



Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst

Forprosjektplan for Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst

Utgiver: TKØ
Trykk: Østfold fylkeskommune
Lay-out: Oppland fylkeskommune

Innholdsfortegnelse

1. SAMMENDRAG	6
Kapittel 2 - Bakgrunn	6
Kapittel 3 - Mål og mandat	6
Kapittel 4 - Prosjektets organisering	6
Kapittel 5 - Lokalisering	6
Kapittel 6 - Navnevalg	6
Kapittel 7 - Metode	6
Kapittel 8 - Nærmere beskrivelse av oppgaver for kompetansesenteret	6
Kapittel 9 - Øvrige funksjoner og tjenester	7
Kapittel 10 - Øvrig personellbehov	7
Kapittel 11 - Forholdet til Det odontologiske fakultet i Oslo	7
Kapittel 12 - Dimensjonering/fysiske fasiliteter	8
Kapittel 13 - Finansiering	8
Kapittel 14 - Samarbeidet mellom fylkeskommunene	8
Kapittel 15 - Faser og framdrift	8
Kapittel 16 - Tilråding og konklusjoner	8
2. BAKGRUNN	9
2.1 Utredninger og politiske vedtak	9
2.2 Historikk i prosjektet	9
3. MÅL OG MANDAT	10
3.1 Mål	10
3.2 Mandat	10
4. PROSJEKTETS ORGANISERING	11
5. LOKALISERING	11
6. NAVNEVALG	11
7. METODE	12
8. NÆRMERE BESKRIVELSE AV OPPGAVER FOR KOMPETANSESENTERET	13
8.1 Spesialistutdanning	13
8.1.1 Spesialistbehov i regionen	13
8.1.2 Desentralisert spesialistutdanning	14
8.1.3 Klinikkplasser og klinikkareal for spesialistkandidater	14
8.2 Rådgivning og spesialistbehandling	15
8.2.1 Kompetansesenteret som henvisningsinstans	15
8.2.2 Henvisningstilbud ved UiO og TAKO-senteret	15
8.2.3 Spesialistnettverk	16
8.2.4 Spesialistdekning for TKØ	16
8.3 Forskning og fagutvikling	17
8.3.1 Tannhelsetjenesten og forskning – dagens situasjon	17
8.3.2 Fylkeskommunenes prosjekt for å øke forskningskompetansen i tannhelsetjenesten	27
8.3.3 Personellbehov forskning	18
8.4 Kompetanseoppbygging i tannhelsetjenesten	18
8.4.1 Teoretisk etterutdanning	18
8.4.2 Praktisk klinisk etterutdanning	19
8.5 Hospitering for å rekruttere og stabilisere	19

9.	ØVRIGE FUNKSJONER OG TJENESTER	20
10.	ØVRIG PERSONELLBEHOV	21
10.1	Ledelse	21
10.2	Klinikkledelse	21
10.3	Tannhelsesekretær	21
10.4	Tannpleiere	21
10.5	IT-tjenester	21
10.6	Lønns- og personaltjenester	21
10.7	Innkjøpskompetanse	21
10.8	Arkiv	22
10.9	Regnskap	22
10.10	Øvrig personellbehov - oppsummert	22
11.	FORHOLDET TIL DET ODONTOLOGISKE FAKULTET I OSLO	23
12.	DIMENSJONERING/FYSISKE FASILITETER	24
13.	FINANSIERING	24
13.1	Fylkesvis fordeling av driftstilskuddet	25
13.2	Investeringer	26
14.	SAMARBEIDET MELLOM FYLKESKOMMUNENE	27
14.1	Alternative samarbeidsformer	27
14.1.1	Vertskommunesamarbeid etter kommunelovens § 28	27
14.1.2	Interkommunalt samarbeid etter kommunelovens § 27 (IS)	28
14.1.3	Interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskap	29
14.1.4	Aksjeselskap etter lov om aksjeselskap	30
14.2	Drøfting av samarbeidsform	30
14.2.1	Politisk styring og kontroll/behov for myndighetsutøvelse og eierrolle	37
14.2.2	Hensiktsmessig organisasjonsform ut fra prosjektets hensikt, målsetting og planer	31
14.2.3	Hvordan kan samarbeidet med Det odontologiske fakultet i Oslo ivaretas?	32
14.2.4	Risiko/økonomisk ansvar for eierne	32
14.2.5	Forhold til lov om offentlige anskaffelser/egen regi	32
14.3	Begrunnelse for og anbefaling av samarbeidsform	33
15.	FASER OG FRAMDRIFT	34
16.	TILRÅDING OG KONKLUSJONER	35
	REFERANSER	36
	TABELLISTE	36
	VEDLEGG	27
	Vedlegg 1: Personellplan	37
	Vedlegg 2: Klinik- og kontorprogram	38

Forord

Denne forprosjektplanen beskriver partenes planer for etablering, aktivitet og drift av Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TKØ). Den gir en oversikt over ressursbehov ved etablering av TKØ og på forskjellige trinn i utviklingen. Den skal gi de samarbeidende fylkeskommuner og staten grunnlag for å gjøre vedtak om å bringe prosjektet over i en permanent fase med forpliktende samarbeid og formell styringsstruktur.

Planen skal videre gi grunnlag for å anslå arealbehov på forskjellige trinn i utviklingen av senteret. Et langsiktig perspektiv må legges til grunn i forbindelse med at TKØ tenkes lagt inn i nytt bygg for Institutt for klinisk odontologi som er under planlegging nå. Planen har derfor elementer både av strategisk plan og handlingsplan.

Bjørn Horgen Ellingsen
*Direktør Tannhelsetjenesten
Oslo KF*

Kirsten Nerheim Ahlsen
*Direktør Tannhelsetjenesten
i Akershus*

Bjørn Ellingsæter
Fylkestannlege i Oppland

Richard Næss
*Direktør Tannhelsetjenesten
i Østfold*

Claes Næsheim
Fylkestannlege i Hedmark

Pål Brodin
*Dekan ved Det odontologiske
fakultet i Oslo*

Sissel Bjørntvedt
Prosjektleder

1. Sammendrag

Kapittel 2 - Bakgrunn

Bakgrunnen for denne forprosjektplanen er en rekke utredninger og politiske vedtak i perioden 1998-2006. Flest føringer legger St.meld. nr. 35 (8) som varsler et kompetanseløft for tannhelse-tjenesten. Forskning og fagutvikling og desentra-lisert spesialistutdanning skal styrkes. Regionale odontologiske kompetansesentra er virkemiddelet for å få til dette.

Initiativtakere til prosjektet for å etablere et odontologisk kompetansesenter for Østlandet er fylkestannlegene og dekanen ved det odontolo-giske fakultetet i Oslo. Prosjektet startet opp i april 2008.

Kapittel 3 - Mål og mandat

Forprosjektplanen skal beskrive partenes planer for etablering, aktivitet og drift av TKØ og legge grunnlag for avtaler mellom staten og de delta-kende fylkeskommunene om finansiering av drift og aktivitet ved kompetansesenteret. For-prosjektet skal også legge grunnlag for vedtak i fylkestingene om samarbeid om kompetanse-senteret på Østlandet.

Kapittel 4 - Prosjektets organisering

Oppdragsgiver for prosjektet er Helsedirektoratet på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet som foreløpig fullfinansierer prosjektet. Prosjekteiere er fylkeskommunene Akershus, Hedmark, Oppland og Østfold samt Oslo kommune. Styringsgruppa består av fylkestannlegene eller direktørene for tannhelseetatene i disse fylkeskommunene og dekanen ved Det odontologiske fakultet i Oslo.

Kapittel 5 - Lokalisering

Det foreslås å lokalisere kompetansesenteret til Oslo. Permanent lokalisering bør være i nytt bygg for klinisk odontologi. Midlertidig lokalisering må utredes videre.

Kapittel 6 - Navnevalg

Navnet på kompetansesenteret skal være Tann-helsetjenestens kompetansesenter Øst med kortform TKØ.

Kapittel 7 - Metode

De funksjoner TKØ er forutsatt å skulle ivareta, er beskrevet, og for hver funksjon er det angitt et ressursbehov når det gjelder personell (årsverk). Personellbehovet er utgangspunktet for å beregne areal- og økonomisk ressursbehov. Det er beskrevet en opptrapping i fire trinn: Oppstart, trinn 2 og 3 som er beskrevet med tanke på etablering i midlertidige lokaler, og siste trinn som er kompetansesenteret ferdig utbygget i nytt bygg samlokalisert med fakultetet.

Kapittel 8 - Nærmere beskrivelse av oppgaver for kompetansesenteret

Desentralisert spesialistutdanning

For å få en oversikt over behovet for nye spesia-lister er det gjort en utredning av spesialist-behovet i regionen fram mot 2025. Rapporten viser at det er innenfor kjeveortopedi at det blir stort behov for nye spesialister. Vurderinger som er gjort er oppsummert i en utdanningsplan for spesialister på Østlandet. TKØ skal organisere nødvendig desentralisert utdanning.

Rådgivning og spesialistbehandling

Kompetansesenteret skal kunne tilby tverrfaglig kompetanse både når det gjelder utredning, rådgivning og pasientbehandling. Tannleger som ønsker å gjøre behandlingen selv, skal kunne innhente behandlingsforslag. Kompetansesen-teret skal etablere kanaler til sykehus og øvrige kompetansesentra og ivareta tverrfaglig kontakt med miljøer utenfor tannhelsetjenesten. Kompe-tansesenteret bør på sikt minst bemannes slik at det er to spesialister tilstede innenfor hvert fagfelt daglig. Kompetansesenteret bør bidra til å etablere spesialistnettverk.

Forskning og fagutvikling

Forskningskompetansen i den utøvende tannhelse-tjenesten er begrenset. Dette gjelder på ledernivå, og i privat og offentlig sektor. Landets fylkestann-leger og Den norske tannlegeforening (NTF) har derfor etablert et samarbeid for å ta ansvar for å følge opp forskningsintensjonene i St.meld. nr. 35 og øke forskningsinnsatsen i den utøvende tann-helsetjenesten.

De regionale odontologiske kompetansesentrene er viktige aktører i dette arbeidet. TKØ har lagt en plan der det i første omgang tilsettes forskningsleder og utvikles en forskningsstrategi. I neste omgang skal det tilsettes en forsker med samfunnsodontologisk bakgrunn.

Kompetanseoppbygging i tannhelsetjenesten

Kompetansesentrene vil ha et ansvar for å produsere og organisere faglig teoretisk stoff slik at kunnskap blir lett tilgjengelig uansett hvor i landet tannhelsepersonellet bor. Praktisk klinisk undervisning med arbeidskurs og hospitering blir viktige oppgaver. Etablering av et fagnett, vil gi mulighet for fjernkonsultasjoner og nettundervisning.

Kapittel 9 - Øvrige funksjoner og tjenester

I tillegg til kjernefunksjonene blir det nødvendig å etablere en rekke faglige og administrative tjenester og funksjoner som elektronisk pasientjournal (EPJ), digitale røntgensystemer, videokonferanseutstyr, kvalitetssikringssystemer og dokumentasjons/organisasjonssystem.

Kapittel 10 - Øvrig personellbehov

I tillegg til spesialister og forskere må det tilsettes daglig leder med tilknyttet sekretærfunksjon og klinikkjef med egen tannhelsesekretærstilling underlagt klinikkjefen. Det trengs en halv tannhelsesekretærstilling pr. spesialist i de kliniske stillingene og en egen stilling for pasientadministrasjon. Tannpleiere må i nytt bygg ha egen klinikkarbeitsplass, men i midlertidige lokaler med begrenset tilgjengelig plass må tannpleier kunne utnytte ledig kapasitet.

Det vil ved ferdig utbygging bli nødvendig med minst en hel IT-stilling, mens det i trinn 2 og 3 vil være en fordel å kjøpe tjenester fra IT-avdelingen i en av fylkeskommunene. Lønnstjenesten bør i de første faser kunne kjøpes av en av fylkeskommunene. Ved full utbygging bør det opprettes stilling for personalkonsulent. Regnskapstjenester kan i første omgang kjøpes, men er tatt med i ressursbehovet.

Kapittel 11 - Forholdet til Det odontologiske fakultet i Oslo

Allerede ved etablering av TKØ i midlertidige lokaler bør det innledes samarbeid med Det odontologiske fakultet. Når institutt for klinisk odontologi og Tannhelsetjenestens kompetansesenteret Øst samlokaliseres, legges det imidlertid til grunn at kompetansesenteret skal ha eget styre og organisasjon, men det forutsettes felles spesialistklinik. Det foreslås at et av styremedlemmene oppnevnes av Det odontologiske fakultet.

Felles klinikkdrift vil medføre at det må inngås tosidige avtaler med IKO, og det blir derfor nødvendig med god dialog i alle faser av prosjektet.

Kapittel 12 - Dimensjonering/fysiske fasiliteter

Det er utarbeidet romprogram for et kompetansesenter i midlertidige lokaler og et romprogram for et kompetansesenter i nytt bygg samlokalisert med IKO. Romplanen viser et arealbehov på i underkant av 2000 kvm ferdig utbygget. Romplanen for trinn 2 og 3 er tilpasset lokaler på ca 530 kvm.

Kapittel 13 - Finansiering

På basis av forprosjektplanen og forprosjektavtalen med HOD er det gjort økonomiske anslag som viser ressursbehovet for kompetansesenteret, og det er satt opp et grovt drifts- og investeringsbudsjett. Det understrekes at det skal inngås avtaler med staten ved HOD om etablering, drift og aktivitet, og at økonomiske rammer ikke kan fastsettes endelig før disse foreligger. Budsjettet er uttrykk for måltall og kompetansesenteret må utvikles gradvis i takt med de økonomiske forutsetningene som vil avhenge av både statlige og fylkeskommunale tilskudd og pasientinntekter.

Hvor mye hvert fylke må bidra med til driften av kompetansesenteret, er avhengig av fordelingsnøkkelen. Det vises eksempler på fordelingsnøkler. Styringsgruppa anbefaler en modell hvor fylkenes tilskudd bygges opp av tre elementer.

Investeringer

Utredningen viser foreløpig et samlet investeringsbehov på 15 mill. kr i trinn 2 og 3 og 32 mill. kr ferdig utbygget. Det må avtales nærmere hvordan investeringene skal fordeles mellom staten og fylkeskommunene, men en fordelingsmåte er vist i planen.

Kapittel 14 - Samarbeidet mellom fylkeskommunene

Etablering av kompetansesenteret vil innebære økonomiske forpliktelser for de deltagende fylkeskommuner. Det blir derfor viktig med en samarbeidsform som innebærer at eierne eller deltakerne har akseptabel innflytelse og styring av aktivitet og drift. Samarbeidsformen bør ha hjemmel i eksisterende lovverk. Fire organisasjonsformer har blitt vurdert: Vertskommunesamarbeid etter kommunelovens § 28, interkommunalt samarbeid etter kommunelovens § 27, IKS (interkommunalt selskap) og aksjeselskap.

Stiftelse ansees som en uaktuell organisasjonsform. Etter en samlet vurdering har man valgt å anbefale at samarbeidet i oppstartsfasen organiseres som et interkommunalt samarbeid uten å være eget rettssubjekt. Det foreslås videre at Østfold fylkeskommune er hovedkontor og juridisk person for samarbeidet. Når driften når et visst nivå, vil det være mer hensiktsmessig å etablere TKØ som en egen juridisk enhet, og samarbeidet bør da omorganiseres til et AS.

Kapittel 15 - Faser og framdrift

I videreføringen av prosjektet, vil flere prosesser måtte gå parallelt. Etablering av TKØ i permanente lokaler er avhengig av framdriften til nytt bygg for IKO. Det er neppe realistisk med drift i nytt bygg før medio 2017. Derfor planlegges det for midlertidig drift i lokaler utenfor IKO. Forskningsaktivitet kan initieres tidlig i prosjektperioden fordi man ikke er avhengig av klinikk for å kunne starte opp.

Kapittel 16 - Tilråding og konklusjoner

Det anbefales at det opprettes et regionalt odontologisk kompetansesenter for fylkeskommunene Akershus, Hedmark, Oppland og Østfold og Oslo kommune organisert som et Interkommunalt samarbeid etter kommunelovens § 27. Senteret bør lokaliseres til Oslo, på sikt i samme lokaler som IKO. Drift i midlertidige lokaler bør settes i gang. Driften må bygges opp gradvis i tråd med de økonomiske forutsetningene.

2. Bakgrunn

2.1 Utredninger og politiske vedtak

Utgangspunktet for forprosjektplanen Tannhelse-tjenestens kompetansesenter Øst, TKØ, er en rekke utredninger og politiske vedtak i perioden 1998-2006. Disse forutsettes kjent og skal ikke annet enn refereres her.

- 1992: Ellingsæterutredningen: Spesialistutdanning gis høy prioritet (2)
- 1993: Hillesund anbefaler odontologiske kompetansesentre for å rekruttere og stabilisere (4)
- Enstemmig stortingsvedtak 7. mai 1998: "Stortinget ber regjeringen vurdere å fremme forslag for Stortinget om opprettelse av odontologiske kompetansesentra i alle helseregioner".
- 2000: Statens helsetilsyn: Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra (7)
- 2001: Departementer enige om at Helse- og sosialdepartementet gradvis skal overta finansiering av spesialistutdanningen av tannleger
- NOU 2005: Spesialistene må knyttes til odontologiske kompetansesentra både under og etter utdanningen (6)

- St.meld. nr. 35 (8): Det varsles et kompetanseløft for tannhelsetjenesten. Forskning og fagutvikling og desentralisert spesialistutdanning skal styrkes. Regionale odontologiske kompetansesentra er sentrale i denne sammenhengen.

Politikken på tannhelsefeltet er inntil annet er bestemt fastlagt av St.meld. nr. 35. Denne planen forutsetter et kompetanseløft som beskrevet i meldingen.

2.2 Historikk i prosjektet

I februar 2006 tok lederne for tannhelsetjenestene i Akershus, Hedmark, Oppland, Oslo og Østfold sammen med dekanen på Det odontologiske fakultetet i Oslo et initiativ mot HOD for å starte et prosjekt for å planlegge et regionalt odontologisk kompetansesenter.

I brev av november 2007 fra Helsedirektoratet ble det første gang bevilget penger til prosjektet. Prosjektleder ble ansatt i januar 2008 og startet arbeidet i april samme år.



3. Mål og mandat

3.1 Mål

Denne forprosjektplanen skal beskrive partenes planer for etablering, aktivitet og drift av Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TKØ). Forprosjektplanen skal videre legge grunnlag for avtaler mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og Akershus fylkeskommune, Hedmark fylkeskommune, Oppland fylkeskommune, og Østfold fylkeskommune samt Oslo kommune om finansiering av drift og aktivitet ved kompetansesenteret.

Forprosjektet skal også legge grunnlag for vedtak i Akershus fylkeskommune, Hedmark fylkeskommune, Oppland fylkeskommune, og Østfold fylkeskommune samt Oslo kommune om samarbeid om kompetansesenteret på Østlandet. Det forutsettes at etablering av et kompetansesenter i Oslo blir organisert som et forpliktende samarbeidsprosjekt mellom disse partene.

Det er lagt til grunn at kompetansesenteret skal inneha følgende hovedfunksjoner:

- Spesialistbehandling og pasientutredning
- Etterutdanning av tannhelsepersonell
- Rådgivning ovenfor en samlet tannhelsetjeneste og til befolkningen
- Spesialistutdanning av tannleger
- Bidra til forskning og faglig utvikling i tannhelsetjenesten

Det er videre lagt til grunn at både befolkningen og tannhelsetjenesten vil ha stor nytte av kompetansesenteret:

- Befolkningen får tilgang til avansert diagnostikk og tverrfaglig spesialistbehandling
- Kompetansesenteret gir mulighet for å bygge opp behandlingstilbud til pasientgrupper med spesielle behov

- Kompetansesenteret vil føre til oppbygging av kompetanse og kompetansespredning til de deltagende fylkeskommunene og Oslo kommune. Mer behandling kan utføres lokalt på grunn av avansert rådgivningstjeneste. Dette gjelder for både offentlig og privat tannhelsetjeneste.
- Kompetansesenteret vil organisere desentralisert spesialistutdanning og bidra til at klinisk praksis under spesialistutdanning kan gjennomføres desentralisert
- Kompetansesenteret vil ha basiskompetanse som skal støtte fagutvikling og forskning i tannhelsetjenesten. Foruten klinisk forskning er tannhelsetjenesteforskning og folkehelse eksempler på områder der det er behov for kunnskapsoppbygging i tannhelsetjenesten.

3.2 Mandat

Mandatet for prosjektet Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst ble drøftet og vedtatt på møter i styringsgruppen i mai og august 2008:

- Prosjektet skal legge grunnlag for en forpliktende avtale mellom fylkeskommunene om etablering og drift av et kompetansesenter på Østlandet.
- Det skal utarbeides et omforent plandokument hvor kompetansesenteret beskrives. Både etableringsfasen og et senter i full drift skal beskrives, evt. med en opptrappingsplan. Plandokumentet skal være grunnlaget for avtalen mellom fylkeskommunene. Det forutsettes at det i plandokumentet inngår en vurdering av spesialistbehovet i regionen fram til 2020.
- Avtaler med HOD som er nødvendige for at kompetansesenteret kan komme i drift, skal inngås.

4. Prosjektets organisering

Oppdragsgiver for prosjektet er Helsedirektoratet på vegne av Helsedepartementet som foreløpig fullfinansierer prosjektet. Prosjekteiere er fylkeskommunene Akershus, Hedmark, Oppland og Østfold samt Oslo kommune. Styringsgruppa består av fylkestannlegene eller direktørene for tannhelseetatene i disse fylkeskommunene og dekanen ved Det odontologiske fakultet i Oslo. Direktør for tannhelsetjenesten Oslo KF er leder av styringsgruppa. Styringsgruppen har inntil mai 2010 hatt 8 møter.

Kontakt med oppdragsgiver har vært ivaretatt ved møter med departement og direktorat.

Det er etablert en gruppe som består av utøvende spesialister og tannleger fra den private og offentlige tannhelsetjenesten. Disse har deltatt i planseminar for kompetansesenteret og har i tillegg hatt ett møte.

Prosjektet har vært organisert uten tradisjonell referansegruppe. Det har likevel blitt lagt vekt på en bred involvering fra tannhelsetjenesten i prosessen som har gått ut på å beskrive og definere kompetansesenterets mål og funksjoner. Prosjektleder har deltatt på møter i lokale tannlegeforeninger, distriktsmøter og møter med spesialister. Hensiktene med dette har vært å involvere flest mulig i planprosessen slik at man ikke går glipp av lokale innspill til hvordan et kompetansesenter skal fungere. Møtene har også vært fora for å få frem meninger om spesialistbehov i regionen.

5. Lokalisering

Kompetansesenteret skal dekke fem fylkeskommuner med et samlet areal på 62 144 kvadratkilometer. Geografisk er det store avstander mellom ytterpunktene i regionen. Oslo er navet rent kommunikasjonsmessig. Det er gode kommunikasjonsmidler hit fra hele regionen. Det foreslås derfor å lokalisere kompetansesenteret til Oslo.

Det odontologiske fakultet planlegger et nytt bygg for Institutt for klinisk odontologi (IKO). Hvis dette blir realisert, bør TKØ lokaliseres i nær tilknytning til IKO i dette bygget. I denne sammenhengen er det lagt vekt på at en samlet helse- og omsorgskomiteé i Stortinget har uttalt seg positivt om samlokalisering mellom IKO og kompetansesenteret i Nord Norge (TkNN). Tidshorizonten for nybygg er uklar, men 2017 kan være et sannsynlig år for innflytting. I mellomtiden bør kompetansesenteret etableres i midlertidige lokaler i Oslo. Lokaler i Geitmyrsv. 45 B har blitt utredet, men videre planer er utsatt da bevilgningene til de odontologiske kompetansesentrene ikke økte i 2010.

6. Navnevalg

Prosjektnavnet har vært Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Østlandet. Østlandsbegrepet er imidlertid ikke entydig. I flere sammenhenger omfatter det flere fylkeskommuner enn dette prosjektet gjør. Som eksempel kan nevnes det såkalte Østlandssamarbeidet som også omfatter fylkeskommunene Vestfold, Buskerud og Telemark. Det foreslås derfor at dette fylkeskommunale samarbeidet i stedet kalles: Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst, fremdeles med kortform TKØ.

7. Metode

De funksjoner TKØ er forutsatt å skulle ivareta, er beskrevet i følgende avsnitt. For hver funksjon er det angitt et ressursbehov når det gjelder personell (årsverk). Personellbehovet er utgangspunktet for å beregne areal- og økonomiske ressursbehov. I rubrikker hvor det både er angitt personellbehov og at det skal kjøpes tjenester, er personellbehovet brukt for å gi økonomisk anslag, men er ikke tatt med videre i arealanslaget. Noen av personelltallene brukes bare for å angi arealbehov (f.eks. spesialistkandidater og hospitanter).

Personellbehovet er grundig drøftet i et planseminar med representanter for styringsgruppe og offentlig og privat tannhelsetjeneste 26. – 27. mars 2009.

Det er beskrevet en opptrapping flere trinn:

- Oppstart:
Etablering av forpliktende fylkeskommunalt samarbeid
- Trinn 2:
Oppstart av klinisk drift i midlertidige lokaler
- Trinn 3:
Full aktivitet i midlertidige lokaler
- Ferdig utbygget:
Full aktivitet i permanente lokaler

En slik inndeling er nødvendig ut fra planhensyn. I virkeligheten vil det skje en gradvis opptrapping til hvert av disse trinnene etter hvordan økonomiske og personellmessige ressurser er tilgjengelig.



8. Nærmere beskrivelse av oppgaver for kompetansesenteret

8.1 Spesialistutdanning

8.1.1 Spesialistbehov i regionen

Det er gjort en utredning av spesialistbehovet i regionen fram mot 2025. Rapporten viser at det er innenfor kjeveortopedi at det blir stort behov for nye spesialister. Behovet for spesialister innen andre spesialiteter er overkommelig, og ligger under en spesialist i gjennomsnitt i året. For endodonti er det kun behov for en ny spesialist lokalisert til Oppland i perioden. For kompetansesenteret bør det i første omgang utdannes spesialister i pedodonti og kirurgi, men det vil også bli behov for nye spesialister i kjeveortopedi, radiologi, protetikk og periodonti.

Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid med å lage en plan for desentralisert spesialistutdanning. I dette arbeidet inngår også utredning av spesialistbehovet i alle regioner. TKØ ved prosjektleder deltar i dette arbeidet, hvor man bl.a. har blitt enige om felles normtall for spesialistbehov basert på befolkningstall. Utredningen av spesialistbehov på Østlandet følger dette oppsettet.

Vurderinger som er gjort, er oppsummert i en utdanningsplan for spesialister på Østlandet som er gjengitt nedenfor. Tidspunktet angir start på utdanningen. Det må understrekes at spesialistdekningen er under kontinuerlig endring, og at behovsanalysen og utdanningsplanen derfor må oppdateres jevnlig.

Tabell 1:

Utdanningsplan for spesialister på Østlandet. Tidspunkt angir start på utdanning

	2009	2010	2012	2013	2015	2016	2018	2019	2020	2022	2025
Oslo/Akershus		1 kirurg	6 kj.ort	3 kirurg	8 kj.ort	2 kirurg	10 kj.ort 1 prot		2 kirurg	9 kj.ort 3 perio	
Hedmark	1 kj.ort 1 prot		2 kj.ort							2 perio 1 prot	
Oppland	1 kj.ort 1 perio 1 prot		1 kj.ort 1 endo		1 kj.ort 1 pedo		2 kj.ort				
Østfold	2 kj.ort 2 kirurg 2 perio		2 kj.ort		1.kjort		2 kj.ort	1 perio			
TKØ	1 kirurg 2 pedo	1 kir	2 kj.ort		1 rad		1 perio 2 prot			1 perio	

8.1.2 Desentralisert spesialistutdanning

Hva som konkret menes med desentralisert spesialistutdanning, er under diskusjon i Helse- direktoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Foreløpig lyder definisjon slik:

Med desentralisert spesialistutdanning menes spesialistutdanning som gjennomføres med formål om å bidra til geografisk spredning av spesialister. De regionale kompetansesentrene er med-arrangører i utdanningen. Vesentlige deler av utdanningen skal kunne foregå utenfor universitet og kompetansesenter uten at kvaliteten på utdanningen og måloppnåelsen svekkes.

Hensikten med desentralisert spesialistutdanning er å sørge for at spesialistkompetanse blir tilgjengelig i distriktene. Man håper at ved å rekruttere tannleger fra distriktene og gi dem mulighet til å ta en så stor del av utdanningen på hjemstedet at de selv og familien slipper å flytte, vil de etablere seg i distriktet også etter endt utdanning.

8.1.3 Klinikkplasser og klinikkareal for spesialistkandidater

En av fordelene med at TKØ samlokaliseres med IKO i nytt bygg, er at dyrt utstyr og arealer kan utnyttes godt og effektivt. Det er derfor urealistisk med to spesialistklinikker i samme bygg. I planen må det tas høyde for at all klinisk spesialistutdanning for regionens kandidater på sikt skal foregå på kompetansesenteret eller desentralisert. Her forutsettes det at kompetansesenteret ferdig utbygget skal ha klinikkplass til kandidater som bor i pendleravstand fra Oslo. I tillegg må det være mulig for kandidater som utdannes desentralisert å tilbringe noe tid i klinikk på kompetansesenteret.

I et fremtidig nytt bygg, bør det videre være mulighet for at kandidater fra andre regioner og dobbeltkompetansekandidater kan få klinisk utdanning på kompetansesenteret. Denne utdanningen kan organiseres og driftes av UiO. Det forutsettes at spesialistkandidatene i gjennomsnitt vil benytte behandlingseenheten 3 dager i uka. Hvordan samarbeidet med IKO er tenkt organisert er nærmere skissert i kapittel 11.

Tallmaterialet som er brukt i dette avsnittet, bygger på TKØs utredning om spesialistbehov og prosjektet i Helse- og omsorgsdepartementet hvor det lages en plan for spesialistopptak frem mot 2025. Tallene for dobbeltkompetansekandidater er hentet fra utredningen om dobbeltkompetanse fra 2008 (7). Antall spesialistkandidater gir kun utslag i arealbehovet. Verken inntekter eller utgifter forbundet med spesialistkandidater er med i beregninger for ressursbehov.

I trinn 2 og 3 forutsettes det at kandidater fra vår region, som utdannes sentralt, i hovedsak har sin kliniske arbeidsplass på fakultetet. Det er i tillegg regnet inn noe klinikkplass for spesialistkandidater som utdannes desentralisert.

Tabell 2:
Forventet antall spesialistkandidater på kompetansesenteret

Spesialistkandidater			
	Trinn 2	Trinn 3	Ferdig utbygget
Fra Østlandet	15 hvorav 4 desentralisert	13 hvorav 4 desentralisert	18 hvorav 4 desentralisert
Dobbeltkompetansekandidater			15
Landet for øvrig			Nord: 3 Midt: 6 Sør: 6
Samlet	4	4	48

8.2 Rådgivning og spesialistbehandling

8.2.1 Kompetansesenteret som henvisningsinstans

Pasientbehandlingen og konsultasjonsvirksomheten på kompetansesenteret vil være rettet mot pasientgrupper med sammensatte og tverrfaglige problemstillinger i grenselandet mellom odontologi og medisin og mellom odontologiske problemstillinger. Eksempler på slike pasientgrupper er kreftpasienter, smertepasienter, pasienter som har gjennomgått transplantasjon, en stor gruppe eldre og overgreps- og torturofre blant barn og voksne.

Tilbudet til nevnte pasientgruppene er svært tilfeldig i dag, og de risikerer å bli en kasteball mellom forskjellige spesialiteter. Det spesielle med kompetansesenteret er at det skal betjene/samle både offentlig og privat tannhelsetjeneste og knytte forbindelser til andre fagmiljøer; både odontologiske og medisinske.

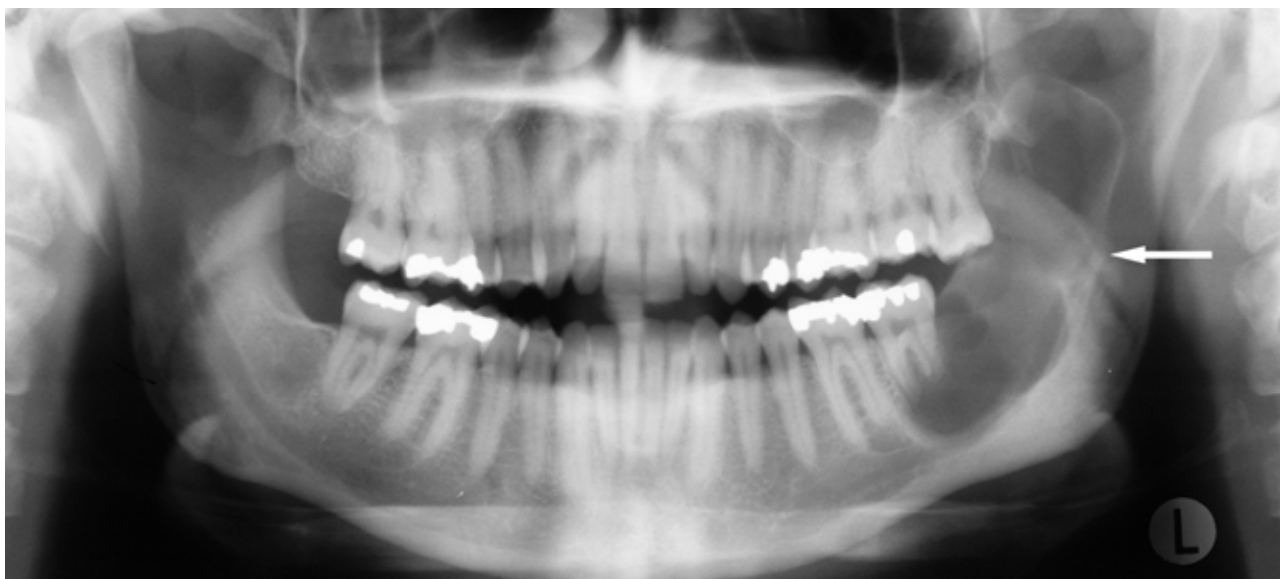
Allmenntannleger uttrykker et stort behov for en dedikert henvisningsinstans som har tverrfaglig kompetanse både når det gjelder utredning, rådgivning og pasientbehandling. De gir uttrykk for at de relativt ofte står med kompliserte kasus, som ikke uten videre kan plasseres under en spesialitet.

Ved henvisning til en spesialist kan behandlingen bli preget av vedkommendes spesialitet. Det er viktig for allmenntannlegen at henvisningen blir profesjonelt håndtert. De ønsker ofte utredning og behandlingsforslag og vil gjøre selve behandlingen på egen klinikk. Det uttrykkes også ønske om å kunne henvise til et "nøytralt" sted og kunne følge pasienten til konsultasjonen. Når det gjelder tverrfaglig kompetanse, har flere spesialister også ønske om dette.

Spesialistene på kompetansesenteret skal derfor bruke tid til både utredning og rådgivning i tillegg til pasientbehandling. Det må legges til rette for tverrfaglighet i daglig praksis.

For å drive en velfungerende henvisnings og rådgivningspraksis på et kompetansesenter er tilknytning til Norsk helsenett en forutsetning. Dette vil også gi mulighet for rask kontakt med den øvrige helsetjenesten. Pasienter kan slippe å reise fordi henvisende tannlege vil kunne overføre all relevant informasjon med god kvalitet til kompetansesenterets spesialister som etter en vurdering kan avgjøre om de trenger å se pasienten.

Utredning av pasienter med kompliserte behov, innebærer ofte kontakt med helsetjenesten for øvrig. Kompetansesenteret skal etablere kanaler til sykehus og øvrige kompetansesentra og ivareta tverrfaglig kontakt med miljøer utenfor tannhelsetjenesten.



8.2.2 Henvisningstilbud ved UiO og TAKO-senteret

Fakultetet i Oslo har etablert fire spesialistteam under samlebetegnelsen SIKO (Senter for Interdisiplinær Kraniofacial diagnostikk Og behandling) som består av eksperttjeneste for barn og voksne, en samarbeidsgruppe med Ullevål sykehus om ortognatisk kirurgi og en gruppe for barn med juvenil rheumadoid artritt.

Denne virksomheten er viktig for fakultetet. Materialet som blir bygget opp, kan brukes både i undervisning i grunnutdanningen og til forskning. Virksomheten er imidlertid ikke en primær oppgave for et fakultet og er kommet i stand fordi fakultetet har sett behovet.

TAKO senteret tar seg av spesielle grupper med pasienter, men bare de med sjeldne diagnoser (1/10 000).

8.2.3 Spesialistnettverk

I noen deler av regionen er det etablert spesialistnettverk, men dette er unntaket. En oppgave for kompetansesenteret bør være å bidra til slike.

Et samarbeid mellom kompetansesentrene er planlagt for å utvikle en hensiktsmessig form på hvordan spesialistnettverk kan driftes. Slik kan spesialister som ikke har direkte tilsetningsforhold på kompetansesenteret, få tverrfaglig erfaring. Kompetansesenteret kan altså bidra til faglig stimulans også for spesialistene.

8.2.4 Spesialistdekning for TKØ

Kompetansesenteret bør tilby et tverrfaglig spesialisttilbud til både barn og unge og voksne. I tillegg kan det som nevnt, være mange pasientgrupper som vil ha behov for ekspertteam for å ta seg av deres spesielle odontologiske behov. Tannleger har pekt på smertepasienter og pasienter med TMD (Temporo-mandibulær dysfunksjon), pasienter med nedsatt immunforsvar, pasienter som skal strålebehandles og behandlingsvanskelige pasienter. Tannlegene savner dessuten ekspertise på oral medisin, og mange har ønsket at spesiell kompetanse innen geriatri etableres på kompetansesenteret.

Selv om kompetansesenteret bør ta i mot henvisninger for alle typer pasienter, vil det sannsynligvis være hensiktsmessig å satse spesielt på enkelte fagfelt hvor ekspertisen ellers i landet ikke er utbredt eller tilstrekkelig. Dette må ikke nødvendigvis være innenfor godkjente spesialitet. Det er ikke hensiktsmessig å satse på de områdene fakultetet alt dekker ved hjelp av SIKO, men et samarbeid bør utvikles. Det bør også etableres klinikk for narkosebehandling og sedasjon med tilhørende fasiliteter i samarbeid med IKO.

Spesialistene skal i tillegg til pasientbehandling drive rådgivning ovenfor tannleger og annet helsepersonell, veiledning av spesialistkandidater og noe forskning. For å oppnå et attraktivt fagmiljø, er det enighet om at kompetansesenteret på sikt minst bør bemannes slik at det er to spesialister tilstede innenfor hvert fagfelt daglig. Denne bemanningen anses å være et minimum for å fylle de funksjoner kompetansesenteret er ment å skulle gjøre.

Sannsynligvis vil det være hensiktsmessig med flere små stillingsbrøker og noen store. Slik kan det bli mulig å rekruttere private spesialister til f.eks. 20 % stilling. Kompetansesenteret bør dimensjoneres ut fra dette.

Klinikken må innredes slik at den er egnet for tverrfaglig samarbeid med arbeidsplass for radiolog i nærheten av pasientbehandlingsenheter.

Tabell 3:
Personellbehov spesialister

Personellbehov spesialister			
	Trinn 2	Trinn 3	Ferdig utbygget
Endodontister	1	1	2
Kjeve- og ansiktsradiologi	0,5	0,5	1
Kjeveortopeder	1	1	3
Kirurger		1	2
Periodontister		1	2
Pedodontister		1	2
Protetikere	1	1	2
Tannleger med annen spesialkompetanse		1	4
Til sammen	3,5	7,5	18

8.3 Forskning og fagutvikling

8.3.1 Tannhelsetjenesten og forskning – dagens situasjon

Forskningskompetansen i den utøvende tannhelsetjenesten er begrenset. Dette gjelder på ledernivå og i privat og offentlig sektor. Forskningsaktiviteten er svært lav, og det er liten oversikt over kunnskapsstatus. Det er ikke etablert infrastruktur eller stillingsstruktur som tilrettelegger for forskning, og det gjennomføres svært få tiltak for å styrke forskningen og forskningskompetansen. Det finnes få andre muligheter til å erverve forskningskompetanse enn doktorgradsprogrammer. Tannhelsetjenesten har ennå ikke noe lovpålagt krav om forskning.

I St. meld. nr. 35 (8) uttaler regjeringen at den vil utrede behovet for forskning og fagutvikling i tannhelsetjenesten og organisering og finansiering av denne forskningen. Videre framgår det av meldingen at tannhelsetjenester som alle andre helsetjenester skal være kunnskapsbaserte, og at dette i liten grad er tilfelle i dagens tannhelsetjeneste. Det varsles at flere oppgaver skal legges til den utøvende tannhelsetjenesten. Fylkeskommunene skal tillegges et "følge med-ansvar" for hele tannhelsetjenesten, også privat praksis. Tannhelsetjenestens stilling innen folkehelsearbeidet skal styrkes.

I helsesektoren for øvrig har det vært en prioritert satsing på forskning ved etablering av regionale sentre. Det er etablert både 4 allmenntannlege forskningssentre og 5 regionale kompetansesentre for omsorgsforskning. En tilsvarende satsing finnes ikke i tannhelsetjenesten.

8.3.2 Fylkeskommunenes prosjekt for å øke forskningskompetansen i tannhelsetjenesten

Landets fylkestannleger og Den norske tannlegeforening (NTF) har etablert et samarbeid for å ta ansvar for å følge opp forskningsintensjonene i St. meld. nr. 35 og øke forskningsinnsatsen innen den utøvende tannhelsetjenesten.

De regionale odontologiske kompetansesentrene er også viktige aktører i dette arbeidet. Samarbeidspartnerne, som representerer både privat og offentlig sektor, har utarbeidet en strategi for å styrke klinisk praksisnær forskning i tannhelsetjenesten.

Overordnede og langsiktige mål

- Det skal skje en betydelig økning av forskningsaktiviteten i tannhelsetjenesten
- Forskning i tannhelsetjenesten skal gi økt kunnskap, kompetanse, kvalitet og effektivitet til beste for befolkningens helse

Strategiske mål

- Basiskompetanse innenfor FoU skal bygges ved de regionale odontologiske kompetansesentrene
- Nettverk skal utvikles mellom de regionale odontologiske kompetansesentrene, universiteter og andre forskningsmiljøer
- Det skal utvikles et tett samarbeid om praksisnær forskning mellom de regionale kompetansesentrene og privat og offentlig tannhelsetjeneste



Strategier og virkemidler

- Den forskning som skal utføres i tannhelsetjenesten, skal være av god kvalitet
- Gode forskningsmiljøer er en forutsetning for å konkurrere om forskningsmidler. For å få til dette trengs først etablering av basisstruktur og basiskompetanse. De regionale odontologiske kompetansesentrene er hensiktsmessige enheter for å støtte forskning i tannhelsetjenesten og bygge basiskompetanse. Denne infrastrukturen må etableres og vedlikeholdes ved at det øremerkes midler slik det er skjedd i allmennlegetjenesten, pleie- og omsorgssektoren og spesialisthelsetjenesten.
- Kompetansesentrene må utvikle komplementær kompetanse og bli gode innenfor de felt der det er naturlig, og hvor de har gode miljøer i nærsamfunnet å spille på. Samarbeid og nettverk mellom kompetansesentrene må etableres. Kompetansesentrene skal være katalysatorer for tannhelsetjenestens forskning i det generelle folkehelsearbeidet.
- Det må etableres "forskerskoler" i tannhelsetjenesten for å bygge opp forskningskompetanse
- Karrieremuligheter innen forskning i tannhelsetjenesten må bygges opp. Dette vil gjøre den offentlige tannhelsetjenesten til en mer attraktiv arbeidsplass og kunne virke rekrutterende til doktorgradsprogrammer.
- Tannhelsetjenesten må drive et aktivt og systematisk arbeid for å styrke forskningen. Dette gjelder både internt i tannhelsetjenesten, i forhold til samarbeidspartnere, administrative og politiske myndigheter.

8.3.3 Personellbehov forskning

Føringene i de foregående avsnittene om forskning er materialisert i en tabell som viser behov for forskere på kompetansesenteret. For statistiske tjenester regnes det med kjøp av tjenester både ved oppstart og i trinn 2

Tabell 4:
Personellbehov forskning

Personellbehov forskning				
	Oppstart	Trinn 2	Trinn 3	Ferdig utbygget
Forskningsleder	0,5	0,5	1	1
Statistiker	0,1	0,2	0,5	0,5
Samfunnsodontolog			1	1
Forskere				2
Kontorpersonell			0,5	0,5
Jurist			0,2	0,2
Til sammen	0,6	0,7	3,2	5,2

8.4 Kompetanseoppbygging i tannhelsetjenesten

8.4.1 Teoretisk etterutdanning

Teoretiske faglige kurs innenfor tannhelsetjenesten ivaretas av NTF og andre aktører. Derfor bør ikke teoretisk kurs være kompetansesentrets hovedsatsningsområde. En forprosjektrapport om fagnett i tannhelsetjenesten viser imidlertid at tilgangen på visse typer faglige ressurser på nett er tilfeldig og fragmentert (3).

De odontologiske fakulteter er ikke store bidragsyttere når det gjelder å dele kunnskap med tannhelsetjenesten via elektroniske kanaler. Kompetansesentrene vil ha et ansvar for å produsere og organisere faglig teoretisk stoff i et fremtidig fagnett slik at teoretisk kunnskap blir lett tilgjengelig uansett hvor i landet tannleger bor. Til dette kreves både spesialistkompetanse og datakompetanse.

Forprosjektrapporten om fagnett i Tannhelsetjenesten antyder at ansvaret for å drifte et fagnett bør legges til et av kompetansesentrene. TKØ vil kunne påta seg en slik oppgave hvis det tilføres ressurser.

8.4.2 Praktisk klinisk etterutdanning

Kompetansesenteret må tilrettelegges for praktisk klinisk undervisning både ved klinikkinnredning og undervisningsrom. Noen fagområder peker seg ut som spesielt aktuelle for slik fagutvikling. Mange tannleger hevder at særlig innen kirurgi og endodonti ville det være mye å hente på å arrangere arbeidskurs over noen tid for særlig interesserte tannleger som igjen kunne fungere som hensvisningstannleger.

Etablering av et fagnett kombinert med at tannhelsetjenesten får tilgang til helsenett, vil dessuten gi mulighet for fjernkonsultasjoner og nettundervisning (overføring av operasjoner etc.) Dette er muligheter som helsetjenesten utnytter i dag, men som er svakt utnyttet i tannhelsetjenesten.

Tabell 5:
Personellbehov etterutdanning

	Trinn 2	Trinn 3	Ferdig utbygget
IKT-kompetanse	1	1	1

8.5 Hospitering for å rekruttere og stabilisere

Da ideen om kompetansesentre i Norge først ble brakt frem, var muligheten for at dette ville gjøre det lettere å beholde og rekruttere arbeidskraft, et av argumentene. Dette har særlig vært hevdet i Nord-Norge. Men også på Østlandet sliter man i en del områder med rekruttering og ustabilitet i stillingene.

I Sverige gjennomfører kompetansesenteret i Jønköping en etterutdanning hvor tannleger hospiterer på kompetansesenteret en dag i uken i et halvt år. Tjenesten er meritterende og etterspurt, og det er venteliste for å bli tatt opp. En lignende hospiteringstjeneste bør gjennomføres på kompetansesenteret. Ved å styre tjenesten, vil den kunne brukes aktivt for å beholde og rekruttere.

Finansiering av hospitanttjeneste kan være slik at fylkene betaler lønn og overheadutgifter for de kandidater fra eget fylke som til enhver tid hospiterer. Private tannleger som ønsker hospitering, må finansiere dette selv. Hospitanttjenesten i trinn 1 og 2 må tilpasses øvrig drift og det er derfor ikke lagt inn full tids klinikkplass for hospitant.

Tabell 6:
Behov for hospitantplasser

Trinn 2	Trinn 3	Ferdig utbygget
0	1	2



9. Øvrige funksjoner og tjenester

For å drifte et kompetansesenter forskriftsmessig vil det i tillegg til kjernetjenestene bli nødvendig å etablere en rekke faglige og administrative tjenester og funksjoner. Disse gjennomgås kort i dette kapitlet. I de økonomiske anslagene for drift er disse tjenestene regnet inn i aktivitetspålegget som er lagt på hver enkelt stilling. I de økonomiske anslagene for investeringer er de regnet inn i posten for klinikkinnredning.

EPJ

Det må tas i bruk elektronisk pasientjournal (EPJ), fortrinnsvis et system som brukes i tannhelsetjenesten. EPJ-systemene på markedet i dag gir ikke mulighet til tilgang til Norsk helsenett. Det er imidlertid utarbeidet en kravspesifikasjon for et elektronisk journalsystem for tannhelsetjenesten som ivaretar tilknytning til Norsk helsenett, og det forutsettes at det skjer en utvikling på journalsiden som innebærer at tannhelsetjenesten skal kunne knyttes til helsenettet. Kompetansesenteret vil støtte dette arbeidet. Det bør være et mål å kunne unngå fysisk arkiv når en ny institusjon skal etableres.

Digitale røntgensystemer

Kompetansesenteret bør ha dentalrøntgen, OPG, KEF og 3 betraktningseenheter (egne bord med flere skjermer hvor bilder kan manipuleres og studeres). Cone-Beam CT bør vurderes på sikt. Fakultetet har imidlertid CT og personell til å betjene denne. For å implementere og kvalitets-sikre radiologisystemene trengs det radiolog. Det er foreslått å opprette en halv stilling for radiolog knyttet til kompetansesenteret.

Videokonferanseutstyr

For å ivareta oppgaver både innenfor desentralisert spesialistutdanning og etterutdanning er det viktig med et oppegående datasystem. Det må anskaffes videokonferanseutstyr både på kompetansesenteret og til bruk på spesialistklinikken og i fylkene (fortrinnsvis mobilt utstyr).

Kvalitetssikringssystemer

Kompetansesenteret må etablere eget system for internkontroll og kvalitetssystem.

Dokumentasjons/organisasjonssystem

Kompetansesenteret vil ha behov for et arkiv/dokumentasjonssystem. Med stort antall deltidsansatte er det en forutsetning med et system med lavt brukergrensesnitt. Dette blir viktig for at faglig informasjon skal kunne gjenbrukes og formidles til tannleger/publikum på en lettvinnt måte. Systemet som brukes i fylkeskommunene og universitetet har vist seg å ha et høyt brukergrensesnitt. Det må derfor legges opp til et eget system som skal være så enkelt som mulig.

Sentralbord

Ved en samlokalisering med fakultetet antas det at denne tjenesten kan være felles.

Steril

Med en dimensjonering av kliniske tjenester som nevnt tidligere er det i permanente lokaler hensiktsmessig med egen steril atskilt fra studentklinikken på fakultetet. Evt. kan tenkes et samarbeid om autoklav fordi dette med dagens krav til sporbarhet og kvalitetskontroll er en dyr tjeneste. Det må minimum knyttes to stillinger til steriltjenesten i et ferdig utbygget kompetansesenter.

Laboratorietjeneste

Kompetansesenteret bør i nytt bygg inneholde forskningslaboratorium spesielt med tanke på praktisk klinisk forskning.

Undervisningslokaler/grupperom

Det bør være minst 2 grupperom og 2 møterom på kompetansesenteret i det ferdig utbygde kompetansesenteret.



10. Øvrig personellbehov

10.1 Ledelse

En organisering av kompetansesenteret som beskrevet i denne planen vil kreve en daglig leder som skal være øverste administrative leder for kompetansesenteret og samtidig bindeleddet til styret. Det bør på sikt også knyttes sekretærfunksjon til denne stillingen. I trinn 2 og 3 kan denne sekretærfunksjonen kombineres med andre funksjoner slik at det regnes et halvt årsverk.

10.2 Klinikledelse

Med så stor pasientklinikk som oppstår når både klinikkplasser for spesialistkandidater og spesialister medregnes, må det ved endelig etablering minst opprettes en halv stilling for klinikksjef. I oppstartsfasen av klinisk tjeneste er det også nødvendig med en slik funksjon. Klinikksjefen bør i tillegg ha klinisk tjeneste enten som spesialist eller i spesialfunksjon.

Det vil trenge en egen tannhelsesekretærstilling direkte underlagt klinikksjefen. Denne kan ha sin arbeidsplass i resepsjonen og derfor ikke regnet inn i arealplanen.

10.3 Tannhelsesekretær

Fordi det regnes med delte stillinger for spesialister, bør det helst opprettes fulle stillinger for tannhelsesekretærer. Slik spesialiststilling er definert, skal hver spesialist utføre tannbehandling på halv tid. Det er da behov for en halv tannhelsesekretærstilling pr. spesialist i de kliniske stillingene. Det vil også bli nødvendig med en egen stilling for pasientadministrasjon.

10.4 Tannpleiere

Det må knyttes tannpleiere til pasientbehandling ved kompetansesenteret. Disse må i nytt bygg ha egen klinikkarbeidsplass. I trinn 2 og 3 med begrenset tilgjengelig plass beregnes det at tannpleieren skal kunne utnytte ledig klinikk- og kontorkapasitet.

10.5 IT-tjenester

Det vil i siste trinn bli nødvendig med minst en hel IT-stilling tilknyttet teknisk drift av kompetansesenteret. Sannsynligvis vil det være en fordel om den ansatte kan ha kontorarbeidsplass sammen med ansatte på fakultetet for å være i et IT-miljø. Men det må også være mulighet for arbeidsplass på kompetansesenteret.

I trinn 2 og 3 vil det være en fordel å kjøpe tjenester fra IT-avdelingen i en av fylkeskommunene med erfaringer med å drifte tannhelsetjenesten (f.eks. Akershus). Personellressurs er lagt inn i planen, men det er ikke beregnet arealressurs i trinn 1 og 2.

10.6 Lønns- og personaltjenester

Lønnstjenesten bør ved oppstart og i trinn 2 og 3 kunne kjøpes av en av fylkeskommunene på Østlandet. Men antall ansatte tilsier at det vil trenge en person til å ivareta personalet. Det må derfor i trinn 3 opprettes stilling for personalkonsulent.

Tariffavtaler må inngås innenfor det kommunale tariffområdet fordi kompetansesenterets eiere er fylkeskommuner.

10.7 Innkjøpskompetanse

Kompetansesenteret vil være henvist til å følge reglement for offentlige tjenesteanskaffelse. Det må derfor utarbeides innkjøpsavtaler etc. For denne tjenesten bør det inngås avtale om å benytte etablert avdeling fra en av fylkeskommunene.

10.8 Arkiv

Med et oppegående helsenett, blir det neppe behov for stort fysisk arkiv. Imidlertid er det tegn som tyder på at elektronisk kommunikasjon mellom tannleger ligger noe frem i tid. Det må derfor settes av plass til fysisk arkiv på kompetansesenteret, mens arkivarfunksjon bør kunne ivaretas av tannhelsesekretær.

10.9 Regnskap

Regnskapsfunksjonen er svært viktig for å få en god styring med driften. Regnskapet skal føres etter regnskapsloven når kompetansesenteret etableres som AS. Det må derfor regnes ressurs til egen regnskapsfunksjon på kompetansesenteret, men tjenesten kan i første omgang kjøpes slik at den ikke får utslag for arealbehovet.

10.10 Øvrig personellbehov - oppsummert

Betraktningene i forgående avsnitt er oppsummert i tabell 7.

Tabell 7:
Øvrig personellbehov

	Oppstart	Trinn 2	Trinn 3	Ferdig utbygget
Daglig leder	1	1	1	1
Sekretær daglig leder		0,5	0,5	1
Studierektor spesialistutdanning				0,5
Klinikkleder		0,25	0,5	1
Tannhelsesekretær klinikkledelse		0,5	1	1
Tannhelsesekretærer spesialistbehandling		1,75	3,75	9
Tannhelsesekretær steril		0,5	0,5	2
Samlet antall tannhelsesekretærer		2,75	5,25	12
Tannpleiere		0	0,5	1,5
IT-tjeneste		0,5 Kjøpe tjenester	1 Kjøpe tjenester	2
Regnskap		0,25 Kjøpe tjenester	0,5	1
Lønns- og personalfunksjon		0,25 Kjøpe tjenester	0,5	1
Innkjøp		0,1 Kjøpe tjenester	0,1 Kjøpe tjenester	0,1 Kjøpe tjenester
Til sammen	1	5,75	10	21,25

11. Forholdet til Det odontologiske fakultet i Oslo

Det odontologiske fakultet i Oslo planlegger nytt bygg for Institutt for klinisk odontologi, og TKØ foreslås samlokalisert med instituttet i dette bygget. I forprosjektplanen er dette kalt "Ferdig utbygget".

Det legges til grunn at kompetansesenteret skal ha eget styre og organisasjon, men det forutsettes at et styremedlem oppnevnes av Det odontologiske fakultet i Oslo. Det forutsettes også felles spesialistklinik. Kultur og arbeidsformer i tannhelsetjenesten og fakultetet er forskjellig. Ved en samlokalisering kan man påvirke hverandre positivt. Andre fordeler er:

- Store arealer i tillegg til klinikk kan utnyttes felles. Eksempler er auditorier, kantine, foajé, bibliotek og garderober.
- Tilstrekkelig bemanning har vist seg å være et problem på kompetansesenteret i Tromsø, og det er generelt bemanningsproblemer både i Den offentlige tannhelsetjenesten og ved de odontologiske fakulteter. Ved å legge kompetansesenteret til Oslo, som har overdekning av spesialister, vil det være mulig å utnytte eksisterende spesialistressurs både i tannhelsetjenesten og på fakultetet for å besette stillinger på kompetansesenteret. Man vil få nærhet til fakultetet som har spisskompetanse som på en del områder er enestående i landet.
- Kompetansesenteret så vel som fakultetet vil ha behov for avansert og kostnadskrevenne utstyr både til diagnose og behandling. Samlokalisering vil føre til god utnyttelse av slikt utstyr.
- Til nå har fakultetene hatt både det faglige og organisatoriske ansvaret for all utdanning av spesialister. Det er varslet at kompetansesentrene i fremtiden skal ha ansvar for desentralisert utdanning, og spesialistreglene åpner også for at kompetansesentre kan drive sin egen spesialistutdanning hvis institusjonen godkjennes for dette. I lang tid fremover vil imidlertid det faglige ansvaret måtte ligge hos fakultetet. Samlokalisering er gunstig i en slik modell.

Felles klinikkdrift vil medføre at det må inngås tosidige avtaler med IKO, og det blir nødvendig med god dialog både i planleggingsfasen og i driftsfasen. Slik dialog er alt innledet. Man er enige om at ansvaret for klinikkdriften må ligge tydelig plassert. Det foreslås at ansvaret for drift av spesialistklinikken legges til TKØ, mens ansvaret for drift av operasjonsavdelingen legges til IKO. I begge avdelinger må man bli enige om felles standarder for hygiene, oppførsel etc. Det legges opp til et faglig fellesskap med felles spiserom etc.

IKO og TKØ vil neppe ha samme journalsystem. Det må legges opp til to nett hvor begge journalsystemer kan hentes frem på hver arbeidsenhet. TKØ skal ha instruksjonsmyndighet, ansvaret for og lønne de personer som er ansatt i TKØ. IKO har tilsvarende ansvar for personer ansatt på IKO.

Hver enhet får de pasientinntekter som genereres. Når det gjelder utgifter foreslås det at man må komme frem til et gjennomsnitt for hvor store utgifter et pasientbesøk genererer. Her må både driftskostnader og avskrivning regnes med. Med utgangspunkt i pasientbesøkene foretas en kostnadsdeling. Kostnadsgjennomsnitt for kirurgiske pasienter og andre pasienter bør være forskjellig.



12 Dimensjonering/fysiske fasisiteter

Det er utarbeidet romprogram for et kompetansesenter i midlertidige lokaler og et romprogram for et kompetansesenter i nye lokaler samlokalisert med IKO. Romplanen viser et arealbehov på i underkant av 2000 kvm ferdig utbygget.

Her er det tatt i betraktning at spesialistkandidater fra andre regioner og dobbeltkompetansekandidater skal ha klinikkplass, og at alle spesialistkandidater skal ha klinikkplass tre dager i uka. For øvrig er IKOs behov ikke inkludert. Erfaring fra TkNN viser at underdekning av møterom og skrivekontorer er uheldig. Ferdig utbygget er det lagt vekt på at lokalene skal være funksjonelle og fleksible med gode klinikkfasiliteter slik at bl.a. pasientintegritet kan ivaretas på en god måte.

Romplanen for trinn 2 og 3 er tilpasset lokaler på ca 530 kvm. Her er det lagt 6 behandlingsrom. Det er kun regnet med klinikkarbeidsplasser for regionens kandidater i desentralisert spesialistutdanning.

13. Finansiering

Progresjonen i videreføringen av TKØ er avhengig av bevilgninger fra staten. På basis av forprosjektplanen og forprosjektavtalen med HOD er det gjort økonomiske anslag som viser ressursbehovet for kompetansesenteret på forskjellige trinn i utviklingen, og det er satt opp et grovt drifts- og investeringsbudsjett.

Ved oppstart (januar 2011) er det regnet med samme antall ansatte som i dag (1,5 stilling) og noe kjøp av tjenester knyttet til forskningsaktiviteten. I trinn 2 regnes det med ca 10 ansatte, i trinn 3 ca 20 ansatte, og ferdig utbygget 45 ansatte.

Det må imidlertid understrekes at det skal inngås avtaler med staten ved HOD om etablering, drift og aktivitet, og at økonomiske rammer ikke kan fastsettes endelig før disse foreligger.

Budsjettanslaget er uttrykk for måltall og kompetansesenteret må utvikles gradvis i takt med de økonomiske forutsetningene. Disse avhenger av de statlige og fylkeskommunale tilskuddene og pasientinntekter. Representanter for Helse- og omsorgsdepartementet har i flere sammenhenger antydnet at de regner med 10-15 år fra et kompetansesenter er etablert til det er fullt oppegående.

Tabell 8:
Anslag driftsbudsjett TKØ på forskjellige trinn i utviklingen

DRIFTSBUDSJETT	OPPSTART	TRINN 2	TRINN 3	FERDIG UTBYGGET
INNTEKTER				
Tilskudd fra staten	2 300 000	7 500 000	13 000 000	26 000 000
Tilskudd fra fylkeskommunene	500 000	1 300 000	3 200 000	6 000 000
Pasientinntekter		2 800 000	6 000 000	14 000 000
Utleie av klinikk				
Prosjektmidler				
SUM INNTEKTER	2 800 000	11 600 000	22 200 000	46 000 000
UTGIFTER				
Sum lønn og sosiale utgifter	1 600 000	8 600 000	17 000 000	37 000 000
Aktivitet	1 200 000	3 000 000	5 200 000	9 000 000
SUM UTGIFTER	2 800 000	11 600 000	22 200 000	46 000 000
RESULTAT	0	0	0	0

13.1 Fylkesvis fordeling av drifts-tilskuddet

Hvor mye hvert fylke må bidra med til driften av kompetansesenteret, er avhengig av fordelingsnøkkelen. Andre regioner som har etablert odontologiske kompetansesentra som IKS, har foreløpig valgt å la alle fylkene skyte inn like mye.

I vår region, hvor det er store forskjeller i folketall mellom deltakerne, er ikke en slik modell hensiktsmessig. Forskjellige fordelingsnøkler kan tenkes. Eksempler kan være fordelingsnøkler basert på folketall eller en kombinasjon av folketall og tannhelsetjenestens budsjett i hvert fylke.

Oslo kommune og de samarbeidende fylkeskommunene i TKØ er ulike geografisk og i folketall. De offentlige tannhelsetjenestene er også ulike både i organisering og finansiering. Derfor anbefaler styringsgruppen en modell hvor fylkenes tilskudd bygges opp av tre elementer:

- I bunnen ligger et grunnbeløp som er like stort for alle fylker og utgjør kr 150 000.
- Den resterende delen av totaltilskuddet baseres dels på folketall (SSBs statistikkbank, statistikkområde folketall pr 1. januar 2009) og dels på tannhelsetjenestens netto driftsbudsjett i hvert enkelt fylke. (KOSTRA, tabell 04702 "Netto driftsutgifter tannhelse" i 2008).

I tabellen nedenfor vises tilskuddet fra hver fylkeskommune basert på denne fordelingsnøkkelen. Tilskuddet på forskjellige trinn i utviklingen vises både i nominelle kroner og som andel av det totale fylkeskommunale tilskuddet. Tabellen er basert på folketallet pr. 1. januar 2010 og netto driftsutgifter for tannhelsetjenesten i 2009.

Tabell 9:

Fordeling av fylkeskommunalt tilskudd i nominelle kroner og % på forskjellige trinn i utviklingen

	OPPSTART		TRINN 2		TRINN 3		FERDIG UTBYGGET	
	Kroner	%	Kroner	%	Kroner	%	Kroner	%
Totalt tilskudd	500 000	100	1 300 000	100	3 200 000	100	6 000 000	100
Akershus	100 000	20	310 798	23,91	866 280	27,07	1 684 886	28,08
Hedmark	100 000	20	220 144	16,93	462 459	14,45	819 554	13,66
Oppland	100 000	20	220 046	16,93	462 023	14,44	818 620	13,64
Oslo	100 000	20	311 919	23,99	871 275	27,23	1 695 589	28,26
Østfold	100 000	20	237 094	18,24	537 964	16,81	981 351	16,36

13.2 Investeringer

Trinn 2 og 3

Ved etablering av kompetansesenter i midlertidige lokaler, må man regne med å ta i bruk lokaler som ombygges til formålet. Anslaget for kostnader forbundet med ombygging av lokaler bygger på erfaringer fra ombygging av tannhelsetjenestens kompetansesenter på Sørlandet og etablering av klinikker for tannhelsetjenesten i Oslo.

Det er vanlig praksis at utleier står for ombyggingskostnadene slik at kapitalutgiftene utlignes på husleien. Husleie inngår derfor i aktivitetstillegget i det driftsbudsjettet som er vist i tabell 8. I tabellen under er samlet investering ved etableringen vist inkludert ombyggingskostnad.

Tabell 10:
Samlet investering ved midlertidig og permanent etablering

	Trinn 2 og 3	Ferdig utbygget
Ombygging lokaler	9 700 000	
AV-utstyr	1 200 000	2 400 000
Annet utstyr	4 100 000	30 000 000
	15 000 000	32 400 000

Det må avtales nærmere hvordan investeringene skal fordeles mellom staten og fylkeskommunene. Ved drift i permanente lokaler forutsettes det at nytt bygg fullfinansieres av Kunnskapsdepartementet.

Det er forutsatt en spesialistklinikk med 42 tannlegeenheter hvorav 29 skal benyttes av spesialistkandidater. Spesialistkandidater skal fullfinansieres av HOD. Spesialistene forutsettes også å drive med spesialistutdanning og forskning og staten forventes derfor å bidra med 50 % av investeringene knyttet til dette. Dette gir en fordelingsnøkkel for investeringer i nytt bygg på 84/16 mellom staten og fylkeskommunene.

Det er forutsatt gjenbruk av utstyr slik at investeringene i nybygget kommer i tillegg til investeringen i trinn 3.



14. Samarbeidet mellom fylkeskommunene

Dette avsnittet bygger på de aktuelle lover samt en veileder utgitt av KS i 2007; Fra drift i avdeling til utskilling i selskap (5) samt på flere notater skrevet av kommuneadvokat i Vestfold Per Christian Andersen (1).

Etter samtaler i fylkeskommunene har det fremkommet behov for å diskutere følgende samarbeids/selskapsformer:

- Vertskommunesamarbeid etter kommunelovens § 28
- Interkommunalt samarbeid etter kommunelovens § 27
- Interkommunalt selskap (IKS-loven)
- Aksjeselskap (aksjeloven)

Ingen av fylkeskommunene ser på stiftelse som aktuell organisasjonsform.

De øvrige regionale odontologiske kompetansesentre har følgende organisasjonsformer:

- Sør: IKS
- Vest: Planlegger § 27-samarbeid (er fremdeles i prosjektfase)
- Nord: Avdeling likestilt med tannhelse-distrikt underlagt fylkestannhelsetjenesten i Troms uten formelt samarbeid med Nordland og Finnmark. Ikke egen juridisk enhet.
- Midt: IKS

14.1 Alternative samarbeidsformer

14.1.1 Vertskommunesamarbeid etter kommunelovens § 28

Modellen er utviklet for samarbeid mellom kommuner/fylkeskommuner på områder av forvaltningsmessig karakter. Hensikten har vært å legge til rette for samarbeid om kommuners lovpålagte ansvar på kjerneområder hvor behovet for å ivareta hensyn som politisk ansvar, kontroll og rettssikkerhet gjør seg gjeldende. I en vertskommune-modell overlater en kommune ansvar for bestemte oppgaver og beslutninger til en annen kommune – vertskommunen.

Vertskommunesamarbeid skal reguleres gjennom en skriftlig avtale som hvert fylkesting vedtar. Avtalen skal regulere minstekrav innenfor organisering, kompetanseoverføring og økonomi. Det er vertskommunen som er arbeidsgiver for oppgaver som er lagt til vertskommunen. Det er laget regler hvor hvordan klagesaksbehandling skal gjennomføres.

Det foreligger 2 alternativer for samarbeid:

- Vertskommune samarbeid med felles folkevalgt nemnd § 28 c er tenkt benyttet der en overlater oppgaver av prinsipiell betydning til en vertskommune. Det er nemnda som treffer bindende avgjørelser på vegne av deltakerkommunene.
- Administrativt vertskommunesamarbeid § 28 b
Slikt samarbeid innebærer at oppgaver delegeres fra deltakerfylkeskommune til vertskommunens administrasjon. Delegasjonen går sidelengs fra administrasjonssjef/råd i en kommune til administrasjonssjefen/råd i vertskommunen. Denne modellen avskjærer politikerne i vertskommunen fra direkte innflytelse på enkeltsaker fra samarbeidskommunene.

14.1.2 Interkommunalt samarbeid etter kommunelovens § 27 (IS)

Kommuneloven sier at en eller flere kommuner/ fylkeskommuner kan opprette et felles styre for å løse felles oppgaver. Samarbeidsformen er utformet med tanke på driftsmessig og administrativt samarbeid mellom kommuner.

Offentlig myndighetsutøvelse kan ikke omfattes av samarbeidet. Den enkelte fylkeskommune vil stå ansvarlig for tjenesteproduksjon (tannhelsetjenester) definert i særlovgivning. Samarbeidet kan være et eget rettssubjekt, men er det ofte ikke. Hvis samarbeidet skal være eget rettssubjekt ligger det nær å heller opprette et IKS.

Momenter som teller når det skal vurderes om det dreier seg om eget rettssubjekt:

- At styret opptrer utad i eget navn (herunder om det på egen hånd foretar tilsetninger)
- At det tar avgjørelse med simpelt flertall
- At det disponerer egne midler og fastsetter eget budsjett
- At samarbeidet omfatter mange kommuner

Fylkestingene i hver fylkeskommune vedtar å delta i et samarbeid. De må oppnevnes et eget styre for samarbeidet og bestemme hvilken kompetanse (formål og ansvarsområde) styret skal ha. En står fritt i å opprette et representantskap. 2 nivåer for styrende organer vil antagelig bedre muligheten for politisk innsyn og kontroll.

Kommunelovens § 27 angir minstekravene til vedtektene, men det er avtalefrihet utover minstekravene. Vedtektene skal regulere styrets sammensetning og hvordan det oppnevnes. Ofte brukes kommunelovens alminnelige regulering av slike forhold. Vedtektene regulerer også arbeidsområdet for daglig leder. Det er ikke krav om at samarbeidet skal ha noen hovedpostadresse. En må imidlertid ha et hovedkontor etter § 12 i forskrift om årsregnskap og årsberetning. Det er ikke krav om registrering i fortaksregisteret.

Styret er det øverste organ i samarbeidet når ikke annet er vedtatt, men styrets kompetanse er begrenset. Styret får delegert sin myndighet fra de involverte fylkeskommuner. Vedtektene skal regulere styrets virksomhet og hvordan det oppnevnes.

Daglig leder vil også få regulert rammene for sin virksomhet av vedtektene, og vil vanligvis være underlagt styret.

Vedtektene skal inneholde bestemmelser om hvorvidt deltakerkommunene skal gjøre innskudd i virksomheten, og om styret har myndighet til å ta opp lån eller på annen måte pådra deltakerne økonomiske forpliktelser.

Det er fylkestingene/kommunestyret som gir rammebevilgninger til samarbeidet. Hver enkelt deltaker vil være ansvarlig for hele virksomheten (solidarisk ansvar) hvis det ikke er særskilt avtalt at ansvaret skal være delt (proratisk ansvar). Fordeelingen av kostnader mellom partene må basere seg på en rettferdig fordeling relatert f. eks. til ulike budsjett, folketall, areal e.l.

Samarbeidet, i dette tilfelle kompetansesenteret, vil være bundet av de samme lover og regelverk som fylkeskommunene. Offentlighetsloven og forvaltningsloven og lov om offentlige innkjøp vil f. eks. gjelde uavkortet.

Et IS innebærer ikke en virksomhetsoverdragelse, og ansatte som allerede er ansatt i en av de samarbeidende fylkeskommuner vil fortsatt være ansatt i sin fylkeskommune på uendrede vilkår. Det vil si at den enkelte fylkeskommunes arbeidsavtaler, pensjonsrettigheter, forsikringer og interne retningslinjer videreføres. Ved nyansettelser må det i hvert tilfelle avgjøres i hvilken fylkeskommune det er hensiktsmessig at den nye medarbeideren tilsettes.



14.1.3 Interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskap

Deltakerne er to eller flere fylkeskommuner eller kommuner som går sammen om å løse felles oppgaver. IKS-loven gir detaljerte anvisninger til hvordan selskap av denne typen skal organiseres, oppløses og avvikles. Loven bygger på de samme forvaltningsmessige prinsipper som aksjeloven, men er særlig tilpasset kommunale eiere og harmonisert med kommunelovens bestemmelser. Selskapet er en selvstendig juridisk enhet.

Det skal inngås en skriftlig selskapsavtale som skal vedtas av hvert enkelt fylkesting. Selskapsavtalen omfatter både stiftelsesdokument og vedtekter, og kan bare endres ved vedtak i fylkestingene. Det skal angis i hvilken kommune selskapet skal ha sitt hovedkontor, antall styremedlemmer og antall medlemmer av representantskapet, deltakernes innskuddsplikt og ansvar.

Øverste myndighet er representantskapet. Hver deltaker har rett til minst en representant. Selskapsavtalen skal angi antall medlemmer i representantskapet, og hvor mange medlemmer den enkelte deltaker oppnevner. Medlemmer til representantskapet utpekes av fylkestinget vanligvis for fire år.

Det enkelte fylkesting kan ved flertallsvedtak instruere sine medlemmer av representantskapet til å stemme som blokk. Hvert representantskaps medlem har likevel sitt personlige ansvar. Dersom ikke annet bestemmes har hvert medlem av representantskapet en stemme, og vedtak fattes med alminnelig flertall.

Representantskapet har en generell instruksjons og omgjøringsmyndighet ovenfor styret og vedtar årsbudsjett, økonomiplan, regnskap og større investeringer. Selskapet kan ikke ta opp lån hvis det ikke er særskilt angitt i selskapsavtalen at selskapet skal ha slik adgang. Representantskapet velger styre og revisor.

Styret skal etter loven ha minst tre medlemmer. Ansattes representasjon må følge reglene i kommunelovens § 26. Reglene i aksjeloven om representasjon av begge kjønn i styret gjelder også for IKS. Styret skal velges for to år med mindre annet er avtalt og har ansvaret for at selskapet drives i samsvar med selskapets formål, selskapsavtalen, årsbudsjettet og andre vedtak fattet av representantskapet.

Styret har aktsomhets og erstatningsansvar som i et ANS. Styret ansetter normalt daglig leder. Styret representerer selskapet utad og tegner for dets firma. Loven gir rom for at en i selskapsavtalen kan avtale at visse saker som etter loven ville ha hørt under styret, må godkjennes av representantskapet. Dette gjør at eierne kan få større innflytelse på virksomheten i et IKS enn et AS.

Daglig leder skal stå for daglig ledelse av selskapet etter de retningslinjer og pålegg som styret gir. Et IKS har regnskapsplikt etter regnskapsloven, men et kan i selskapsavtalen bestemmes at selskapet i stedet skal avgi regnskap etter kommunale regnskapsprinsipper.

Det antas at kompetansesenteret må betraktes som en ikke-økonomisk virksomhet som ikke har til hensikt å generere overskudd for sine deltakere og derfor heller ikke vil ha plikt til å betale ordinær skatt.

Deltakerne har til sammen et ubegrenset ansvar for selskapets forpliktelser, men slik at den enkelte deltakers ansvar er begrenset til en prosentandel av selskapets forpliktelser. Den enkelte deltakers ansvar for selskapsforpliktelsene svarer til deltakerens eierandel i selskapet med mindre noe annet fremgår av selskapsavtalen. Dersom selskapets budsjett forutsetter tilskudd fra deltakerne, er budsjettet ikke endelig før deltakernes budsjetter er vedtatt.

De ansatte vil ha sitt ansettelsesforhold i selve selskapet, og selskapet vil derfor ha myndighet til å ansette, si opp, instruere og føre lønnsforhandlinger.

14.1.4 Aksjeselskap etter lov om aksjeselskap

Fylkeskommuner kan danne aksjeselskap seg i mellom eller sammen med private eiere. I et aksjeselskap har deltakerne ikke økonomisk ansvar for selskapets forpliktelser utover kapitalinnskuddet.

Aksjelovgivningen er komplisert og dannelse av aksjeselskap kompliseres ytterligere hvis det blir stor forskjell på eierne. Kommunale aksjeselskap opererer i stor grad i et marked og har selvstendige inntekter. Generell lovgivning kan sette grenser for hva slags virksomhet et aksjeselskap med fylkeskommuner som deltakere, kan utøve.

Vedtak om å opprette aksjeselskap bør treffes av fylkestinget selv om dette ikke er angitt i lov. Fylkestinget må utstede en særskilt fullmakt til den som skal representere fylkeskommunen på generalforsamlingen. Det vil bare kunne avgis en stemme per aksjeeier. Fylkestinget vil kunne binde fylkeskommunens representanter i generalforsamlingen.

Forvaltning av selskapet er styrets oppgave og styret representerer selskapet utad sammen med daglig leder. Fylkestinget eller andre fylkeskommunale organer vil ikke ha noen direkte innflytelse på forvaltningen av selskapet, men vil kunne øve innflytelse på selskapets drift ved å yte økonomisk tilskudd og stille vilkår for dette og ved å utøve sin rolle som offentlig myndighet.

14.2 Drøfting av samarbeidsform

14.2.1 Politisk styring og kontroll/behov for myndighetsutøvelse og eierrolle

I samtalene i fylkeskommunene har først og fremst behovet for politisk styring eller innsyn blitt vektlagt. Det varierer noe mellom fylkeskommunene om det er tilstrekkelig med innsyn eller om de har større behov for styring. Fylkespolitikerne bør på vegne av pasientene i utgangspunktet være interesserte i at pasientene får et avansert behandlingstilbud og i å følge med på kompetanseutviklingen i tannhelsetjenesten. I en slik sammenheng vil en organisasjonsform med godt politisk innsyn, være interessant. Kompetansesenteret bør i egenskap av utviklingsaktør og sin regionale rolle også være interessert i god kontakt til politikere i alle fylkeskommuner.

Hvis et vertskommunesamarbeid skal ivareta behovet for politisk styring og kontroll, må det etableres med felles folkevalgt nemnd (§ 28 c i kommuneloven). Siden nemnda kan treffe bindende avgjørelser på vegne av kommunene vil dette innebære mulighet for politisk kontroll, selv om et slikt samarbeid også gir administrasjonen i vertskommunen en sterk stilling.

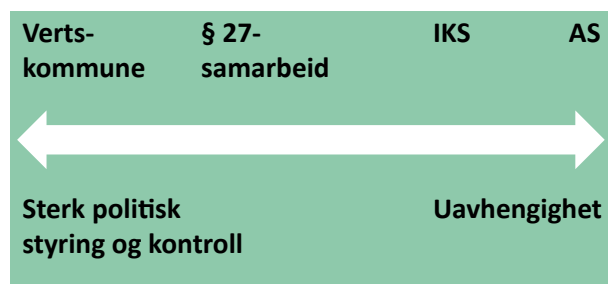
I et § 27-samarbeid kan styret i samarbeidet kun treffe avgjørelser som angår selskapets drift og organisering. Dette medfører at det enkelte fylkesting må treffe endelige beslutninger på viktige sakfelt, noe som også gir mulighet for å utøve politisk styring og kontroll. Politisk styring kan også ivaretas ved at det opprettes et representantskap som tildeles kompetanse fra fylkestingene, og som er overordnet det felles styret.

I et IKS er representantskapets kompetanse regulert i loven. Mulighet for politisk styring ligger i at fylkestinget kan instruere sine representanter i representantskapet, og i at budsjettet til et IKS ikke er endelig før den enkelte deltakerkommune har godkjent tilskuddet til virksomheten i sitt budsjett.

I et AS skjer den demokratiske styring og kontroll indirekte gjennom generalforsamlingen og oppnevning av styret for virksomheten. Fylkestinget kan treffe vedtak om hvordan fylkeskommunen skal stemme i en bestemt sak og vedtaket vil være bindende for fylkeskommunens representanter på generalforsamlingen, men fylkestinget har ingen direkte innflytelse på hvordan et selskap skal forvaltes.

Utforming av vedtektene kan imidlertid bestemme at visse saker skal behandles av generalforsamlingen. Den daglige forvaltningen av selskapet hører inn under selskapets styre som sammen med daglig leder representerer selskapet utad.

De forskjellige organisasjonsformenes mulighet for politisk styring og kontroll versus uavhengighet og kan fremstilles som i figuren under.



Det ser ut til at de deltakende fylkeskommuner har kommet ulikt langt i å utforme eierstrategier, og det kan virke som om resultatene av strategien også er forskjellig. Oppland signaliserer at de som eiere ønsker innsyn, men kan gi stor grad av fristilling. Hedmark uttrykker noe av det samme når de ser på AS som en aktuell organisasjonsform, men politikerne i Østfold ønsker en hånd på rattet og vil gjerne ha et vertskommunesamarbeid.

14.2.2 Hensiktsmessig organisasjonsform ut fra prosjektets hensikt, målsetting og planer

Målet med samarbeidet er å opprette en kompetansenhet for å gi et bedre tilbud til pasientene og øke kompetansen for tannhelsepersonell og de fylkeskommunale tannhelsetjenestene. Formålet med samarbeidet er altså flere former for tjenestetproduksjon og utviklingsarbeid og innebærer ikke myndighetsutøvelse. Sett fra denne synsvinkelen vil stor grad av fristilling ikke komme i konflikt med myndighetsrollen. Men det må gjøres prioriteringer som politikerne kan ønske å delta i, selv om oppgavene for kompetansesenteret så langt ikke er lovpålagte.

På sikt vil aktiviteten også av økonomisk karakter bli såpass stor at det sannsynligvis vil være hensiktsmessig at TKØ er en egen juridisk og økonomisk enhet. Men i nåværende situasjon med kun 2 ansatte, synes det ikke hensiktsmessig å opprette TKØ som en egen juridisk person.

Foreløpig er det sannsynligvis mer hensiktsmessig å kunne benytte seg av det tjenesteapparat og de økonomiske ressurser som en fylkeskommune representerer. Det kan nevnes at Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør som er organisert som et IKS har vært nødt til å ta opp lån og etablere kassakreditt for å ivareta sine økonomiske forpliktelser, i hovedsak på grunn av mangel på likviditet da bevilgningene fra staten sjelden tilføres før et halvt år inn i et kalenderår.

Et samarbeid etter kommuneloven § 27 eller § 28 hvor en fylkeskommune ivaretar funksjon som juridisk person, kan derfor inntil videre være å foretrekke. §27 samarbeid kan enklest utvikles til å bli egen juridisk enhet hvis det er behov for det.

TKØ vil som nevnt lenge være under oppbygging, og det vil være en støtte for daglig leder å ha et faglig styre å forholde seg til i denne fasen. Også senere skal kompetansesenteret forholde seg så nært til tannhelsetjenestene i alle fylkeskommunene at det vil være en fordel med representasjon fra alle disse i styrende organer.

Samarbeid etter kommunelovens § 28 gir ikke denne muligheten. Det må i tilfelle etableres en uformell gruppe under fylkesrådmann og leder av tannhelsetjenesten i vertsfylket, men denne vil få en utydelig rolle.

I et § 27-samarbeid skal det etableres et styre og det står fritt til partene og avtale hvordan dette oppnevnes og hvor stort det skal være. Denne organisasjonsformen gir mulighet for et faglig styre.

Organisering som IKS og AS gir også mulighet for styrer med sterkt faglig innslag.

14.2.3 Hvordan kan samarbeidet med Det odontologiske fakultet i Oslo ivaretas?

Det odontologiske fakultet i Oslo planlegger nytt bygg og i forprosjektplanen er det beskrevet en samlokalisering mellom fakultetet og kompetansesenteret. Det ligger også en forutsetning fra HOD om slik samlokalisering. Dekanen ved fakultetet i Oslo sitter nå i styringsgruppa for prosjektet.

Det vil være ønskelig at fakultetet i Oslo fortsatt kan være representert i styret. Denne muligheten foreligger både ved et § 27-samarbeid, et IKS og et AS, men er mer utydelig ved et vertskommunesamarbeid.

14.2.4 Risiko/økonomisk ansvar for eierne

TKØ-prosjektet er så langt fullfinansiert av staten, og det har ikke vært behov for økonomiske tilskudd fra fylkeskommunene. Risikoen for de deltakende fylkeskommuner har vært minimal.

Staten vil fortsatt være tungt inne med finansiering, men det er en forutsetning fra statens side at de deltakende fylkeskommuner også bidrar med tilskudd til virksomheten, og etablering av et permanent samarbeid vil måtte medføre økonomiske forpliktelser for deltakerne. Noe av hensikten med å etablere samarbeidet nå, er også at man ser behov for en forpliktelse fra fylkeskommunene. Risikoen ved samarbeidet vil imidlertid foreløpig være begrenset.

- I et vertskommunesamarbeid må økonomiske bidrag og ansvar hos fylkeskommunene avtales i samarbeidsavtalen.
- I et § 27-samarbeid har deltakerne et solidarisk ansvar for forpliktelsene, men kan avtale delt ansvar. Risikoen vil kunne reguleres i vedtektene bla ved styrets anledning til å ta opp lån etc.
- I et IKS er det et pro rata ansvar for forpliktelsene vanligvis i samme forhold som det er gjort innskudd i virksomheten.
- I et AS hefter ikke deltakerne for forpliktelsene utover aksjekapitalen. Et AS passer der virksomheten innebærer en risiko som fylkeskommunene ikke er villige til å ta.

14.2.5 Forhold til lov om offentlige anskaffelser/egen regi

Dette er et av de mest sentrale og vanskelige hensyn som må vurderes ved valg av organisasjonsform for offentlig virksomhet. Organisasjonsformen bør ikke ha den konsekvens at tjenester som utføres på kompetansesenteret på vegne av en fylkeskommune, for eksempel spesialistbehandling eller forskning, vil kunne ansees som offentlige anskaffelse som skal ut på anbud.

En organisasjonsform som gir minst mulig sjanse for å komme i konflikt med regelverket kan derfor være å foretrekke. Risikoen øker vanligvis med grad av økonomisk fristilling.

I denne sammenhengen vil derfor et § 27 eller § 28-samarbeid være å foretrekke. Alternativet er at tjenestene sees på som ytt i egen regi og da er det uaktuelt med anbudskonkurranse. Rettstilstanden i EU og Norge er slik at det ikke alltid er opplagt hva som ansees som anskaffelser i egen regi.

14.3 Begrunnelse for og anbefaling av samarbeidsform

De aktuelle tannhelsetjenestene og fylkeskommunene er forskjellig organisert. I Oslo er tannhelsetjenesten kommunalt foretak. De andre fylkeskommunene har tannhelsetjenestene organisert som tjenester i linje fra administrasjonssjef.

Oslo og Hedmark har parlamentarisme som styringsform. I kommuner med parlamentarisme trer rådet inn i stedet for administrasjonssjef når det gjelder delegasjon ved vertskommunesamarbeid. Siden kompetansesenterets fremtidige lokalisering skal være i Oslo, kan det være naturlig med Oslo som vertskommune.

Men det er mulig at Tannhelsetjenesten i Oslos organisering som kommunalt foretak vil komplisere en evt. rolle som vertskommune. Denne problemstillingen kan unngås ved de andre samarbeidsformene. Vertskommunesamarbeid etter kommunelovens § 28 er dessuten beregnet for samarbeid av forvaltningsmessig karakter og myndighetsutøvelse skal ikke være noen oppgave for TKØ.

IKS er ikke forenelig med den parlamentariske styreform i Oslo kommune.

AS ansees som en robust og aktuell organisasjonsform som ikke ville innebære økonomisk risiko for eierne. Noen fylkeskommuner ønsker imidlertid bedre mulighet for politisk styring enn et AS gir. Dette gjelder spesielt i oppbyggingsfasen. Først når driften får et større omfang med et nærmere avtalt antall ansatte, vil det være hensiktsmessig at kompetansesenteret er en egen juridisk enhet med selvstendig arbeidsgiveransvar.

Foreløpig er det sannsynligvis mer hensiktsmessig å kunne benytte seg av det tjenesteapparat og de ressurser som en fylkeskommune representerer. Etter en samlet vurdering har man funnet å anbefale at samarbeidet i oppstartsfasen organiseres som et interkommunalt samarbeid uten å være eget rettssubjekt.

Det foreslås videre at Østfold fylkeskommune er hovedkontor og juridisk person for samarbeidet. Når driften når et visst nivå, mest sannsynlig når klinisk tjeneste starter opp, vil det være mer hensiktsmessig å etablere TKØ som en egen juridisk enhet, og samarbeidet bør da omorganiseres til et AS.

Et samarbeid etter kommunelovens § 27 (IS) vil ivareta følgende forhold:

- Representasjon fra Det odontologiske fakultetet i Oslo i styret. Dette kan gjennomføres hvis man også samtidig etablerer et representantskap. Kommuneloven har avtalefrihet på dette punkt og det kan fritt avtales hvordan et representantskap skal oppnevnes.
- Minst mulighet til å komme i konflikt med Lov om offentlige anskaffelser når tjenester skal utføres av kompetansesenteret for fylkeskommunene.
- Unngå oppbygging av unødvendig byråkrati i en liten organisasjon.
- Liten risiko for fylkeskommunen utover det årlige økonomiske tilskuddet.
- Mulighet for overgang til AS når driftsnivå og andre forhold tilsier dette.



15. Faser og framdrift

Første fase i videreføring av prosjektet er etablering av et forpliktende fylkeskommunalt samarbeid. Fylkestingsvedtak vil kunne foreligge fra Akershus, Østfold og Oppland i juni 2010 og i Hedmark i august 2010. Det er foreløpig uklart når saken kan fremmes i Oslo. Uansett regnes det med at samarbeidet trer i kraft fra januar 2011.

Forskningsaktivitet kan initieres i første fase fordi man ikke er avhengig av klinikk for å kunne starte opp. Blant de funksjonene TKØ er ment å fylle, er det innenfor forskning at det er størst underdekket behov i vår region. Forskningsaktiviteten skal fullfinansieres av staten.

Fylkeskommunenes tilskudd til driften vil i første omgang gå til etterutdanning, i neste omgang til etablering av klinisk drift.

Etablering av TKØ i permanente lokaler er avhengig av framdriften til nytt bygg for IKO. Tidsperspektivet for nytt bygg er uklart, men det er forsøkt skissert et realistisk forløp i milepælsplanen i tabell 12. Det er neppe realistisk med drift i nytt bygg før siste halvår 2017. Derfor vil man forsøke å få til drift i lokaler utenfor IKO. Når kompetansesenteret er etablert i egen klinikk, vil dette innebære flere ansatte og det vil da være naturlig å vurdere overgang til AS som driftsform.

Tabell 11:
Milepælsplan TKØ mai 2010

ÅR	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
Halvår	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Fylkeskommunalt samarbeid																		
Forprosjektavtale underskrevet																		
Administrativ behandling av samarbeidsform																		
Utforming av vedtekter for IS																		
Politisk behandling av IS																		
IS																		
AS																		
TKØ i midlertidige lokaler																		
Utrede og finansiere midlertidige lokaler																		
Bygge om og innrede																		
Ansettelse i kliniske stillinger																		
Drift i midlertidige lokaler																		
Husleieavtale med HOD																		
Driftsavtale med HOD																		
Etableringsavtale med HOD																		
TKØ i permanente lokaler																		
Kvalitetsanalyse 1																		
Kvalitetsanalyse 2																		
Byggeøk																		
Intern pros. i regj./innspill til st.b																		
Fremmes i statsbudsjett																		
Detaljprosjektering																		
Byggeperiode																		
Drift i nytt bygg																		
Forskning																		
Tilsette forskningsleder																		
Forprosjekt forskning																		
Forskningsaktivitet																		

16. Tilråding og konklusjoner

- Det bør opprettes et regionalt odontologisk kompetansesenter for fylkeskommunene Akershus, Hedmark, Oppland og Østfold og Oslo kommune. Kompetansesenteret får navnet "Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst" med kortform TKØ.
- TKØ bør organiseres som et IS og etableres 1. januar 2011. Deltakere i samarbeidet skal være fylkeskommunene Akershus, Hedmark, Oppland og Østfold og Oslo kommune.
- Intensjonen er at kompetansesenterets permanente lokalisering skal være i nær tilknytning til Institutt for klinisk odontologi ved Det odontologiske fakultetet i Oslo.
- Uklar tidshorison for nybygget gjør at etablering og drift skal i første omgang igangsettes i midlertidige lokaler i Oslo. Alternative lokaler må kartlegges nærmere. Det forutsettes at driften skal videreføres i et nytt bygg for klinisk odontologi når det står ferdig.
- Driften på kompetansesenteret skal bygges opp gradvis i tråd med de økonomiske forutsetningene med intensjon om at alle spesialiteter skal dekkes.



Referanser

1. Andersen Hans Christian.
Upubliserte notater angående selskapsformer i offentlig sektor.
2. Ellingsæter BE.
Tannhelsetjenesten i Norge. Oslo Helsedirektoratet 1992
3. Elin-t.
Forprosjektrapport. Elektronisk informasjonsutveksling i tannhelsetjenesten. Mai 2009
4. Hillesund E.
Ledighet og ustabilitet i tannlegestillinger. Forslag til statlig stimulering for å sikre stabilitet.
Helsedirektoratet 1993
5. Haavind Vislie.
Fra drift i avdeling til utskilling i selskap. Veileder utgitt av KS i 2007
6. NOU 2005:11.
Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet
7. Statens helsetilsyn IK-2701.
Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra.
Lunner et al 5-99
8. St.meld. nr. 35 (2006-2007).
Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.
Helse- og omsorgsdepartementet 2007
9. Universitetet i Bergen juli 2008. Utredning av dobbeltkompetanseutdanning i odontologi.
Et avkortet og parallelt utdanningsløp til spesialist- og forsker utdanning

Tabelliste

Tabell 1	Utdanningsplan for spesialister på Østlandet. Angir start på utdanning	13
Tabell 2	Forventet antall spesialistkandidater på kompetansesenteret	14
Tabell 3	Personellbehov spesialister	16
Tabell 4	Personellbehov forskning	18
Tabell 5	Personellbehov etterutdanning	19
Tabell 6	Behov for hospitantplasser	19
Tabell 7	Øvrig personellbehov	22
Tabell 8	Anslag driftsbudsjett TKØ på forskjellige trinn i utviklingen	24
Tabell 9	Fordeling av fylkeskommunalt tilskudd i nominelle kroner og % på forskjellige trinn i utviklingen	25
Tabell 10	Samlet investering ved midlertidig og permanent etablering	26
Tabell 11	Milepælsplan TKØ mai 2010	34

Vedlegg

Vedlegg 1: Personellplan

	PERSONELLPLAN			FINANSIERT AV HOD		
	TRINN 2	TRINN 3	Ferdig utbygget	TRINN 2	TRINN 3	Ferdig utbygget
Spesialistkandidater Østlandet	4	4	18			
Dobbeltkompetansekandidater			15			
Kandidater fra landet for øvrig			15			
Spesialistkandidater	4	4	48	4	4	48
Endodontister	1	1	2	0,6	0,6	1,2
kjeve- og ansiktsradiologer	0,5	0,5	1	0,3	0,3	0,6
Kjeveortoped	1	1	3	0,6	0,6	1,8
Kirurger		1	2	0	0,6	1,2
Periodontister		1	2	0	0,6	1,2
Pedodontister		1	2	0	0,6	1,2
Protetikere	1	1	2	0,6	0,6	1,2
Annen spesialkompetanse		1	4			
Totalt antall spesialister	3,5	7,5	18	2,1	3,9	8,4
Forskningsleder	0,5	1	1	0,5	1	1
Statistiker	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Samfunnsodontolog		1	1	0	1	1
Forskere			2	0	0	2
Kontorpersonell		0	0,5	0	0	0,5
Jurist			0,2	0	0	0,2
Personellbehov forskning	0,6	2,2	4,9	0,6	2,2	4,9
IKT-kompetanse nett	1	1	1	1	1	1
Studierektor						
Personellbehov etterutdanning	1	1	1	1	1	1
Hospitanter		1	2			
Daglig leder	1	1	1	0,6	0,6	0,6
Sekretær daglig leder	0,5	0,5	1	0,3	0,3	0,6
Studierektor spesialistutdanning		0	0,5	0	0	0,5
klinikkleder	0,25	0,5	1		0,3	0,6
Tannhelsesekretær klinikkledning	0,5	1	1	0,3	0,6	0,6
Tannhelsesekretær spesialistbehandling	1,75	3,75	9	1,05	2,25	5,4
Tannhelsesekretær steril	0,5	0,5	2	0,3	0,3	1,2
Samlet antall tannhelsesekretærer	2,75	5,25	12	1,65	2,55	6,6
Tannpleier	0	0,5	1,5			
IT-tjenester	0,5	1	2	0,3	0,6	1,2
Regnskap	0,25	0,5	1	0,15	0,3	0
Lønn og personalfunksjon	0,25	0,5	1	0,15	0,3	0,6
Innkjøpsfunksjon	0,1	0,1	0,1	0,06	0,06	0,06
Samlet øvrig personellbehov	5,6	9,9	21,1	3,15	4,95	10,7
Totalt antall ansatt personell	10,7	20,55	45	6,85	12,05	25
Antall personell inkl. spes.kandidater og hospitanter	14,7	25,55	95	10,85	16,05	73

Vedlegg 2: Klinikk- og kontorprogram

	Antall kontor og klinikkarbeidsplasser						Arealbehov i kvm. kontor og klinikk					
	TRINN 2		TRINN 3		Ferdig utbygget		TRINN 2		TRINN 3		Ferdig utbygget	
	Klinikk	Kontor	Klinikk	Kontor	Klinikk	Kontor	Klinikk	Kontor	Klinikk	Kontor	Klinikk	Kontor
Spesialistkandidater Østlandet	4/5	0	4/5	0	10 4/5	9						
Dobbelkompetansekandidater	0	0	0	0	9	7,5						
Kandidater fra landet for øvrig	0	0	0	0	9	7,5						
Spesialistkandidater	0,8	0	0,8	0	28,8	24	10,4	0	10,4	0	374	144
Endodontister	3/5	2/5	3/5	2/5	1 1/5	2						
Kieve- og ansiktsradiologer		1/5		1/5		1						
Kieveortoped	3/5	2/5	3/5	2/5	1 4/5	3						
Kirurg	0	0	3/5	2/5	1 1/5	2						
Periodontister	0	0	3/5	2/5	1 1/5	2						
Pedodontister	0	0	3/5	2/5	1 1/5	2						
Protetikere	3/5	2/5	3/5	2/5	1 1/5	2						
Annen spesialkompetanse	0	0	3/5	2/5	2 2/5	4						
Spesialistbehandling	1,8	1,4	4,2	3	10,2	18	27	16,8	63	36	153	216
Forskningsleder		0,5		1		1						
Statistiker												
Samfunnsodontolog		0		1		1						
Forskere		0		0		2						
Kontorpersonell		0		0		0,5						
Jurist						0,2						
Forskning		0,5		2		4,7		6		24		56,4
IKT-kompetanse nett		1		1		1						
Studierektor		0		0		0						
Etterutdanning		1		1		1		12		12		12
Hospitanter			0,5		1				6,5		13	0
Daglig leder		1		1		1		12		12		12
Sekretær daglig leder		0,5		0,5		1		6		6		12
Studierektor spesialutdanning				0		0,5				0		6
Klinikkleder		0,25		0,5		1				6		12
Tannhelsesekretær klinikkledelse						1				0		12
Tannh.sekr.spes.behandling												
Tannhelsesekretær steril												
<i>Totalt antall tannhelsesekretærer</i>												
Tannpleier	0	0			1,5	1,5	0	0	0	0	23	9
IT-tjenester		0,25		0,5		2		3		6		24
Regnskap		0,25		0		1		3		0		12
Lønns- og personalfunksjon		0,25		0,5		1		3		6		12
Innkjøpsfunksjon												
Øvrig personell	0	2,5	0	3	1,5	9	0	27	0	36	23	111
Arealbehov klinikk og kontor	2,6	5,4	5,5	9	41,5	56,7	37,4	61,8	79,9	108	563	539

Forutsetninger:

- Det er beregnet 12 kvm til eget skrivekontor og 6 kvm til kontorplass i landskap.
- Det er beregnet 15 kvm pr klinikkplass i eget kontor og 13 kvm pr klinikkplass i landskap.
- Det er forutsatt at 2 spesialistkandidater skal dele skrivekontor og at spesialistkandidater og spesialister skal disponere klinikkarbeidsplass 3 dager i uka.
- I Trinn 1 og 2 er det forutsatt at kun kandidater i desentralisert utdanning har 1/5 av sin arbeidstid på kompetansesenteret.

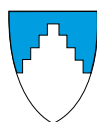
TKØ

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst
Et samarbeidsprosjekt mellom fylkeskommunene
Akershus, Hedmark, Oppland, Østfold
og Oslo kommune

Postadresse:
Østfold fylkeskommune
Postboks 220
1702 Sarpsborg

Tlf: 69 11 73 30



AKERSHUS
FYLKESKOMMUNE



HEDMARK FYLKESKOMMUNE



OPPLAND
fylkeskommune



Østfold fylkeskommune



Oslo kommune