud
- Kompetansesentrene tilbyr fagstøtte, rådgivning, veiledning, hospitering og etterutdanning
- Kompetansesentrene har bygd opp forskningsavdelinger og utviklet et flerfaglig samarbeid med relevante fagmiljøer
- Kompetansesentrene har vokst over tid og antall henvisninger har økt, større kurstilbud, økt forskningsaktivitet m.m.
- Kompetansesentrene har et aktivt samarbeid med institusjoner i helse- og omsorgstjenesten i behandling av pasienter

Samtidig er det forhold som har bidratt til at kompetansesentrene ikke har fungert etter intensjonen:

- Kompetansesentrene har, med enkelte unntak, konsentrert hovedvirksomheten fysisk. Det har muliggjort et større fagmiljø med et tverrfaglig spesialisttilbud og positive synergieffekter. Samtidig har det gitt lang reisevei for pasienter i rurale områder hvor dekningen av private tannlegespesialister er lavest, og kartleggingen har vist at lang reisevei er en sentral barriere for å henvise pasienter til sentrene. Den fysiske konsentrasjonen av virksomheten har således vært et hinder for å bedre tilgangen til spesialisttannhelsetjenester for befolkningen.
- En del av motivasjonen bak etableringen av kompetansesentrene var at desentralisert videreutdanning av tannleger skulle bidra til spredning av tannlegespesialister utenfor de største byene. Svært få kandidater har gjennomført desentralisert klinisk praksis på kompetansesentrene som en del av spesialistutdanningen. Samarbeidet mellom universitetene og kompetansesentrene om spesialistutdanningen påvirkes av flere forhold, og er særlig preget av prinsipielle uenigheter rundt kompetansesentrenes rolle i spesialistutdanningen.
- Intensjonen var at kompetansesentrene skulle være et senter for *hele* tannhelsetjenesten. I dag fremstår kompetansesentrene i hovedsak som sentre for den offentlige tannhelsetjenesten, særlig fagstøtten og etterutdanningstilbudet, og ikke for hele tannhelsetjenesten.

- Den regionale funksjonen til kompetansesentrene er i stor grad knyttet til fylkeskommunene sentrene tilhører og ikke til regionene i stort. Det regionale perspektivet var en viktig del av intensjonen bak opprettelsen av kompetansesentrene, og det er kun TkØ som reelt betjener en større region i dag.

Statens helsetilsyn utredet behovet for regionale odontologiske kompetansesentre i 2000 og beredte grunnlaget for etableringen av sentrene. I oppfølgingen av St.meld. nr. 35 (2006-2007) savner vi imidlertid et tydeligere strategisk mål bilde for utviklingen av og omfanget på virksomheten til sentrene og en tydeligere arbeidsdeling mellom aktørene på tannhelsefeltet. Herunder hvilke tannbehandlingsbehov i befolkningen sentrene skal dekke utover pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, hvor omfattende kursvirksomhet og fagstøttetjenester, hvor stor forskningsproduksjon og hvor stort bidrag i den kliniske delen av spesialistutdanningen sett opp mot andre aktører. Omfanget på virksomheten har også stor betydning for finansiering av kompetansesentrene. Overføringen av offentlige midler har økt betydelig siden sentrene ble etablert, men det samlede finansieringsbehovet fremstår fremdeles som uklart.

Kompetansesentrene ble etablert på ulike tidspunkt og det er variasjon i hvor godt sentrene har ivarett oppgavene de har blitt tildelt. På tvers av kompetansesentrene har vi identifisert flere barrierer som har hindret utviklingen av sentrene. Sentrale faktorer er rekrutteringsutfordringer av tannhelsepersonell og forskere innenfor klinisk odontologi og sårbarheter i bemanningen, til dels lange ventetider på spesialistklinikken, begrenset økonomisk handlingsrom og uforutsigbar statlig finansiering. Kompetansesentrene har ulik tilknytningsform til fylkeskommunene som gir ulike fordeler og ulemper, men hvor ingen av tilknytningsformene peker seg vesentlig bedre ut enn andre.

En sentral del av virksomheten til kompetansesentrene er forskning og kunnskapsutvikling. Det har vært betydelig variasjon i forskningsaktivitet mellom kompetansesentrene, og forskningsavdelingene er preget av utfordringer med å rekruttere forskere innenfor klinisk odontologi. Kompetansesentrenes rolle som pådriver for praksisnær forskning fremstår som særlig viktig, spesielt når det fortsatt er stort behov for kunnskap i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Samtidig er det risiko for at forskningskompetansen innenfor odontologi spres utover for mange aktører slik at det blir vanskelig å skape fagmiljøer som er tilstrekkelig robuste. Vår vurdering er at forskningsmandatet til kompetansesentrene burde vært tydeligere og mer målrettet for å legge til rette for utviklingen av mer spissede fagprofiler og en tydeligere arbeidsdeling mellom kompetansesentrene og andre forskningsaktører, særlig universitetene.

Kompetansesentrene har over tid utviklet seg til store organisatoriske enheter i tannhelsetjenesten. De har således blitt en del av en større diskusjon om hvordan tannhelsetjenesten skal være organisert, finansiert og hvordan lovverket skal utformes. Deler av kritikken mot kompetansesentrene som har fremkommet i evalueringen, handler ikke primært om den enkelte kompetansesenterets virksomhet, men hvordan kompetansesentrene samlet sett passer inn i organiseringen av tannhelsetjenesten og innenfor et utdannings- og forskningssystem med veletablerte aktører i universitets- og høyskolesektoren. Vi er svært positive til at det har blitt nedsatt et tannhelseutvalg som har som mandat å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket, inkludert regulering og rettigheter. Kompetansesentrene bør være en sentral del av utvalgets vurderinger.

## Anbefalinger

### Kompetansesentrenes rolle og oppgaver

Kompetansesentrene utgjør i dag en sentral del av den offentlige tannhelsetjenesten, som de også burde gjøre i fremtiden. Vi stiller imidlertid spørsmål ved bredden i oppgavesammensetningen og etterspør større synlighet av gevinster.

- Når det gjelder *forskning*, stiller vi spørsmål ved om det er hensiktsmessig å legge opp til større spredning av forskningskompetanse i et relativt lite fagmiljø. Det bør gjøres en vurdering av om hvert kompetansesenter skal drive med forskning og om forskningsmandatet til sentrene bør spisses. For å oppnå større faglige synergier bør muligheter for samordning på tvers av kompetansesentrene, og samarbeid mellom sentrene og andre forskningsmiljøer, konkretiseres i en felles forskningsstrategi for kompetansesentrene.
- *Desentralisert klinisk praksis* på kompetansesentrene som en del av spesialistutdanningen, har hittil ikke fungert godt. Dersom utviklingen fortsetter slik, er det grunn til å stille spørsmål ved om alle kompetansesentrene skal delta i spesialistutdanningen og om det bør begrenses til enkelte fagdisipliner. Dette bør vurderes opp mot andre virkemidler som kan bidra til bedre geografisk spredning av tannlegespesialister.
- Når det gjelder *spesialistbehandlingstilbudet*, må myndighetene vurdere hvor mye av behovet for spesialiserte tannhelsetjenester i befolkningen kompetansesentrene skal dekke. Personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven bør fortsatt stå sentralt, mens i den voksne befolkningen mener vi det er særlig tre sentrale behandlingsgrupper som sentrene bør behandle; personer i områder med lav spesialistdekning i det private markedet, komplekse kasuser og sårbare grupper. Dette kan kreve endringer i tannhelsetjenesteloven og bør således vurderes av tannhelseutvalget.
- Når det gjelder *fagstøtte og rådgivning*, er det en viktig oppgave overfor tannhelsetjenesten og et riktig supplement til spesialisttannhelsetjenesten ved sentrene. Kompetansesentrene må imidlertid sørge for at tilbudet når ut til hele tannhelsetjenesten.

Vi anbefaler at det utvikles et strategisk målbilde for kompetansesentrene. Målbildet bør tydeliggjøre omfanget på virksomheten og sette klare mål for hva sentrene skal oppnå sett opp mot behovene i tannhelsetjenesten. Dette er også viktig for å vurdere omfanget på finansieringen fremover. Det bør åpnes for at kompetansesentrene kan ha ulike faglige profiler og ansvar for ulike fagområder hvor de bygger opp særskilt kompetanse. Om kompetansesentrene skal ha en tydeligere regional funksjon bør vurderes i en større kontekst med hensyn til organiseringen av tannhelsetjenesten og tilgjengeligheten til spesialisttannhelsetjenester i hele landet.

### Videreutvikling av kompetansesentrene

Vi ser rom for både mindre og større forbedringer for å bidra til å videreutvikle kompetansesentrene og tjenestetilbudet ytterligere:

- For å sikre befolkningen bedre tilgang til spesialisttannhelsetjenester mener vi at kompetansesentrene bør ha en mer spredt fysisk tilstedeværelse i regionene, samtidig som sentrene bevarer tilhørigheten til et fagmiljø i større organisatoriske enheter. Dette er en krevende

balansegang og den beste løsningen kan være forskjellig fra region til region. TkRogaland har allerede opprettet en spesialistklinikk i Haugesund, TkNN har en avdeling på Finnsnes og TkVestland har en avdeling i Stryn. TkVestland planlegger også å opprette en filial i Førde. I tillegg er vi inneforstått med at andre kompetansesentre gjør tilsvarende vurderinger rundt behovet for å spre spesialistvirksomheten i fylkeskommunene.

- Vi anbefaler at det utarbeides en felles forskningsstrategi for kompetansesentrene slik det opprinnelig ble foreslått i Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi. En felles forskningsstrategi bør legge til rette for en mer målrettet og samordnet innsats på tvers av kompetansesentrene. Det bør også legges vekt på sammenhengen mellom kompetansesentrene og andre aktører på tannhelsefeltet, slik at aktørene i større grad utfyller hverandre og samarbeider for å nå kunnskapsmålene for sektoren. Vi anbefaler videre at det gjennomføres en ny kartlegging og analyse av odontologisk forskning i Norge, ettersom det er nesten ti år siden det sist ble utført en slik analyse. Det kan danne en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for et strategiarbeid.
- Mangel på data fører til lite transparens om innsats og resultater i tannhelsetjenesten. Det er behov for mer data innenfor flere områder som omfatter og berører kompetansesentrenes virksomhet og som kan bidra til å oppfylle myndighetenes styringsbehov. Vi anbefaler at Helsedirektoratet i større grad enn i dag analyserer og formidler datamateriale fra årsrapportene til sentrene for å kunne vurdere måloppnåelse på tvers av sentrene og identifisere forbedrings- og utviklingsområder. Videre er det generell mangel på data innenfor tannhelsefeltet, herunder det underliggende behovet for spesialisthelsetjenester i befolkningen, omfanget av spesialist-tannleger i privat sektor, etterspørselen etter offentlig vs private tjenester i befolkningen m.m.
- Det later til at det er mulig å hente ut større synergieffekter innad på kompetansesentrene. Det gjelder særlig mellom spesialistklinikken og forskningsavdelingen. Økt samarbeid kan blant annet bidra til å identifisere relevante kliniske problemstillinger og utvikle nye forskningsprosjekter. Vårt inntrykk er at det ikke er tilstrekkelig å samle spesialistklinikken og forskningsavdelingen fysisk på samme sted, men at det er nødvendig med aktive handlinger for å styrke kunnskapsoverføring og skape arenaer for innovasjon og utvikling.
- Kompetansesentrene bør bidra til å styrke det kvantitative og kvalitative kunnskapsgrunnlaget for å synliggjøre merverdien av egeninnsats i større grad. Det gjelder innenfor flere områder, blant annet det tverrfaglige arbeidet som utføres, innsatsen innenfor praksisnær forskning, forskningsresultater som anvendes i tjenesten, synergieffekter, pasientgrunnlaget og ressursinnsatsen som kreves ved behandling av ulike pasientgrupper.
- Kompetansesentrene bør loggføre henvendelser og estimere arbeidsmengden knyttet til alle former for fagstøtte og etterutdanning, og synliggjøre statistikken gjennom årsrapportene e.l. Ved å få et tydeligere bilde av ressursituasjonen vil sentrene også ha et bedre grunnlag til å vurdere om det er behov for å øke kapasiteten for å dekke eventuelle udekket etterspørsel, og således også om det foreligger et behov for å øke finansieringen av tjenestene. I tillegg er det behov for bedre innsikt og analyser av behovet i befolkningen for å bedre innrette tilbudet.
- Kompetansesentrene er ulikt organisert og har ulik tilknytning til eierfylkeskommunene. Det medfører at det er utfordrende å fremstille inntekter og utgifter på tvers av sentrene på en

helhetlig måte. Vi mener at Helsedirektoratet og kompetansesentrene bør videreutvikle rapporteringen med formål om økt sammenlignbarhet mellom sentrene og at regnskapstallene bør synliggjøres i årsrapporteringer og -meldinger. Dette vil gi økt åpenhet og transparens i bruken av offentlige midler.

- Det er et stort forbedringspotensial når det gjelder formidling av tjenestetilbudet til tannhelsepersonell i tjenesten. Det gjelder særlig fagstøtte og kursvirksomheten på sentrene. I tillegg ser vi et forbedringspotensial med hensyn til kompetansesentrenes formidling av forskningsresultater til tjenesten. Det etterspørres mer synlighet i tjenesten.
- Det er et potensial for økt samarbeid og samordning på tvers av sentrene. Innenfor spesialistbehandling kan kompetansesentrene blant annet etablere tverregionale arenaer for kompetanseheving gjennom deling av prosedyrer, fagutvikling (for eksempel bruk av teknologi), kasusmøter m.m. Innenfor fagstøtte og etterutdanning kan sentrene blant annet samarbeide i utarbeidelsen og gjennomføringen av kursvirksomheten.

## Referanser

Disch, P.G. og Fredwall, T. E. (red.). (2023). *Veiviser for forskning i helse- og omsorgstjenestene i kommunen*. Senter for omsorgsforskning.

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/3050256>

Ekspertgruppe. (2017). *Områdegjennomgang av øremerkede tilskudd til kommunesektoren. Økt treffsikkerhet – bedre effekt – mindre byråkrati*. Rapport fra ekspertgruppe, levert til Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Finansdepartementet 19. desember 2017.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omradegjennomgang-av-oremerkede-tilskudd-til-kommunesektoren/id2582460/>

Helsedirektoratet. (2011). *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling* (IS-1589). Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten/>

Helsedirektoratet. (2016). *Organisering og gjennomføring av spesialistutdanning for tannleger – høst 2015* (IS-2764). Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-gjennomforing-av-spesialistutdanning-for-tannleger/Organisering>

Helsedirektoratet. (2016). *Regler for spesialistutdanning av tannleger. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 05.02.2014, senest justert 11.10.2016*. Helse- og omsorgsdepartementet.

[https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/dokumenter%20spesialistutdanning/Regler%20for%20spesialistutdanning%20av%20tannleger.pdf/ /attachment/inline/7da5c9c1-7308-4a4f-af78-6b7bbb39522c:54946cbb80611ab21af6fc3fbc68d46b3d014c/Regler%20for%20spesialistutdanning%20av%20tannleger.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/dokumenter%20spesialistutdanning/Regler%20for%20spesialistutdanning%20av%20tannleger.pdf/)

Helsedirektoratet. (2017). *Kartlegging av spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Status høst 2017. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet* (IS-2808).

Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-spesialisttannhelsetjenester-til-personer-med-rettigheter-etter-tannhelsetjenesteloven/Kartlegging>

Helsedirektoratet. (2017). *Spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell. Utredningsrapport til Helse- og omsorgsdepartementet* (IS-2758). Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/spesialistutdanning-av-tannleger-som-en-integrert-samarbeidsmodell/Spesialistutdanning>

Helsedirektoratet. (2017). *Veileder for fastsetting av forventede ventetider til informasjonstjenesten Velg behandlingssted* (IS-1200). Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/fastsetting-av-forventede-ventetider-til-informasjontjenesten-velg-behandlingssted>

Helsedirektoratet. (2021). *Regelverk for tilskuddsordning: Regionale odontologiske kompetansesentre*. Kapittel 0770 post 70, oppdragskode 870128, godkjent av HOD 22.12.2021.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (2017 -2027)*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-kunnskapsloft-for-oral-helse/id2569994/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 24. mars). *Rundskriv I-2/2023 Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-oppdrag-og-arsrapporter/2023/rundskriv-i-2-23.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 20. juni). *Nasjonalt system for måling av forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten*.

Regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helseforskning/nasjonalt-system-for-maling-av-forsknings-og-kompetansesentre-utenfor-spesialisthelsetjenesten/id446980/>

KS. (2022, 15. desember). *Krevende budsjettarbeid i kommuner og fylkeskommuner*. KS.no.

<https://www.ks.no/fagomrader/okonomi/kno/krevende-budsjettarbeid-i-kommuner-og-fylkeskommuner/>

Kunnskapsdepartementet. (2017, 08. september). *Veileder for sektoransvaret for forskning*.

Regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/veileder-for-sektoransvaret-for-forskning/id2570123/>

Meld. St. 18. (2014-2015). *Konsentrasjon for kvalitet. Strukturreform i universitets- og høyskolesektoren*.

Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-2014-2015/id2402377/>

Meld. St. 38. (2020-2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse-

og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>

Meld. St. 5 (2022-2023). *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023-2032*.

Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20222023/id2931400/>

Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse. (2023). *Mandat for Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse*. Odontologi.net.

<https://odontologi.net/om-oss/>

NOU. (2005:11). *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-11/id153816/>

NOU. (2023:4). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helsepersonellkommissjonen.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

Oral helse KAG. (2023). *Oral helse i et helhetlig helse- og sykdomsperspektiv*. <https://www.oralhelse.no/>

PwC. (2019). *Evaluering av Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus*, PwC rapport. Helsedirektoratet.no.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-forsoksordning-med-orale-helsetjenester-organisert-i-tverrfaglig-miljo-ved-sykehus/Evaluering>

PwC (2021). *Evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi («TOO-tilbudet»)*, PwC rapport. Helsedirektoratet.no.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-tannhelsetilbud-til-personer-utsatt-for-tortur-og-overgrep-og-personer-med-odontofobi-too-tilbudet-rapport-fra-pwc>

Rønning, A. O. (2022, 11, oktober). *Statsbudsjettet 2023: Regjeringen vil avslutte øremerking til stipendiater og postdoktorer*. Forskerforum.  
<https://www.forskerforum.no/regjeringen-vil-avslutte-oremerking-til-stipendiater-og-postdoktorer/>

Statens helsetilsyn. (2000). *Odontologiske spesialisttjenester: Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra* (IK-2701/5-99 utredningsserie). Statens helsetilsyn.  
[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/utredningsserien/spesialister\\_odont\\_kompetanse\\_ik-2701.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/utredningsserien/spesialister_odont_kompetanse_ik-2701.pdf)

St.meld. nr. 35 (2006-2007). *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning — Framtidas tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-35-2006-2007-/id475114/>

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst. (2023, 30, mai, s.22). *TkØs årsrapport 2022*. tkost.no.  
<https://www.tkost.no/aarsrapport-2022-klar.6605562-193182.html>



## Vedlegg A - Spørsmål fra Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har beskrevet en rekke problemstillinger og forhold som de ønsker belyst i denne evalueringen. Se tabell A.1 for nærmere oversikt.

Tabell A.1 Problemstillinger og forhold som ønskes belyst i evalueringen

Tjenesteperspektivet
Kartlegge og vurdere organiseringen av tilbudet og hvor langt man er kommet i utbyggingen av senteret.
Vurdere hvordan fylkeskommuner som ikke er eiere av kompetansesentre ivaretar oppgavene sentrene har i egen organisasjon/tjeneste/region.
Tannhelsetjenestenes medvirkning i praksisnær forskning, hva er eventuelle suksesskriterier og barrierer for å få til dette?
<i>Spesialisttannhelsetjenester</i>
Vurdere dimensjoneringen av tilbudet i fylkene inkludert ev. avtaler med privat spesialisttannhelsetjeneste.
Hvordan har fylker uten sentre valgt å organisere og ivareta spesialisttannhelsetjenestene til pasientene med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller etter Stortingets budsjettvedtak?
Ressursbruk og ev. variasjon i fylkeskommunenes bidrag til spesialisttannhelsetjenester / klinikker for de med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller etter Stortingets budsjettvedtak
Samarbeidet med andre deler av helse- og omsorgstjenesten, særlig de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten.
Brukerperspektivet
Kartlegge og vurdere den offentlige og private tannhelsetjenestens erfaring med og opplevde nytte av kompetansesentrene, inkl. bruk og kontakt med sentrene.
Hvor godt ivaretar sentrene fagstøtte, råd og veiledning, samt etter- og videreutdanning til de fylkeskommunale tannklinikkene og privat sektor?
I hvilken grad har kompetansesentrene bidratt til kunnskapsutvikling innenfor tannhelsefeltet som har kommet tjenesteutøvere til gode.
Vurdere hvorvidt tilbudet har bidratt til å avdekke særskilte behov hos helse- og omsorgstjenestene som man tidligere ikke har hatt kunnskaper om.
Deltagelsen i spesialistutdanningen av tannleger. Hva har vært vilkårene og ev. hindringer i å få dette til? Hvilken betydning har ev. deltakelse i spesialistutdanning for kompetansesenteret? Hvilke ev. ringvirkninger har dette gitt for rekruttering av tannlegespesialister til fylkene?
<i>Spesialisttannhelsetjenester</i>
Vurdere i hvilken grad kompetansesentrene har bidratt til å møte behov hos pasientgrupper som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller etter Stortingets budsjettvedtak.
Er det avdekket behov, barrierer / hindre i tannhelsetjenesten eller hvordan man har valgt organisering av spesialisttannhelsetjenester for pasientgrupper som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller etter Stortingets budsjettvedtak?
Vurdere betydningen av ordninger som hospitering og ambulant spesialisttannlege for både tjenestene og brukerne.
Der det er gjennomført brukerundersøkelser, og hva avdekket disse?

---

### Kunnskapsperspektivet

---

Kompetansesentrene har ført til økt forskning og utvikling knyttet til praksisnær forskning innenfor oral helsefeltet. Hvordan kan man fortsette og forsterke denne utviklingen?

Samarbeid med andre forskningsmiljøer (UH-sektoren, de regionale helseforetakene og ev. andre).

Hva har vært tannhelsetjenestens kompetansesentre sin rolle og hvordan har samarbeidet vært?

Hvilken type opplæring og implementering av kunnskap gjennomføres jevnlig overfor tannhelsetjenestene i sentrenes region?

Hvordan er sentrenes samarbeid med Helsedirektoratet?

Hva har fremmet og hemmet sentrenes bistand til tjenesteutvikling?

Hvilke vilkår og forhold har samvirket der kompetansesentrene har fått til gode samarbeidsrelasjoner med universitets og høgskolesektoren? Hva har vært suksesskriteriene?

Hva er muligheten for forskningsstøttefunksjoner sentrene imellom, eller i samarbeid med regionale aktører?

#### *Spesialisttannhelsetjenester*

Vurdere hvorvidt kompetansesentrene har bidratt til å styrke tverrfaglige spesialisttannhelsetjenester i deres region

Vurdere hvorvidt kompetansesentrene har bidratt til å styrke samarbeidet med andre, som de regionale helseforetakene, læresteder som tilbyr odontologiske utdanninger og ev. andre større fagmiljø.

---

---

### Øvrige forhold

---

Basert på funn i evalueringen ber Helse- og omsorgsdepartementet om det om en vurdering av hvordan tilskuddsordningen fremover bør ivaretas / innrettes. Dette innebærer bla. å vurdere om kriteriene for tilskuddsordningen bør endres.

Departementet ønsker en vurdering av direktoratets rolle i etablering, utvidelse og videreutvikling av tannhelsetjenestens kompetansesentre.

Departementet ønsker at fylkeskommunenes ansvar og rolle med hensyn til tannhelsetjenestens kompetansesentre skal vurderes.

---

## Vedlegg B - Spørreundersøkelse

I evalueringen ble det gjennomført en spørreundersøkelse i perioden 1. mai - 14. mai 2023, jf. kapittel 2.2. Målgruppene i undersøkelsen var ledere og ansatte på tannhelsetjenestens kompetansesentre, ansatte og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og ansatte i universitets- og høyskolesektoren som arbeider med tannhelse. Tabell B.1 gir oversikt over spørsmålene som ble stilt i spørreundersøkelsen.

Tabell B.1 Spørsmål i gjennomført spørreundersøkelse i evalueringen

---

1. Hvilken relasjon har du til tannhelsetjenestens kompetansesentre? Flervalg mulig.

- Ansatt på et kompetansesenter
- Ansatt i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten
- Privatpraktiserende tannlege
- Ansatt i universitets- og høyskolesektoren
- Annet sted

2. Hvilke kompetansesentre har / har du hatt en relasjon til? Flervalg mulig.

- Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN)
- Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Midt-Norge (TkMidt)
- Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland (TkVest)
- Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland (TkRog)
- Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ)
- Ingen av kompetansesentrene

3. I hvilken grad opplever du at kompetansesentrene har bidratt til å styrke spesialisttannhelsetjenestene i fylkeskommunene?

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Vet ikke/ikke relevant

4. I hvilken grad opplever du at kompetansesentrene har bidratt til å dekke spesialistbehovet til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven?

- I svært liten grad
  - I liten grad
  - I noen grad
  - I stor grad
  - I svært stor grad
  - Vet ikke/ikke relevant
-

---

5. Dersom du opplever at behovet ikke er fullt ut dekket av kompetansesentrene, hva mener du er årsaken(e) til det? Flervalg mulig.

- Behandlingen skjer hos privatpraktiserende spesialister
- Behandlingen skjer på offentlige klinikker
- Ikke tilstrekkelig antall tannlegespesialister på kompetansesentrene
- Ikke tilstrekkelig antall øvrig personell på kompetansesentrene
- Ikke tilstrekkelig geografisk spredning av tilbudet
- Andre årsaker

6. I hvilken grad opplever du at kompetansesentrene har bidratt til å bedre tilgangen til spesialisttannhelsetjenester for voksne betalende pasienter?

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Vet ikke/ikke relevant

7. Dersom du opplever at kompetansesentrene i svært liten, liten eller noen grad har bidratt til dette, hva mener du er årsaken(e) til det? Flervalg mulig.

- Behandlingen skjer hos privatpraktiserende spesialister
- Behandlingen skjer på offentlige tannklinikker
- Ikke tilstrekkelig antall tannlegespesialister på kompetansesentrene
- Ikke tilstrekkelig antall øvrig personell på kompetansesentrene
- Ikke tilstrekkelig geografisk spredning av tilbudet
- Behandling på kompetansesentrene medfører for høye kostnader for pasientene
- Andre årsaker

8. Opplever du at kompetansesentrene har bidratt til å øke tilgangen til behandling i narkose?

- Ja
- Nei
- Vet ikke/ikke relevant

9. Opplever du at kompetansesentrenes tverrfaglige spesialisttannhelsetjenester bedrer pasientbehandlingen i forhold til å henvise til en enkelt spesialist?

- Ja
- Nei
- Vet ikke/ikke relevant

10. Opplever du at det har vært barrierer for å henvise pasienter til kompetansesentre?

- Ja
  - Nei
  - Vet ikke/ikke relevant
-

---

11. Dersom ja, hvilke barrierer opplever du har eksistert? Flervalg mulig.

- Lang ventetid på behandling
- Lang reisevei for pasientene
- Utfordrende å kommunisere med kompetansesentrene
- Høy kostnad for pasienten
- Høy kostnad for henvisende tannklinikk/tannhelsetjeneste
- Ikke tilstrekkelig behandling på kompetansesenteret
- Andre årsaker

12. Opplever du at spesialisttannhelsetjenestene ved kompetansesentrene har bidratt til å avdekke særskilte behov for helse- og omsorgstjenester som man tidligere ikke har hatt kunnskaper om?

- Ja
- Nei
- Vet ikke/ikke relevant

13. Dersom ja, kan du spesifisere hvilke behov som du opplever er avdekket? Fritekst (maks 150 tegn).

14. Har du kjennskap til følgende tjenester ved kompetansesentrene?

Fagstøtte, rådgivning og veiledning

- Ja
- Nei
- Vet ikke/ikke relevant

Etterutdanning

- Ja
- Nei
- Vet ikke/ikke relevant

Hospitering

- Ja
- Nei
- Vet ikke/ikke relevant

15. Dersom du har benyttet deg av noen av disse tjenestene, i hvilken grad opplever du at de var nyttig/kompetansehevende?

Fagstøtte, rådgivning og veiledning

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Vet ikke/ikke relevant

Etterutdanning

---

- 
- I svært liten grad
  - I liten grad
  - I noen grad
  - I stor grad
  - I svært stor grad
  - Vet ikke/ikke relevant

#### Hospitering

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Vet ikke/ikke relevant

16. Har du forslag til forbedringstiltak? Fritekst (maks 150 tegn).

17. I hvilken grad opplever du at kompetansesentrene har bidratt til forskning og kunnskapsutvikling innenfor tannhelsefeltet?

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Vet ikke/ikke relevant

18. I hvilken grad opplever du at kompetansesentrene har klart å formidle ny innsikt innenfor tannhelsefeltet som har kommet tannhelsepersonell til gode?

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Vet ikke/ikke relevant

19. Har du deltatt i praksisnær forskning i regi av/i samarbeid med kompetansesentrene?

- Ja
- Nei
- Vet ikke/ikke relevant

20. Dersom ja, opplevde du at samarbeidet bidro til ny innsikt som er relevant for tannhelsetjenesten?

- Ja
  - Nei
  - Vet ikke/ikke relevant
-

---

21. I hvilken grad opplever du at kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen har bidratt til større spredning av tannlegespesialister i landet?

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Vet ikke/ikke relevant

22. Opplever du at det har vært hindringer mht. kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanningen?

- Ja
- Nei
- Vet ikke/ikke relevant

23. Dersom ja, kan du spesifisere hvilke hindringer som du har opplevd? Flervalg mulig.

- Ikke tilstrekkelig med søkere til spesialistutdanningen
- Ikke tilstrekkelig antall studieplasser i spesialistutdanningen
- Ikke tilstrekkelig veiledningskapasitet på kompetansesentrene
- Ikke tilstrekkelig veiledningskompetanse på kompetansesentrene
- Utdfordrende å sikre tilstrekkelig lønnsmidler til kandidatene
- Klinisk praksis på kompetansesentrene godkjennes ikke av lærestedet
- Andre årsaker

24. Dersom du har samarbeidet med kompetansesentrene, hvordan har du opplevd samarbeidet knyttet til...?

Behandling av pasienter

- Behandling av pasienter
- Svært dårlig
- Dårlig
- Hverken dårlig eller bra
- Bra
- Svært bra
- Vet ikke/ikke relevant

Fagstøtte, rådgivning, veiledning og/eller etterutdanning

- Behandling av pasienter
  - Svært dårlig
  - Dårlig
  - Hverken dårlig eller bra
  - Bra
  - Svært bra
  - Vet ikke/ikke relevant
-

---

Forskning og/eller kunnskapsutvikling

- Behandling av pasienter
- Svært dårlig
- Dårlig
- Hverken dårlig eller bra
- Bra
- Svært bra
- Vet ikke/ikke relevant

Klinisk praksis for tannleger i spesialisering

- Behandling av pasienter
- Svært dårlig
- Dårlig
- Hverken dårlig eller bra
- Bra
- Svært bra
- Vet ikke/ikke relevant

25. I hvilken grad opplever du at den geografiske plasseringen av kompetansesentrene i Norge har bidratt til å dekke befolkningens behov for tannhelsetjenester?

- I svært liten grad
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Vet ikke/ikke relevant

26. Opplever du at det er positive synergieffekter ved at flere oppgaver er samlet på kompetansesentrene?

- Ja
- Nei
- Vet ikke/ikke relevant

27. Har du andre ting du tenker er viktige i evalueringen av kompetansesentrene? Fritekst (maks 150 tegn).

---



## Vedlegg C - Referansegruppe

Tabell C.1 gir en oversikt over personer i referansegruppen til evalueringen av kompetansesentrene. Det ble totalt gjennomført tre møter i referansegruppen i løpet av evalueringen.

Tabell C.1 Oversikt over personer i referansegruppen

Navn	Rolle	Virksomhet
Mona Gjellereide	Faglig rådgiver	Agder fylkeskommune
Bjørnar Hafell	Fylkestannlege	Trøndelag fylkeskommune
Lasse Hove	Overtannlege, Vest-Finnmark	Troms og Finnmark fylkeskommune
Ragnhild Hellesø	Professor	Universitetet i Oslo, medisinsk fakultet, institutt for helse og samfunn
Ralf B. Husebø	Visepresident	Den norske tannlegeforening
Gry Jakhelln	Fagansvarlig/spesialtannpleier	Norsk tannpleierforening
Ingunn Texmon	Tidligere klinikk-sjef, ansvarlig for TOO-tilbudet i Viken	Viken fylkeskommune
Tiril Willumsen	Dekan og professor	Universitetet i Oslo, odontologisk fakultet
Lene Helweg-Larsen	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet (observatør)
Helene Haver	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet (observatør)

## Vedlegg D - Intervjuobjekter

Tabell D.1 gir en oversikt over hvilke virksomheter og aktører som er intervjuet i forbindelse med evalueringen av kompetansesentrene. Det ble totalt gjennomført 61 intervjuer med om lag 80 personer. Nærmere beskrivelse av intervjuobjektene er ikke oppgitt på grunn av personvern hensyn.

Tabell D.1 Oversikt over intervjuobjekter

Aktørgrupper	Antall intervjuer
<b>Sentrale myndigheter</b>	<b>5</b>
Helse- og omsorgsdepartementet	
Helsedirektoratet	
Kunnskapsdepartementet	
<b>Tannhelsetjenestens kompetansesentre</b>	<b>16</b>
TkNN, TkMidt, TkVestland, TkRogaland, TkØ	
<b>Fylkeskommuner med kompetansesentre</b>	<b>14</b>
Sentral ledelse/administrasjon og offentlige tannklinikker	
<b>Fylkeskommuner uten kompetansesentre</b>	<b>5</b>
Sentral ledelse/administrasjon og offentlige tannklinikker	
<b>Universitets- og høyskolesektoren</b>	<b>10</b>
Ledere og forskere	
<b>Privatpraktiserende tannleger</b>	<b>7</b>
Private tannklinikker	
<b>Samarbeidspartnere</b>	<b>2</b>
Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM)	
Spesialisthelsetjenesten/sykehusodontologi	
<b>Interesseorganisasjoner</b>	<b>2</b>
Den norske tannlegeforening	
Norsk tannpleierforening	
<b>Totalt</b>	<b>61</b>