

## **Tannhelsetjenestens forankring – spiller det noen rolle?**

Nye oppgaver til større kommuner: Reformforslagets betydning for grupperinger i tannlegeprofesjonen

TORHILD KILDAHL

VEILEDER

Dag Ingvar Jacobsen

**Universitetet i Agder, 2019**

Fakultet for Samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

## Forord

Det er med en viss undring og stor lettelse at jeg endelig kan anse meg ferdig med denne utdannelsen. Det hele startet med et grunnfag i administrasjon- og organisasjonsvitenskap ved universitetet i Bergen i 1994. Nå, 25 år senere, mener jeg bestemt at jeg kan påberope med norgesrekord i lang studietid!

Jeg vil takke min veileder, Dag Ingvar Jacobsen som har vært tilgjengelig når jeg trengte det. Siden mitt studieløp gjennom årene har vært litt av og på, kan det nok sies at teorien var meget rusten ved starten på denne oppgaven. Uten gode innspill og styring i riktig retning, hadde jeg nok ikke kommet i mål.

Bremnes, 31. mai, 2019

Torhild Kildahl

1. INNLEDNING	s.4
1.1 PROBLEMSTILLING	s.4
2. TEORI	s.5
2.1 PROFESJONSUTØVERNE, HVEM ER DE?	s.6
2.2 PROFESJONSFORSKNINGENS FASER	s.8
2.2.1 FUNKSJON OG STRUKTUR	s.9
2.2.2 MAKT OG MONOPOL	s.10
2.2.3 KUNNSKAP OG ARBEIDSOPPGAVER	s.12
2.3 VITENSKAPEN, PROFESJONEN OG KLIENTENE	s.12
2.4 RELASJONEN MELLOM EN YRKESGRUPPE OG EN UTDANNELSESTYPE	s.16
2.5 PROFESJONER OG REFORMER	s.17
3. METODE	
3.1 NYE OPPGAVER TIL STØRRE KOMMUNER	s.19
3.2 AVGRENSNING OG OPERASJONALISERING	s.21
3.3 DOKUMENTANALYSE	s.22
3.4 DATAKVALITET	s.23
3.5 INNSAMLING AV DATA	s.24
4. FUNN	s.28
4.1 TILGANG TIL TANNLEGETJENESTER	s.30
4.2 ULIKHET I TANNHELSE	s.32
4.3 ORGANISERING	s.33
4.4 NIVÅ	s.35
4.5 LOVVERK	s.38
4.6 OPPSUMMERING FUNN	s.39
5. DISKUSJON	
5.1 TANNHELSETJENESTEN I DAG	s.40
5.2 JURISDIKSJONELL KONFLIKT OG KAMPEN FOR AUTONOMI	s.41
5.3 VERN OM INTERESSER	s.45
5.4 FYLKESKOMMUNAL ELLER KOMMUNAL TANNHELSETJENESTE	s.47
5.5 AVSLUTNING	s.51
6. LITTERATURLISTE	S.55

# 1. INNLEDNING

Det er i dag utenkelig å forestille seg et samfunn uten profesjoner, de er over alt og samfunnet er totalt avhengige av dem for å kunne fungere. Leger, advokater og prester var de første profesjonene som vokste fram i Norge etter den nye staten i 1814. På begynnelsen av 1900-tallet kom tannleger, arkitekter og sivilingeniører og etter dette har flere andre yrker kommet til (Fauske, 1991, s.23). Profesjoner har medvirket i utviklingen av velferdsstaten, og mange av profesjonene har sin arbeidsplass i velferdsstatens organisasjoner der de yter tjenester til velferdsstatens klienter. Staten og samfunnet generelt trenger profesjoner for å løse viktige oppgaver, og har delegert myndighet til dem for å få dette gjort. Velferdsstaten og profesjonene har vokst fram i gjensidig samspill, og staten gir profesjonene legitimitet og autonomi, fordi staten er avhengige av profesjonell kompetanse.

## 1.1 PROBLEMSTILLING

Den 3. januar 2014 satte kommunal- og moderniseringsdepartementet ned ett ekspertutvalg som på faglig grunnlag skulle foreslå kriterier som har betydning for oppgaveløsningen i kommunene. Sluttrapporten *Kriterier for god kommunestruktur* ble levert i desember 2014, og denne rapporten og NOU:2000:20 danner begge grunnlaget for Meld.St.14 (2014-2015) som blir omtalt som «Oppgavemeldingen» og som gir en gjennomgang av hvilke oppgaver nye og større kommuner kan få ansvar for.

Når Kommunal- og moderniseringsdepartementet i 2016 sendte ut et høringsnotat med lov- og forskriftsendringer i forbindelse med forslaget om at nye oppgaver skal overføres til kommunene, var det ikke enighet i høringsuttalelser fra de odontologiske lærestedene og fra yrkesutøverne representert ved Den norske tannlegeforening. Profesjoner blir ofte fremstilt som enhetlige pressgrupper som forenes av felles kunnskap, verdier og interesser. Og de kjemper for å forsvare sin autonomi i møte med en stat som ønsker å styre. Høringssvarene til dette forslaget deler derimot vitenskapen og profesjonens yrkesutøvere i to, noe som både er overraskende og heller ikke kom tydelig fram i media etter at forslaget ble lagt fram.

Den norske tannlegeforeningen skriver blant annet at *«NTF er alvorlig bekymret for at forslaget vil svekke den norske tannhelsemodellen og medføre negative konsekvenser for befolkningens tannhelse»*. Det helsevitenskapelige fakultet i Tromsø ser det litt annerledes og skriver om den foreslåtte overføringen at *«det kan gi et nytt utgangspunkt for utvikling av en mer samordnet og tverrfaglig kommunal helsetjeneste enn den vi har i dag – som det utvilsomt er behov for»*.

Utgangspunktet for denne oppgaven er reaksjoner fra tannlegeprofesjonen som er kommet som følge av dette forslaget til innlemming av tannhelsetjenesteloven i helse- og omsorgsloven, og med dette flytte den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene der primærhelsetjenesten hører hjemme i dag. Tar man utgangspunkt i at vitenskap og profesjoner står samlet når de utsettes for ytre påvirkning, så skulle en tro at det ville være like meninger om forslaget til denne lovendringen. Spørsmålet i denne oppgaven blir da hva som kan være forklaringen til at yrkesutøvere i en profesjon og dens tilhørende vitenskap ikke er av samme mening:

**«Hva kan være årsaken til at yrkesutøvere og vitenskapen reagerer ulikt på en reform?»**

For å finne svar på spørsmålet er høringssvarene til universitetene og Den norske tannlegeforening og aktuelle innlegg i aviser og tidsskrifter systematisk lest igjennom og argumenter som kan belyse de ulike holdningene er satt i system for videre analyse.

## 2. TEORI

Vibeke Erichsen (1996, s. 39) skiller mellom de «gamle» og de «nye» yrkesgruppene vi kaller profesjoner. De gamle er de profesjonene som etablerte seg lenge før velferdsstatens utbygging etter 2. verdenskrig, og typiske eksempler på dette innen helse er leger og tannleger. De gamle yrkesgruppene har i stor grad lagt premisser for både formingen av selve velferdsstaten og dens ordninger, men de har og lagt premissene for mange av de nye yrkesgruppene som vi kan se på som produkter av velferdsstaten.

Spesielt de gamle profesjonene er i stor grad autonome, og mange av de nye profesjonene som kom til senere ble etablert for å «hjelpe» andre yrker der de kom inn i et underordnet forhold, for eksempel hjelpepleiere.

### 2.1 PROFESJONSUTØVERNE, HVEM ER DE?

Det essensielle for alle profesjoner er at dette er yrker der tjenester ytes. Enkelt sagt er *«profesjoner en type yrker som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom en spesialisert utdanning»* (Molander og Terum, 2013, s.13).

Når ett yrke betegnes som en profesjon, ligger det en forventning om profesjonalitet i begrepet. Epistemiske verdier som sann, gyldig og holdbar er sterkt knyttet til begrepet, og det forventes ikke minst en viss type kunnskap som er karakteristisk og eksklusiv for den gitte profesjon. Kjennetegn som går igjen hos mange forfattere er vitenskapelig kunnskapsgrunnlag, etisk kodeks og en organisasjon som ivaretar profesjonens interesser. Det er ikke helt klart hvilke yrkesgrupper som kalles profesjoner, men for mange av disse kreves det autorisasjon. Dette vil si at en har en lisens eller en bevilgning fra statlige myndigheter som gir en rett til å utøve sitt yrke. Lisensen får en ved å ha fullført en viss formell utdanning og kanskje også en praksisperiode, og dette ses i alle helseprofesjonene. Når staten gir en autorisasjon, kan man se på det som en betinget type tillit ovenfra. Og denne tilliten kan bli trukket tilbake om ikke en viser seg verdig til å ha den, det er en tillit med forbehold. I alle yrker som krever lisens, kan man altså miste den igjen. Staten delegerer myndighet til en yrkesgruppe som den har forsøkt å forsikre seg om at den har en viss type kompetanse og at denne kompetansen gjør dem i stand til å ta riktige beslutninger i

ett hvert tilfelle. Med tilliten og lisensen følger det et forvalteransvar for en viss type oppgaver. Kunnskapen som profesjonene forvalter er noe som lekfolk og samfunnet ønsker og trenger, og det hele hviler på en kunnskapsmessig asymmetri. Når en beskriver et yrke som en profesjon, knytter det seg normative krav og forventninger til det, både med tanke på kunnskapsgrunnlag som skal være til å stole på, men også til at den tjener allment anerkjente samfunnsmessige verdier (Molander og Terum, 2013, s. 13-28).

Wilensky, H.L. (1964) ramser opp fem kjennetegn som han mener er helt vesentlige for at et yrke skal kunne kjennetegnes som en profesjon:

1. Det må ha utviklet seg til et heldagsyrke.
2. Det må være en formell utdanning ved universitet. Om utdannelsen i begynnelsen ikke er lagt til et universitet, vil den alltid før eller senere søke seg til universitetene hvor det finnes et korps med lærekrefter som har undervisning som sin hovedgeskjeft. Dette understreker viktigheten av en kunnskapsbase som henger sammen med praksis – dette vil danne grunnlaget for eksklusiv jurisdiksjon. Man vil se at i gamle etablerte profesjoner kom universitetsutdanningen før profesjonsorganisasjonene.
3. Etterhvert som kjerneoppgavene defineres i konkurranse med liknende yrker, dannes det en profesjonsorganisasjon.
4. For å beskytte den profesjonelle autoritet jobbes det for en legal lisensiering og sertifisering.
5. Det må være en eller annen kodeks som beskriver kollegiale regler, plikter og spesifikke krav til yrkesutøverne

Som et ledd i nasjonsbyggingen og modernisering av landet ble universitetet i Oslo etablert, og profesjonsutdanningene ble preget av et nært samarbeid mellom staten og profesjonsorganisasjonene. I den nye staten som ble etablert i 1814 hadde offiserene monopol på den militære myndighet, teologene på den kirkelige og juristene på den administrative. Etterhvert styrket også legene sin stilling og universitetslegene ble statens rådgivere. Staten var en pådriver og viktig alliert i utviklingen av profesjonsutdanningene i Norge, mens profesjonsutdanningene har kjempet for å beholde kontrollen over utdanningene. I dag er profesjonsorganisasjonenes innflytelse på utdanning i hovedsak

begrenset til å være høringsinstanser, pressgruppe eller politisk aktør siden styringen av profesjonsutdanningenes innhold er underlagt statlig koordinering og kontroll (Molander og Terum, 2013, s. 98). Det er forskjell på rene fagforeninger og profesjonsorganisasjoner siden sistnevnte ivaretar kollegialitet, økonomiske og sosiale interesser, yrkesetikk, faglige standarder tilknyttet utdanning og fagpolitiske interesser i en sterkere grad og er å anse som et «kvalifikasjonsfellesskap». En profesjonsorganisasjon kan og opptre på vegne av profesjonens klienter og hevde deres interesser.

Den gang profesjon ble betegnelsen på kunnskapsbaserte yrker, fantes det bare tre: leger, prester og jurister (om man ser bort fra offiserene som faller litt utenom på grunn av den militære utdanningen). Da var både relasjon mellom utdanning og yrke oversiktlig og det samme var yrkenes sosiale status. «Profesjon» var derfor en enhetlig og entydig betegnelse. Etterhvert som velferdsstaten utviklet seg og antall utdanninger økte, kom det til flere yrker som ville kalles profesjoner. En tradisjonell vitenskapelig definisjon vil ekskludere for eksempel hjelpepleiere på grunn av deres kortere utdannelse, men hjelpepleiere blir allikevel i dagligtale omtalt som en profesjon. Dette fører til et terminologisk og praktisk problem i forhold til definisjonen (Fauske, 1991).

Man kan si at profesjonsteori er et diffust og vidt felt, og det finnes ingen klar definisjon av profesjoner. Hvilke kjennetegn karakteriserer og hva skiller profesjoner fra andre yrker som ikke får betegnelsen profesjon? De fleste vil være enig at endel kjennetegn er karakteristiske; utdanningen er gjerne lang og det følger en autorisasjon/sertifisering ved endt studietid som gir profesjonene monopol på yrkesutøvelsen. De har ofte stor autonomi i yrkesutøvelsen og det finnes en yrkeskultur og etisk kodeks som medlemmene retter seg etter. Og yrket gir som regel status og makt.

## 2.2 PROFESJONSFORSKNINGENS FASER

Profesjonsforskningen har gått igjennom flere ulike faser, men en felles problemstilling har alltid vært hva som skiller profesjoner fra andre yrker. Ett yrke som har fått betegnelsen profesjon har fått en spesiell autoritet, men det er ikke noen enighet i hvordan profesjonene skal forstås. Uenigheten har bestått i både hvordan forskningsfeltet skal avgrenses, om hva



som kjennetegner en profesjon og hvilken funksjon profesjonene har i samfunnet. Ett av de sentrale spørsmålene er da blitt hvilke interesser profesjonene ivaretar: Tar de vare på de allmenne interesser eller sørger de i stor grad for seg selv? (Fauske, 2013, s. 31-53).

Selv om mange av de yrkene vi benevner profesjoner er svært gamle, kom ikke den systematiske studeringen av disse yrkene i gang før litt inn på 1900-tallet. Abbott (1988) deler profesjonsforskningen inn i fire faser etter hovedfokus til forskerne; funksjon, struktur, monopol og kulturelle konsepter, mens Fauske (Fauske, 2013, s. 31-53) deler inn i tre faser og det vil det bli gjort her og.

### 2.2.1 FUNKSJON OG STRUKTUR

Begynnelsen på denne første fasen, det klassiske perspektivet, er vanlig å angi med utgivelsen av Carr-Saunders og Wilsons bok *The Professions* i 1933. Boken beskriver først alle de yrkene som forfatterne oppfattet som profesjoner, for deretter å systematisere forståelsen av hva en profesjon var blant både yrkene selv og av studier av dem. Profesjoner ble sett på som organiserte sammenslutninger av eksperter som anvendte esoterisk kunnskap. De hadde velutviklede ordninger for opplæring, og de utformet gjerne en etisk kodeks for yrkesutøvelse. Listen over egenskapene ble senere kjernen i definisjonene av hva en profesjon er og dette dominerte studiene i den første fasen av profesjonsforskningen fram til 1960-tallet (Erichsen, 1996, s. 11-38). I denne perioden rettet man oppmerksomheten mot profesjonenes særtrekk og deres særegne posisjon i samfunnet. Carr-Saunders og Wilson skrev om profesjonenes betydning for samfunnsutviklingen. De så på profesjonsorganisasjonene som stabiliserende element i samfunnet som motvirket de rå kreftene som truer samfunnets fredelige evolusjon, og de satte sin lit til at profesjonene ville ivareta felleskapets beste. Ifølge Carr-Saunders og Wilson var profesjonenes funksjon å «bringe kunnskap til tjeneste for makten» og profesjonene hadde som sådan en sentral og opphøyd plass i samfunnet. De så for seg at profesjonalismen ville bre seg ut i samfunnet til alle deler av yrkeslivet og at profesjonalismen tilslutt ville omfatte alle yrker. (Fauske, 2013, s. 31-53).

Andre profesjonsforskere fra denne perioden er blant annet Parsons, Wilensky, Aubert, Eckhoff og Torgersen. Alle disse har skrevet om den tette koblingen som vi ser mellom en profesjonsutdanning og utøvelsen av selve yrket, og at utdanningen danner basis for selve yrkesutførelsen. Funksjonalisten Parsons så det som nødvendig at profesjonene tuftet sin praksis på de grunnleggende akademiske verdier slik at de kunne frigjøre seg fra økonomiske og politiske interesser. Et viktig poeng for strukturalisten Wilensky var at en ikke kunne få status som profesjon uten at det var ett heltidsyrke som utsprang fra en universitetsutdanning (Fauske, 2013, s. 31-53). Aubert skriver om hvordan forskeren og læreren produserer og formidler intellektuelle verktøy som yrkesutøveren trenger for å utøve sin virksomhet, og Torgersen om hvordan relasjon mellom utdanning og yrke er vevet nærmest uløselig sammen (Slagstad, 2014, s. 13-45). Eckhoff retter fokus mot hva vitenskapen, profesjonene og klienten gir hverandre. Vitenskapen gir profesjonene gjennom utdannelsen avgjørelsespremisser for rasjonelle avgjørelser som er særdeles viktig for utførelsen av yrket, slik at ikke disse avgjørelsene ikke treffes i hytt og vær (Eckhoff, 1967).

### 2.2.2 MAKT OG MONOPOL

Den andre fasen i profesjonsforskningen, maktperspektivet, starter omkring 1970 og her begynner forskningen å problematisere forutsetningen fra den klassiske profesjonslitteraturen. Fokuset er nå rettet mot hvordan profesjonene greier å skjerme seg fra markedskreftene og monopolisere bestemte arbeidsoppgaver. I følge Abbott (1988) så blir strukturen til en profesjon et middel både for å få og opprettholde dominans og autoritet.

Profesjonskontroll, som kan ses på som en type institusjonell kontroll over yrkesutøvelsen, er karakterisert ved at en profesjon definerer behov hos klientene som utgjøres av mange enkeltindivider med svært ulike interesser. Forfattere i denne perioden mente arbeidene fra den tidligere perioden var for ideologiske og nå ble profesjonenes subjektive interesser gjenstand for interesse. Eliot Freidson uttalte om amerikansk medisin at for profesjonene var dominans og autonomi viktigere enn tillit og kollegialitet. Maktperspektivets gjennomslag kom parallelt med en økende kritikk av profesjoner i samfunnsdebatten. I

Norge snakket Nyhus om «profesjokratiets diktatur», og det kom fra politisk hold mang en skepsis til profesjonenes sterke stilling, og det ble satt fokus på at man ikke kunne ta for gitt at profesjonene under enhver omstendighet ville tjene samfunnets beste (Erichsen, 1996, s. 11-38).

I denne fasen tilhører Freidsons forskning på 70-tallet sentral, og han gjorde en undersøkelse som i utgangspunktet var ment som en studie i medisinsk sosiologi, men som endte som en studie som rokket ved forståelsen av profesjonene som ivaretagere av fellesskapets beste. Han konkluderte med at legenes yrkesmonopol i mange tilfeller var svakt begrunnet, og at ved å nyte godt av at yrkesmonopolet ble statlig beskyttet, kunne legene opprettholde sin autoritet overfor klienter og andre yrkesgrupper og inneha retten til å definere hva sykdom er. Som eksperter hadde de fått en sosial og politisk makt som ikke alltid var sammenfallende med samfunnets interesser. På det europeiske kontinent har staten i større grad enn i USA organisert både utdanning og arbeid for profesjonene. Dette ga profesjonene status gjennom utdanningen og sikret dem posisjoner i forvaltningen. Den nære forbindelsen som ble etablert mellom utdanning og yrke, gjorde at beskyttelsen av yrkesmonopolet skjedde indirekte gjennom eksklusive utdanninger og ikke som hos de angloamerikanske profesjonene der det skjedde ved statlig regulering som ikke var begrunnet i yrkesgruppens kunnskapsgrunnlag eller spesielle ferdigheter. Freidson mente, akkurat som Terence J. Johnson, at profesjonalismen var historisk betinget gjennom den måten yrkene ble organisert i samfunnet på, og Johnson definerte profesjonalisme som «a peculiar type of occupational control» (Fauske, 2013, s. 31-53).

I maktperspektivet blir profesjoner og stat sett på som aktører med motstridende interesser. Profesjonsutøverne er styrt av egeninteresse som ønsker autonomi, mens staten ønsker å regulere dem. Freidson påpekte at det nettopp var staten som ga profesjonene autonomi og deres samfunnsposisjon, men at dette var nødvendig på grunn av at profesjonene var de eneste med den kunnskap som staten trengte. Denne tilliten, mente Freidson, ikke var begrunnet fordi legene ikke overholdt samfunnskontrakten når det gjaldt å drive kollegial kontroll fordi yrkesorganisasjonene er avhengige av medlemmenes støtte (Skaset, 2006), Freidson (1994) har uttalt om profesjonsetikken at den tjener som "a self-serving ideology that masks the reality of naked self-interest".

### 2.2.3 KUNNSKAP OG ARBEIDSOPPGAVER

I det historisk-sosiologiske perspektivet tar man utgangspunkt i det daglige arbeidet som profesjonene utfører og integrerer dette i analysen av profesjonsstrategier. Det er ved å fokusere på arbeidet at en kan forstå hvordan de profesjonelle relasjonene er med på å danne det profesjonelle systemet (Erichsen, 1996, s. 11-38). Man kan si at man har elementer fra de forskjellige forskningstradisjoner som forenes til en mer helhetlig forståelse av profesjoner.

Andrew Abbott og hans bok *The system of professions* (1988) hører til denne tradisjonen, og de fleste som skriver om profesjonsteori kommer ikke utenom dette verket. Det sentrale for Abbott blir båndet mellom en bestemt oppgave og yrket, og dette båndet betegner han som jurisdiksjon; myndighet eller kompetanse i juridisk forstand til å utføre en oppgave. I kapittel 2 skriver han at «*..the tasks, the professions, and the links between them change continually. To some extent, these changes arise beyond the professional world. Technology, politics, and other social forces divide tasks and regroup them. They inundate one profession with recruits while uprooting the institutional foundations of another*» (Abbott, 1988, s. 35). For Abbott blir kampen om jurisdiksjon og profesjonsstatus det sentrale (Fauske, 2013, s. 31-53). «*In claiming jurisdiction, a profession asks society to recognize its cognitive structure through exclusive rights; jurisdiction has not only a culture, but also a social structure*» (Abbott, 1988, s. 59). Profesjoner og deres jurisdiksjon skapes ved konflikt mellom profesjonene i praksisfeltet, ved kamp om legitimitet og ved kamp om fordelaktige lover og reguleringer. Det er den abstrakte kunnskapen som fungerer som et redskap for å legitimere jurisdiksjonen, derfor er det avgjørende at profesjonene klarer å overbevise samfunnet om at deres kunnskap og metoder er i tråd med god praksis (Skaset, 2006).

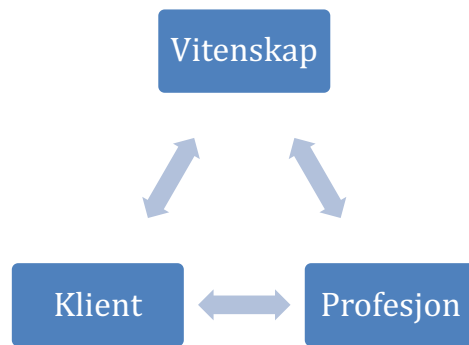
### 2.3 VITENSKAPEN, PROFESJONEN OG KLIENTENE

I boka *Rettsosiologi* fra 1968 beskriver Vilhelm Aubert hvordan enhver profesjon er sammensatt av ulike typer gjerninger, og at yrkesutøverne har forskjellige typer roller. Han skriver om profesjonenes fire grunnleggende roller: forskeren, læreren, tjenesteyteren og myndighetspersonen. Forskeren produserer og systematiserer kunnskapen som forsyner

profesjonene med de intellektuelle verktøy som trengs for yrkesutøvelse og læreren formidler denne kunnskapen. På universitetet er sammenhengen mellom forskning og undervisning institusjonalisert. Forskeren og læreren finnes i alle akademiske disipliner. Tjenesteyteren «går inn i et forhold til et klientell for å yte en tjeneste» mens myndighetspersonene er «en person som er berettiget, ikke bare til å treffe avgjørelser, men til å få den gjennomført, om nødvendig uten godkjennelse fra dem det gjelder». Tallmessig dominerer tjenesteyteren og myndighetspersonen i de fleste profesjoner, men de finnes ikke i alle. Tjenesteyteren dominerer spesielt innenfor den medisinske profesjonen. Myndighetspersonen finnes i alle profesjoner i den grad de er hierarkier.

Den amerikanske sosiologen Talcott Parsons har beskrevet koblingen mellom akademia, profesjonsutøver og klient. «Research and practice are two principal functions of what I call the «professional kompleks» in modern society» (Parsons, 1969). Dette bestod av tre ledd; hvor det første er dannelse av ny kunnskap, det andre er å nytte denne kunnskapen i praksis og tredje ledd er lære kunnskapen videre. Parson fremhever den vitenskapelige kunnskapen som et av kriteriene for å kunne tilhøre en profesjon. Forskning er produksjonen av ny kunnskap som praksis er avhengig av for å utvikle og utføre tjenestene, derfor blir sentrum for dette komplekset utdanningsinstitusjonene som stort sett er universiteter. Profesjonskomplekset hviler på en kunnskapsmessig asymmetri, der kunnskapen forvaltes av profesjonene og lekfolk som ønsker eller behøver deres tjenester (Molander og Terum, 2013, s. 13-28). Man kan ikke forutsette at lekfolk skal fullt kunne forstå de avgjørelser som en profesjonsutøver tar, og da må nødvendigvis forholdet mellom disse baseres på tillit. Derfor blir også yrkesetikk viktig i denne sammenheng.

Akkurat som Aubert og Parsons beskriver en sammenheng mellom de tre gruppene vitenskap, yrkesutøvere og klienter, gjør også Torstein Eckhoff (1967) det i sin artikkel «Vitenskap, profesjoner og klienter». Her har han filosofert over den gjensidige påvirkningen disse gruppene utsetter hverandre for.

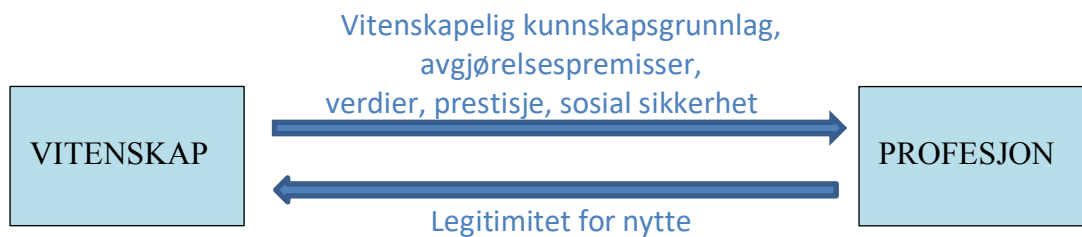


Med vitenskap mener han alle fag som det undervises i ved universiteter og høyskoler, mens profesjonene er en akademisk utdannet yrkesgruppe. Klientene er personer som mottar tjenester av profesjonsutøvere eller som er må innrette seg etter deres avgjørelsesmyndighet.

Han skriver at vitenskapen gir utøverne av en profesjon blant annet kunnskap, ervervsmuligheter, prestisje, sosial sikkerhet og avgjørelsespremisser. Det å ta avgjørelser er jo det en profesjonsutøver gjør, en lege avgjør hvilken behandling en pasient skal få og en sakfører avgjør om det skal inngås forlik eller ikke. Disse avgjørelsene forventes av klienten blir tatt på rasjonelt grunnlag. Vitenskapen gir profesjonen både verdipremisser og faktiske premisser. Verdipremisser er utsagn om at noe er riktig eller galt og hvordan ting bør gjøres. Faktiske premisser kan forstås som kausalsammenhenger. Alle vitenskaper driver produksjon av begge slags premisser. Profesjoners etiske regler er verdipremisser som er gitt språklig form. Enkelte verdier setter alle høyt, som for eksempel liv og helse. Men disse verdiene settes ikke like høyt i alle sammenhenger, de settes høyere hos en lege enn for eksempel på slagmarken. Det at profesjonsutøvere får sine avgjørelsespremisser fra den vitenskap de utgår fra, gir profesjonen dens særpreg. Det er et særpreg ved profesjonsutøvere at de setter sin egen vitenskap høyt, de har tilegnet seg dens verdipremisser og synes derfor at den befatter seg med vesentlige problemer.

Profesjonene gir vitenskapen legitimitet for at den er nyttig. Nyttekriteriet er viktig for vurdering av vitenskaper, ikke minst med tanke på bevilgninger. Men det kan og tenkes at nyttekriteriet er viktig også med tanke på søknadsmasse til studiet. Filosofien kan nevnes som et eksempel på en gammel vitenskap som ikke har skaffet seg noen egentlig profesjon.

Til forskjell fra profesjoner som medisin, psykologi og tannlege som er meget populære studier der det er ekstremt høye karakterkrav for å komme inn, kom alle som søkte inn på filosofistudiet ved universitet i Bergen i 2018 ifølge [samordnaordnaopptak.no](http://samordnaordnaopptak.no).



Klientene gir profesjonene deres eksistens, og derav blir det ingen profesjon uten at den har klienter. Alkymistene kan nevnes som en profesjon som forsvant fordi klientene ikke lengre hadde tro på at de skulle klare å lage gull og ikke lengre var villige til å betale for deres tjenester. Prestene er og en profesjon som har mistet noe av sin innflytelse og anseelse i takt med naturvitenskapenes inntog. Men det er ikke bare klientmengden det kommer an på, men også hva slags klienter man har. Klienter som staten er store konsumenter av tjenester, og en viktig klient. Når vi ser hvor viktig det er å ha klienter, er det ikke til å undres over at det kan bli konkurranse profesjonene i mellom om klientgruppene.

Vitenskapens utvikling avhenger av profesjonen, og uten klienter finnes det ingen profesjon. Derfor er klientene vitenskapens beste støtter. Klienter kan og være med å påvirke forskningens retning – en påvirkning i retning av det nyttige eller praktisk brukbare. Klientene kan og gi vitenskapen materiale til forskning, som for eksempel ved at de er forsøkspersoner.

Profesjonene yter tjenester overfor klienter som er både ønskelige og til tider helt livsnødvendige. Leger behandler sykdommer, jurister løser konflikter og ingeniører bygger hus og fabrikker. I tillegg kan profesjoner opptre som sakkyndige i politiske prosesser. Ved alle slag avgjørelser som treffes i vårt samfunn, legges det stor vekt på hva de sakkyndige mener. Sakkyndige er medlemmer av de profesjoner som befatter seg med den gruppe klienter hvis problemer skal utredes. På denne måten blir også profesjonene viktige talerør

overfor myndighetene når det gjelder klientens interesser. Det gir seg da at det er viktig for en klient hvilken type profesjon en faller inn under og hvilke relasjoner profesjonsutøverne har til klientene. Det blir da et spørsmål om profesjonen føler seg mest forpliktet overfor klienten eller samfunnet.

Vitenskapen gir klientene verdipremisser og faktiske premisser, som når klientene enten direkte eller gjennom yrkesutøverne. Det er mange vitenskaper som er premissleverandører, og hvilke vitenskaper som er toneangivende med tanke på påvirkning skifter fra tid til annen og ofte i takt med profesjonenes vekst og tilbakegang.

## 2.4 RELASJONEN MELLOM EN YRKESGRUPPE OG EN UTDANNELSESTYPE

Hensikten med profesjonenes utdanning er at den skal kvalifisere til arbeidslivet. Men til forskjell fra universitetenes fagstudier som er basert på kognitiv avgrensning av kunnskapsfeltet, er profesjonsutdanninger yrkesrettede utdanninger avgrenset med relevans for den profesjonelle yrkesutøvelsen. Det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget utgjør selve basisen for profesjonell yrkesutøvelse og autonomi og har vært viktig for profesjonenes samfunnsmessige legitimitet og rolle. Dette fører til at fokus for universitetene styres noe bort fra grunnforskning og mot anvendte problemstillinger som er relevante for det praktiske arbeidet. Både ferdigheter, men også verdier som tilegnes gjennom høyere utdanning, anses som en viktig forutsetning for å kunne utføre yrket på en kompetent måte. Det er en grunnleggende antagelse om at teoretisk kunnskap er viktig for profesjonell praksis, og dette ligger til grunn for institusjonaliseringen av profesjonsutdanninger ved høyskoler og universiteter (Smeby, 2013, s.88).

Ulf Torgersen gjør et poeng ut av at han ikke definerer en profesjon som bestemte kategorier av yrker, men at det er en relasjon mellom yrket og en spesiell utdanning. *«Grovt antydnet vil vi si at vi har en profesjon dersom vi har en spesialisert utdanning som er slik at alle som skaffer seg denne utdannelsen søker inn i bestemte typer yrker, og at disse yrkene utelukkende rekrutteres med personer med denne spesielle utdannelsen. Det er altså en bestemt type kombinasjon av yrkesmotivasjon og utdannelsesmonopol som utgjør den profesjonen. Det er derfor ikke noen egenskap ved hverken en organisasjon, en utdanning,*



*eller et yrke, men en relasjon mellom en yrkesgruppe og en utdannelsestype» (Torgersen 1972, s. 10).*

Utdannelsen av profesjoner består som regel av en blanding av teori og praksis, og dette gjør at profesjonene er avhengige av vitenskapen. Tidligere hadde de mest utpregede profesjonene som medisinerne og jurister i Norge liten trening i vitenskapelig metode, de skulle ikke systematisere innsamlet kunnskap og skrive hovedoppgave, men dette er nå blitt endret. Den praktiske treningen til profesjoner er standardisert slik at ved overgang til yrkesutøvelse så skal kandidatene være så like som mulig. Ved at den enkelte kandidat gjennomgår nøyaktig samme kurs, eksamener, forelesninger og tilhører et «kull» antas det at denne likheten lettere oppnås.

## 2.5 PROFESJONER OG REFORMER

De siste tiårene har vi sett tiltagende krav om effektivisering og økonomisk innstramming i offentlig sektor. I slike prosesser kan profesjonene fungere som bremseklosser og de begrunner ofte sin motstand med faglig forsvarlighet. Men motstanden mot organisasjonsendringer kan og ses på som en beskyttelse av egne interesser som arbeidstaker og yrkesgruppe. Det kan synes som om forskjellen mellom profesjoner og andre typer yrker er blitt mindre, siden profesjonenes interessekamp har dreid fra et forsvar for profesjonsinteresser mot et forsvar for arbeidstakerinteressen som lønn og arbeidsforhold. Det viser seg er at dess større skillet mellom administrasjon og fag er; eller dess større autonomi en profesjon har, jo mer motstand mot endring kan en forvente seg og at viktigheten av faglig ledelse vektlegges (Fauske, 1991, s. 97-99). Tannlegene som stand har bestandig stått sterkt på fagets autonomi og motsatt seg lovregler og organisasjonsformer som kunne innebære en innskrenkning i fagets frihet. Ved å foreslå at tannhelsetjenesteloven skal innlemmes i helse- og omsorgstjenesteloven og at den offentlige tannhelsetjenestens skal flyttes til kommunene, vil det medføre at alle offentlige tannleger vil ha samme organisatoriske tilknytning som de kommunalt ansatte legene. Det er ikke i høringsnotatene uttalt at en ved en flytting fra fylkeskommunene til kommunene også vil se til at tannhelsetjenesten fortsatt skal bli ledet av en med odontologisk

fagkompetanse, og for tannlegene som profesjon kan en tenke seg at dette vil kunne føre til en frykt for innskrenkning i fagets frihet og autonomi.

I følge Goode dannes det innad i en profesjon et felleskap der medlemmene bindes sammen av en felles identitet hvor en deler felles verdier. Det finnes definerte sosiale grenser på hvem som er medlemmer og man kontrollerer hvem som kan bli medlemmer gjennom utdanning. Dette «fellesskapet» har kan sies å ha en viss makt eller kontroll over sine medlemmer (Goode, 1957). Bucher og Strauss derimot går i mot denne funksjonalistiske tilnærmingen og beskriver segmentering innad i profesjoner som følge av spesialiseringer, og at man ser mange identiteter, mange verdier og mange forskjellige interesser. De ser på profesjoner som en løs sammenkobling av forskjellige segmenter som holdes mer eller mindre fast sammen i en bestemt tidsperiode. Både institusjoner en jobber i og tilknytning til andre profesjoner vil være med å danne segmentering (Bucher og Strauss, 1961). Freidson (1984) mener at de fleste profesjoner vil kunne beskrives slik Bucher og Strauss gjør, men at for gamle profesjoner som medisin og juss så vil Goodes tilnærming være mer treffende.

I følge Goode og ut fra teorien om den tette koblingen mellom profesjoner og vitenskap skulle en anta at ved press utenfra ville de forene seg og stå sammen i viktige saker. Vitenskapen og profesjonsutøvere er avhengige av hverandre både med tanke på legitimitet og eksistensgrunnlag, og siden vitenskapen leverer både verdier og kunnskap til profesjonsutøverne gjennom utdanningene, skulle man forvente at de også har stort sett like meninger om forhold som angår profesjonen og yrkesutøvelsen. Derfor kunne en forventet at en unison tannlegestand hadde stått på barrikadene for å forsvare en fortsatt fylkeskommunal tilknytning, men dette er ikke tilfelle. Funnene viser at det går et skille mellom de akademia og den norske tannlegeforeningen om hvilket nivå de mener den offentlige tannhelsetjenesten bør ligge på. Vitenskapen vil innlemme tannhelsetjenesten med kommunehelsetjenesten, mens NTF mener dette vil føre til en rasering av en velfungerende tjeneste. Hva kan forklaringen være på at ikke yrkesutøverne representert av tannlegeforeningen og vitenskapen ikke har sammenfallende syn på denne reformen?

Jeg vil med denne undersøkelsen ved å se på argumentasjonen til partene og prøve å forklare hva som kan ligge til grunn for denne uenigheten.

## 3.METODE

### 3.1 NYE OPPGAVER TIL STØRRE KOMMUNER

Etter siste kommunereform som var for omtrent 50 år siden, har kommunene fått stadig flere oppgaver og mer ansvar og tjenestene er blitt mer komplekse. For mange av kommunene er det vanskelig å få rekruttert og holde på arbeidstakere med den nødvendige kompetanse, og det er sannsynlig at denne utfordringen vil bli større i årene som kommer. Den demografiske utviklingen vil gi et økt behov for velferdstjenester som følge av at antallet eldre økes. Den økte statlige styringen har redusert kommunenes muligheter til å tilpasse tjenestene til lokale forhold og innbyggernes behov. Spesielt de minste kommunene forventes å få store utfordringer og for enkelte av disse vil tallet yrkesaktive per pensjonist nærme seg én til én. For å styrke kommunene la Kommunal- og moderniseringsdepartementet den 20. mars 2015 fram Meld. St. 14 (2014–2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*, som foreslo en kommunereform som har til hensikt å gi større og sterkere velferdskommuner. I denne såkalte Oppgavemeldingen foreslås det å flytte over endel oppgaver fra statlig og fylkeskommunalt nivå til kommunene slik at lokaldemokratiet blir styrket. En av de oppgaver som er foreslått overført er den offentlige tannhelsetjenesten (KMD, 2016, s. 3).

Departementets argumenter for å overføre tannhelsetjenesten til større og robuste kommuner og innlemme den i helse- og omsorgstjenesteloven er at den har grenseflater mot kommunale tjenesteområder. Å integrere tannhelsetjenester med det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helse – og omsorgstjenesten i kommunene, mener departementet vil gi bedre mulighet til å ivareta det samlede tjenestebehov, spesielt overfor de med store og særskilte behov. I Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* som ble lagt frem 7. mai 2015, påpekes det at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har mye kompetanse innen ernæring, forebygging og i

folkehelsearbeid. Derfor anses det at det å integrere tannhelsetjenesten i den kommunale helse-og omsorgstjenesten kan gi gunstige synergieffekter. Det trekkes fram at spesielt for personer med rett til individuelle planer, personer med rusproblemer og de med alvorlige psykiske lidelser vil det være fordelaktig. Når Oppgavemelding og Primærhelsetjenestemeldingen ble presentert gikk det ikke lenge før Den norske tannlegeforening var ute i media og ytret seg om hvor mye de var i mot dette forslaget. Universitetene forholdt seg rimelige tause. Den 6. juni 2016 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut et høringsnotat med forslag til lovendringer i forbindelse med Oppgavemeldingen og Primærhelsetjenestemeldingen. Det var ikke før jeg leste høringssvarene at jeg ble oppmerksom på ett tydelig skille i meningene mellom universitetene og den norske tannlegeforening.

Utgangspunktet for denne studien er en observasjon om at academia og yrkesutøverne representert av tannlegeforeningen ikke har sammenfallende syn, og det ble da interessant å prøve å finne forklaringer på hvorfor de ikke er enige. Forklaringer ble søkt i artikler i aviser og tidsskrifter. Siden det ikke var av interesse å se på hvilke prosesser som lå bak høringsnotatene og artiklene, ble det besluttet at å intervjuer partene ikke var nødvendig siden synspunktene kommer godt fram i det skrevne materialet. Metoden blir dermed induktiv, der en går «fra empiri til teori». Ifølge Jacobsen (2015) er idealet «*forskere som går ut i virkeligheten med noe tilnærmet et helt åpent sinn, samler inn relevant informasjon og til slutt går i tenkeboksen og systematiserer de data de har fått inn. Ut fra en slik åpen tilnærming dannes teoriene*». Her må jeg kommentere at siden jeg selv både er universitetsansatt og en yrkesutøver og dermed representerer begge grupper, har jeg selvsagt egne meninger om forslaget. Men jeg har prøvd etter beste evne å ha mitt sinn så åpent som mulig, og ikke la mine egne synspunkter være førende.

### 3.2 AVGRENSNING OG OPERASJONALISERING

Jeg har bevisst unngått diskusjon av hvilke forutsetninger som universitetene og tannlegeforeningen (NTF) ramser opp må være tilstede for at en eventuell overflytting skal kunne gjennomføres, og ser kun på de argumenter som direkte beskriver hvordan partene oppfatter at den offentlige tanntjenesten fungerer i dag, på hvilket nivå den bør ligge på og hvilket lovverk den bør falle inn under. Selv om høringen egentlig gjaldt bare lovverket, hadde alle som svarte kommet med argumenter både på hvordan de mente tannhelsetjenesten fungerte i dag og på hvilket nivå den burde ligge på. Det ble derfor naturlig å ta med alle disse tre tema i undersøkelsen. Det blir heller ikke diskutert overflytting av de regionale kompetansesentrene, kun den tjenesten som tidligere ble kalt «Skoletannlegen». For å utdype det jeg finner i høringssvarene, vil jeg videre presentere hvilke funn jeg har funnet i artikler der personer med relasjon til enten universitet eller NTF har uttalt seg om en eventuell flytting av den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene og om hvordan de mener tannhelsetjenesten fungerer i dag.

Grunnen til at det velges å ta utgangspunkt i hvordan en synes tannhelsetjenesten fungerer i dag, er antakelsen om at er man rimelig fornøyd, så ser man heller ikke noe behov hverken lovendring eller for at den skal flyttes til kommunalt nivå.

- *Hvordan synes partene den offentlige tannhelsetjenesten fungerer i dag?*

Det var mange argumenter i de forskjellige dokumentene på hvor bra eller dårlig den offentlige tannhelsetjenesten fungerer, og det ble behov i løpet av analysen for å dele opp i flere kategorier for å få fram meningene. Ut fra funnene, ble det naturlig å dele opp syn på dette i hvordan de mener:

- *Tilgangen på tannhelsetjenester er*
- *Om det er ulikhet i tannhelse i Norge i dag*
- *Hvordan man synes organiseringen av tjenesten fungerer*

Siden hovedspørsmålet i høringen var en endring i lovverket som ville føre til at den offentlige tannhelsetjenesten måtte flyttes til kommunen, var det og viktig å få klarhet i hva standpunktene til partene angående dette var.

- *Hvilke reaksjoner finner vi på forslaget til denne lovendringen?*

Antagelsen om at oppfattelsen av hvor godt tannhelsetjenesten fungerer vil påvirke syn på nivåtilknytning, gjør det nødvendig å finne ut hva partene mener om dette:

- *På hvilket nivå mener partene at tannhelsetjenesten bør ligge på?*

For å kunne besvare den overordnede problemstillingen, vil jeg se på hvilke argumenter som blir brukt av personer i NTF og fra universitetene for å fremme deres syn. De spørsmål som presenteres her, viser hva som vil bli empirisk belyst i oppgaven og dermed på hvilket grunnlag den overordnede problemstillingen vil besvares.

### 3.3 DOKUMENTANALYSE

Ved kvalitative strategier kan en si at forskningsopplegget er fleksibelt. Siden det er brukt dokumentanalyse vil det si at innsamling av data foregikk til en viss grad samtidig som analysen av datamaterialet. Denne fleksibiliteten åpnet for at det kom til flere dokumenter underveis siden letingen etter dokumenter økte kunnskapen om temaet. Men akkurat denne fleksibiliteten gjør at det er ekstra viktig å avklare fokus for studien for å finne de data som kan gi riktig kunnskap til det tema som problemstillingen reiser, og problemstillingen blir derfor det faste holdepunktet i undersøkelsen (Grønmo, 2016, s. 176). I en kvalitativ dokumentanalyse skal ulike tekstdokumenter systematiseres med sikte på å belyse problemstillingen. En kvalitativ innholdsanalyse bygger på en systematisk gjennomgang av dokumenter med sikte på at innholdet kategoriseres og data registreres på en slik måte at det er til relevans for problemstillingen. I prinsippet kan alle typer dokumenter brukes. En av fordelene med dokumentanalyse er muligheten for revurderinger av kriterier for utvelgelse underveis. Samtidig medfører dette at metoden er mindre forutsigbar.

Dokumentanalyse gjør at kildene til alle data er konstante; det er ingen innvirkning fra datainnsamlingen eller analysering. Alle dokumentene som er brukt har allerede vært offentliggjort og jeg har derfor ikke hatt noen innvirkning på dem.

Siden dokumentene er hørings svar og publiserte innlegg kan man slippe å tenke på om dokumentene er autentiske. Men for å fylle kravet til troverdighet må det tas i betraktning hvem som har skrevet teksten, hvilken bakgrunn forfatteren har, samt i hvilken kontekst teksten ble skrevet i (Grønmo, 2016, s. 249). Med tanke på at jeg har som intensjon å studere ulike aktørers holdninger og standpunkter, vil det i analyseprosessen være svært viktig å ta i betraktning om dokumentene er representative. Hvem som har uttalt hva og hvem dette representerer blir viktig å ta stilling til. Er det kun en enkel uttalelse eller er det flere personer som tilhører samme gruppe som har fremmet samme syn? Det vil og være viktig å huske på at enkelte av disse dokumentene kan være skrevet for å fremme aktørenes egne interesser.

En av fordelene med dokumentanalyse er at kildene ikke blir påvirket av datainnsamling og den påfølgende analysen. Dokumentene er skrevet med et annet formål enn det forskeren bruker det til; å finne relevant informasjon til den aktuelle studien. De ulike dokumentene som er valgt ut til denne studien, var skrevet med det formål og enten påvirke en avstemming i stortinget, eller for å påvirke både politikere og andre gjennom media. Svakheter ved dokumentanalyse er at forskerens bakgrunn kan være med å påvirke utvelgingen og tolkingen av tekstene. Dette kan føre til at utvelgelsen av tekster blir skjev og at tekster som er relevante blir utelatt eller at teksten blir tolket annerledes enn hensikten var (Grønmo, 2016, s 180).

### 3.4 DATAKVALITET

Det er viktig å vurdere kvaliteten på de data en har, og denne vurderingen må ses i forhold til hva datamaterialet skal benyttes til. Jo mer egnet datamaterialet er til å belyse problemstillinga, dess høyere kvalitet er det. De to viktigste kvalitetskriteriene er reliabilitet og validitet (Grønmo, 2016, s. 237).

Reliabilitet er beskrevet som datamaterialets pålitelighet, og denne er høy hvis undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen gir pålitelige data. Begreper troverdighet kan brukes i kvalitative studier i stedet for reliabilitet, det er samme type vurdering av de kvalitative data (Grønmo, 2016, s. 249). Ved kvalitative studier kan ikke datainnsamlingen skilles som en separat fase i forskningsprosessen, og derfor er opplegget mindre strukturert enn i kvantitative undersøkelser. I kvalitative undersøkelser kan man se på reliabilitet som at de empiriske funn som presenteres, er basert på data om faktiske forhold. For å prøve å sikre reliabilitet i undersøkelsesopplegget er følgende vurdert:

- Jeg har valgt å bruke dokumentanalyse som kilder, der alle dokumenter er lett tilgjengelige.
- Kildene er troverdige siden alle dokumenter framstår med fullt navn og organisasjonstilknytning.
- Siden jeg selv er tannlege og har min egen oppfatning om tema, har jeg vært bevist på dette og prøvd å være så objektiv som mulig. Men jeg kan ikke utelukke at jeg ubevisst har valgt å bruke kilder som samsvarer med mitt syn.

Validitet defineres som datamaterialets gyldighet for den problemstillingen som skal belyses. Datamaterialet må altså være relevant for problemstillingen. For kvalitative studier er det tre validitetstyper som kan tillegges vekt – kompetansevaliditet, kommunikator kvalitet og pragmatisk validitet. Det er ikke mulig å oppnå perfekt validitet i samfunnsvitenskapelige studier, og det finnes ingen enkle kriterier som kan sies å være tilfredsstillende validitet. Jeg har vurdert at kompetansevaliditeten er høy med tanke på at jeg selv har gode forutsetninger og kvalifikasjoner til å finne data med god kvalitet som er egnet til å belyse den aktuelle problemstillingen, men jeg vil og poengtere at data i denne undersøkelsen må ses i forhold til den konteksten de inngår i (Grønmo, 2016, s. 254-7).

### 3.5 INNSAMLING AV DATA

Problemstillingen i oppgaven prøver å belyse hvorfor en ser uenighet innad i en profesjon på forslaget om en reform innenfor helsetjenesten. Metoden som velges vil påvirke



forskningen ved at den bestemmer hvordan man skaffer seg kunnskaper. Metoden skal fungere som redskap for å forstå det som undersøkes. Det var naturlig å velge kvalitativ metode siden det er et sosialt fenomen som studeres og datagrunnlaget består av publiserte dokumenter og artikler. Studien baserer seg på forskjellige typer kilder og disse er offentlige dokumenter i form av stortingsmeldinger og høringsvar, avisinnlegg, innlegg på nettsider og innlegg i Den norske tannlegeforenings tidende. Datagrunnlaget er for det meste hentet fra perioden etter at Oppgavemeldingen kom, men det er og brukt noen dokumenter fra perioden etter samhandlingsreformen trådte i kraft. Alle dokumenter er primærkilder; det opprinnelige dokumentet. Kildene mine utgjør de høringsvar på «Høringsnotat om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.» fra den norske tannlegeforening og universitetene, samt innlegg fra tannlegeforeningens representanter og ansatte ved universitetene i aviser, [dagensmedisin.no](http://dagensmedisin.no), [forskning.no](http://forskning.no) og [tannlegetidende.no](http://tannlegetidende.no).

Datainnsamling begynte med at jeg leste igjennom stortingsmeldingene «Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner» og «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» og så kikket jeg på høringsvarene. Det var kun den norske tannlegeforeningen som hadde gitt høringsvar på «Oppgavemeldingen», mens til høringen av «Primærhelsetjenestemeldingen» hadde både tannlegeforeningen med mange lokallag og alle tre universitet som utdanner tannleger svart på.

Den videre innsamling av data begynte med at jeg i Google søkte på ordene «tannhelsetjeneste, flytting, kommune». I begynnelsen av datainnsamlingen ble det valgt å se bort fra det som er publisert i Den norske tannlegeforenings Tidende (Tannlege tidende) og på tannlegeforeningens egen nettside. Antall treff var over enormt, så det sa seg selv at her måtte jeg være mer spesifikk. Det jeg var interessert i var jo meningene til de forskjellige partene, og siden tannlegeforeningen hadde vært sterkt ute i media fant jeg det naturlig å begynne å lete i aviser og nettsteder for å se hva som var publisert. For å spesifisere søket filtrerte jeg det på nyheter og fikk kun 239 treff, hvorav mange var uten interesse for problemstillingen, men fire treff der representanter for tannlegeforeningen hadde uttalt seg ble tatt med i datagrunnlaget.

Følgende treff ble tatt med i datagrunnlag:

<https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/EnwG/Kronikk-Tenner-i-fylket-eller-kommunen--spiller-det-noen-rolle>

<https://www.namdalsavisa.no/arkiv/2015/11/24/Kommunal-tannrate-13388370.ece>

<https://www.nrk.no/nordland/frykter-barn-kan-miste-retten-til-gratis-tannbehandling-1.13157890>

<https://www.dt.no/meninger/helse/politikk-og-samfunn/fra-null-hull-til-kommunal-tannrate/o/5-57-285106>

For å finne uttalelser fra universitetsansatte brukte jeg søkeordene «tannhelsetjeneste, flytting, kommune» i kombinasjon med hvilket universitet jeg ønsket å se på.

Første søk var med det odontologiske fakultet i Oslo og jeg fikk 15.600 treff når jeg definerte at ordet tannhelsetjeneste måtte være med. Å gå igjennom alle treff var det i hvert fall ikke mulighet for å gjøre, så jeg valgte meg artikkel fra [dagensmedisin.no](http://dagensmedisin.no) som var på side 1 som en start på datainnsamling. Den var skrevet av samfunnsodontolog Carl Christian Blich og i kommentarfeltet hadde dekan Pål Barkvoll skrevet ett innlegg. For å sjekke om det er flere innlegg av Barkvoll i media om tema, tar jeg utgangspunkt i følgende ord fra kommentarfeltet «tannhelsetjenesten, forvaltningsnivå, Barkvoll» og får da opp 72 treff. Av disse er det kun ett innlegg i [dagsavisen.no](http://dagsavisen.no) som er skrevet i sammen med Hilde Nordgarden, leder for TAKO-senteret som er et nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne diagnoser, som er aktuelt for problemstillingen.

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/05/15/nar-selv-robuste-kommuner-blir-for-sma/>

<https://www.dagsavisen.no/nyemeninger/munnhulen-forskjellsbehandles-1.453607>

Neste søk blir med søkeordene «tannhelsetjeneste, flytting, kommune, universitet i Bergen». På side en dukker det opp ett innlegg skrevet av professor Gunnhild Strand som er aktuell for studien.

<https://forskning.no/aldring-bakterier-virus/na-ratner-tennene-hjemme/653540>

Videre søk etter datamateriale gjøres på tannlegeforeningens fagtidsskrift, tannlegetidende.no. Her gikk jeg først systematisk igjennom alle nummer av tidsskriftet som er utgitt etter mars 2015. Da fant jeg følgende innlegg som omtalte meninger om flytting av den offentlige tannhelsetjenesten:

<https://www.tannlegetidende.no/i/2015/5/d2e208>

<https://www.tannlegetidende.no/i/2015/11/d2e2176>

<https://www.tannlegetidende.no/i/2016/9/d2e981>

<https://www.tannlegetidende.no/i/2017/5/d2e1746>

<https://www.tannlegetidende.no/i/2018/5/d2e47>

<https://www.tannlegetidende.no/i/2017/10/d2e1847>

<https://www.tannlegetidende.no/i/2018/7/d2e1163>

Etter at jeg hadde begynt å jobbe med data, var jeg interessert i å se om noen hadde forsket på ulikhet i tannhelse og jeg gjorde ett søk på dette og i tannlegetidende.no, og jeg fikk 42 treff hvorav ett var aktuelt for problemstillingen:

<https://www.tannlegetidende.no/i/2011/7/dntt-432435>

Siden alle tekstene er fullt tilgjengelige på internett for alle og enhver og det er primærkilder som er brukt, ble den kildekritiske vurderingen enkel. Det eneste jeg måtte ta hensyn til var relevans, og mange tekster er blitt lest som senere er blitt fjernet fra datamaterialet fordi de ikke omhandlet det jeg søkte. Hensikten med data er jo at det skal belyse problemstillingen. Om ikke det gjør det vil vi få en lav validitet og kanskje komme til å undersøke noe helt annet enn det som var meningen.

En fare ved kvalitativ innholdsanalyse er at forskerens bakgrunn og perspektiv kan påvirke både tolkningen og utvelgelsen av tekstene. Relevante tekster kan bli utelatt fordi forskeren

ikke synes de passer inn i oppgaven og tolkninger kan være farget av forskerens perspektiv. Som tannlege selv kan jeg fort få i fella med å tolke dokumentene slik at de sammenfaller med mitt eget syn på hvordan en bør organisere den offentlige tannhelsetjenesten. Med å bruke offentlige og lett tilgjengelige dokumenter kan dette til en viss grad veies opp.

## 4. FUNN

Til å begynne med vil funn fra høringsuttalelsene til universitetene og den norske tannlegeforeningen angående en eventuell overflytting av den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene bli presentert. For å utdype dette, vil uttalelser av personer med tilknytning til enten universitet eller NTF presenteres. Dette er hentet fra avisinnlegg og artikler i fagtidsskrifter.

Når jeg først fattet interesse for temaet, fikk jeg inntrykk av at det er en samlet tannlegestand som står bak den massive kritikken og skepsisen som tannlegeforeningen har frontet mot en endring av det de kaller en velfungerende offentlig tannhelsetjeneste. I aviser var det dette synspunktet som kom best frem, noe som kan forklares med at tannlegeforeningen gikk bredt ut i media. Ved gjennomgang av universitetenes høringsvar kom det fram at her var det ett tydelig skille mellom tannlegeforeningens standpunkt om at den offentlige tannhelsetjenesten ikke måtte flyttes til kommunene, og akademias støtte til regjeringens forslag. Både dekan i Oslo og flere samfunnsodontologer har i flere fora ytret sine meninger om at tannhelsetjenesten ikke er så velfungerende som tannlegeforeningen later å ville det til, og de mener at det er på tide med en endring. Jeg vil i denne oppgaven prøve å belyse forskjellige reaksjoner som er kommet fram i høringsprosessen og tiden etterpå og se på hva årsakene til de forskjellige oppfatningene i en profesjon som er liten og som oftest står samlet i viktige saker.

Først ble det laget en liten matrise for å plassere hvem som var for og i mot en overflytting i følge høringsvarene. Samtlige av tannlegeforeningens 21 lokalforeninger og 7 spesialistforeninger hadde sendt inn svar og her kommer det fram at NTF med sine underavdelinger står samlet om sitt synspunkt. Dette er interessant, for dette betyr at

tannlegenes interesseorganisasjon er på kollisjonskurs med tannlegenes utdanningsinstitusjoner.

	Negativ til overføring av DOT til kommuner	Positiv til overføring av DOT til kommuner
Den norske tannlegeforening	X	
NTFs lokalforeninger	X	
NTFs spesialistforeninger	X	
Det helsevitenskapelige fakultet, UiT		X
UiB		X
Det odontologiske fakultet, UiO		X
Institutt for klinisk odontologi, UiT		X

I følge NTF har høringsuttalelsen vært behandlet i relevante organisasjonsledd i foreningen (s.1) og NTF anser denne som faglig råd (andre avsnitt s. 3). NTF har en medlemsopplutning blant yrkesaktive på omtrent 90%. Det totale antall yrkesaktive medlemmer er rundt 4600, hvor 1/3 er offentlig ansatte og 2/3 er selvstendig næringsdrivende tannleger. NTFs sier i sine vedtekter om formålet med foreningen:

1. å samle norske tannleger for å ivareta tannlegestandens faglige, økonomiske og sosiale interesser og virke for dens autoritet og anseelse,
2. å representere tannlegestanden eller grupper av denne i standsspørsmål og overfor offentlig myndighet,
3. å fremme det kollegiale samhold,
4. å fremme den odontologiske vitenskap og tiltak som tar sikte på å bedre tannhelsen.

Siden NTF er tannlegenes bransjeorganisasjon og er den organisasjonen som i følge vedtektene representerer tannlegestanden, er det lett å trekke den slutning at dette er en organisasjon som uttaler seg for en samlet tannlegeprofesjon.

I følgende avsnitt vil det bli beskrevet nærmere hvilke syn på tannhelsetjenesten som kommer fram i argumentasjon i datagrunnlaget.

#### 4.1 TILGANG TIL TANNHELSETJENESTER

NTF er fornøyd med tannlegedekning og tilbudet av tannhelsetjenester.

- *Det er generelt god tannlegedekning og en god balanse mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste i dag. (Høringsuttalelse).*
- *Fylkene har i dag god styring på de ressursene tannhelsetjenesten disponerer over, og kan fordele dette dit behovet er størst. (Ibishi og Lysvold, 2016).*
- *Tannhelsetjenesten i Norge, slik den er i dag, gir et godt og likeverdig tilbud til landets innbyggere. (Dyvi, 2016).*

Universitet i Oslo deler ikke dette synet og mener nedleggelsen av små lokale tannlegekontor har ført til et dårligere tilbud i distriktet:

- *Etter til dels omfattende sammenslåing og sentralisering av offentlige tannklinikker er det lite sannsynlig at en større andel av befolkningen i distrikt har fått enklere tilgang til offentlige klinikker enn de hadde tidligere, der driftsgrunnlaget for privat tannlegevirksomhet ikke eksisterte. (Høringsvar).*

Universitetet i Tromsø påpeker at tannlegedekning ikke er likt fordelt over hele landet.

- *Tannhelse og tannhelsetjenester er i dag ulikt fordelt i Norge. (Høringsvar).*

Samfunnsodontologer ved Universitetet i Bergen uttrykker et syn på at det ikke er lik tilgang til tannhelsetjenester.

- *Tilbudet til eldre på sykehjem når det gjelder munnstell varierer veldig. Det samme gjelder i hjemmesykepleien. (Dyvi, 2018).*
- *Den foreliggende studien viser klare forskjeller mellom de tre fylkene med hensyn til de fleste tannhelseindikatorer der 65-åringene i Nordland kommer dårligst ut når det gjelder regelmessig bruk av tannhelsetjenester, størrelse på egenandel, tannstatus og*

*egenvurdert tannhelse. Forklaringer til den fylkesvise ulikhet bør søkes dels i forskjeller i befolkningen, dels i forskjeller i tannhelsetilbudet. (Åstrøm et al, 2011).*

- *Økt forståelse for regionale ulikheter i bruk av tannhelsetjenester blant eldre bør sees i lys av dekningsgrad og kjennetegn ved den private og offentlige tannhelsetjenesten i Norge. (Åstrøm et al,2011).*

Leder i Nord-Trøndelag tannlegeforening uttaler at vi i Norge har god tannlegedekning sammenliknet med andre land, og i internasjonal sammenheng er andelen nordmenn som besøker tannlegen regelmessig meget høy (Angelus, 2015). Den norske tannlegeforeningen argumenterer for at tilgangen til tannhelsetjenester er bra og at vi har et godt og likeverdig tilbud og president Camilla Steinum viser til en undersøkelse fra 2013 som viste at tilgjengeligheten til tannhelsetjenesten oppleves som god i Norge. Videre poengterer hun at slik tannhelsetjenesten fungerer i dag, er det den helsetjenesten som uten sammenligning ser den største delen av Norges befolkning på regelmessig basis (Steinum, 2015, 24. mai). I et debattinnlegg i Dagbladet 18. oktober, 2016 som er skrevet av Steinum sammen med lederne i Tannhelsesekretærenes forbund, Norsk tannpleierforbund og Fagforbundet (seksjon for helse og sosial), uttales det at en overføring til kommunene vil føre til et uensartet tilbud av tannhelsetjenester, og at det forebyggende arbeidet vil bli truet. Det blir pekt på at en rekke klinikker vil få overkapasitet, mens andre kommuner må inngå interkommunale avtaler – noe som de mener ikke vil gi den ensartede praksisen som dagens fylkeskommuner leverer (Steinum, C., Bang-Johansen, G., Aga, H. og Turøy, R., 2016). I et innlegg i forskning.no hevder professor Gunhild V. Strand ved UiB at det er kun én av tre hjemmeboende, syke eldre i Bergen som har benyttet seg av tilbudet om gratis offentlig tannbehandling, og hun påpeker at tilbudet må evalueres og omorganiseres slik at denne gruppen får den tannbehandling de etter loven har krav på (Graven, 2013).

Akademia og tannlegeforeningen har ulike syn på hvor likt tilbud det er til tannhelsetilbud i landet. Der Strand peker på spesielt at eldre under hjemmesykepleien ikke får det tilbud de har etter loven skulle hatt, fokuserer tannlegeforeningen på at det er både en god tannlegedekning og god balanse mellom den offentlige og den private tannhelsetjenesten uten å nevne om det er enkelte grupper av prioritert klientell som ikke får det tilbud de skulle hatt.

## 4.2 ULIKHET I TANNHELSE

NTF mener at tannhelsetjenesten har utjevnet de sosiale ulikhetene i tannhelse i Norge.

- *Tannhelsetjenesten i fylkeskommunal regi og en markedsbasert privat sektor, har bidratt til å utjevne de sosiale ulikhetene i tannhelse hos nordmenn i alle kriker og kroker av vårt langstrakte land. (Steinum,2015).*

Universitetet i Oslo uttrykker at de ikke er fornøyde med situasjonen til enkelte grupper eldre, og at dette må sikres:

- *Krav til individuell plan som også omfatter tannhelsehjelp er viktig, ikke minst med tanke på tannhelsesituasjonen for eldre i hjemmesykepleie og institusjon. (Høringssvar).*

Universitetet i Tromsø mener vi ikke har likhet i hverken tannhelse eller tannhelsetjenester.

- *Tannhelse og tannhelsetjenester er i dag ulikt fordelt i Norge. (Høringssvar).*

Tannlege, statsviter og samfunnsodontolog Blich ved den odontologiske fakultet i Oslo mener at vi fortsatt har store forskjeller i tannhelse blant barn og at tannhelsetjenesten alene ikke kan løse dette.

- *Bedre samarbeid med en styrket skolehelsetjeneste, og styrkede helsestasjoner, må sannsynligvis til for å nå frem til de barna som fortsatt har dårligst tannhelse. Tannhelsetjenesten alene har ikke alle svarene på hvordan dårlig tannhelse best forebygges hos den svinnende 10-prosenten av 18-åringene som i dag skiller seg negativt ut i statistikken. (Blich, 2017).*
- *Det er ikke helt ubetydelige forskjeller i 18-åringenes tannhelse fylkene imellom. (Blich, 2017).*

Presidenten i tannlegeforeningen uttaler i en kronikk i Aftenposten at tannhelsetjenesten slik den er organisert i dag, har bidratt til å utjevne de sosiale ulikhetene i tannhelse. Hun viser og til tall fra SSB som viser at 83 prosent av femåringene hadde tenner som aldri hadde hatt karies (Steinum, 2015). Lederen i Nord-Trøndelag tannlegeforening påpeker at de fleste i Norge går over i voksenlivet med ett velfungerende tannsett og at dette er takket være den offentlige tannhelsetjenesten. Det er få land som kan vise til like sterke resultater (Angulus,



2015). I artikkelen «Nå råtner tennene hjemme» i forskning.no uttaler derimot professor Strand at tidligere var det pasienter på sykehjem som var et sorgens kapittel, men nå er dette endret til at det er de syke, hjemmeboende eldre som er blitt den gruppen som får dårligst oppfølging av tannhelsetjenesten; hun omtaler de som den nye pariakasten i tannhelse-Norge (Graven, 2013). I et innlegg i Tannlege tidende peker samfunnsodontolog Carl Christian Blich ved UiO på at forskjellene i tannhelse utvikles lokalt i pasientenes nærmiljø, og at disse forskjellene neppe løses gjennom generaliserende føringer i en nasjonal retningslinje (Blich, 2017). Professor Gunnhild V. Stand ved UiB har uttalt at tannhelsetilbudet til eldre på sykehjem og i hjemmesykepleien varierer veldig, og hun peker på at ansvaret for å bidra til at pleie- og omsorgspersonellet får den nødvendige opplæringen ligger hos den offentlige tannhelsetjenesten (Dyvi, 2018).

Tannlegeforeningen hevder at slik tannhelsetjenesten er organisert i dag, har det vært en avgjørende faktor for at de sosiale forskjellene i tannhelsen er utjevnet i hele landet, og at når ungdommer ikke lenger har rettighet er etter tannhelsetjenesteloven så har de en så god tannhelse at det ikke er mange andre land som kan vise til lignende resultater. Men ifølge Strand er ikke status like god hos de hjemmeboende eldre, de som hun sier er blitt pariakasten i tannhelse-Norge. Hun peker på at det er forskjeller mellom kommunene om hvor godt tilbud de leverer til denne gruppen. Blich er heller ikke av samme oppfatning som tannlegeforeningen og peker på at 10 % av 18-åringene har dårlig tannhelse.

#### 4.3 ORGANISERING

Den norske tannlegeforening mener at den offentlige tannhelsetjenesten er en velfungerende og suksessfull tjeneste, og det er påstått fra dette hold at dette er et syn alle deler.

- *Den norske tannhelsemodellen, med en sterk offentlig tannhelsetjeneste og en velfungerende privat sektor, har vært en ubetinget suksess. (Høringssvar).*
- *Den norske tannhelsetjenesten er en suksesshistorie. (Steinum, 2015).*
- *Dagens organisering av den offentlige tannhelsetjenesten er velfungerende. (Steinum, 2015).*

- *Jeg tør videre påstå at alle mener at Den offentlige tannhelsetjenesten fungerer godt i dag. (Dyvi, 2016).*

Universitetet i Tromsø er ikke helt enig i at tjenesten er så velfungerende og mener det er behov for en samordning med helsetjenesten generelt:

- *Forutsatt tilstrekkelig finansiering som gjør det mulig å opprettholde tjenestenivået, kan dette gi et nytt utgangspunkt for utvikling av en mer samordnet og tverrfaglig helsetjeneste enn den vi har i dag – som det utvilsomt er behov for. (Høringssvar).*

Dekan ved det odontologiske fakultet i Oslo mener at det er de pasienter som trenger det mest, som får det dårligste tilbudet og stiller spørsmål om dette kan ha noe med organiseringen å gjøre.

- *Tjenesten er organisert slik at den gir god hjelp til de friskeste, mens pasienter med kompliserte og sammensatte behov faller mellom to stoler? (Nordgarden og Barkvoll, 2013).*
- *Hvorfor er samhandling (med helsetjenesten) ekstra vanskelig når det handler om tannhelsetjenesten? Kan organiseringen av tjenesten ha noe å si? (Nordgarden og Barkvoll, 2013).*

Professor, gerodontolog og samfunnsodontolog Strand ved Institutt for klinisk odontologi ved UiB, sier at slik organisering er nå så fungerer samhandling dårlig og at dette gir et dårlig tilbud til hjemmeboende eldre.

- *Strand peker også på at samhandlingen og organiseringen mellom de fylkeskommunale tannhelsetjenester og de kommunale omsorgstjenestene fungerer for dårlig. (Graven, 2013).*
- *Dagens organisering av tilbudet er for dårlig for syke hjemmeboende eldre. (Graven,2013).*

I en artikkel på nrk.no 3. oktober, 2016 uttaler generalsekretær Rolstad i tannlegeforeningen at fylkene har god styring på de ressursene tannhelsetjenesten disponerer, og at de derfor har muligheten til å fordele det dit behovet er størst, og peker på at et kommunalt ansvar vil gjøre dette vanskelig (Ibishi og Lysvold,2016). Rolstad uttaler og i ett innlegg i Tannlege

tidende at tannhelsetjenesten er en tjeneste som nyter stor tillit i befolkningen, og at det ikke er behov for å endre dagens organisering eller tilbud (Dyvi, 2016). Professor Pål Barkvoll ved UiO og leder for TAKO-senteret Hilde Nordgarden har i et debattinnlegg i Dagsavisen uttalt at slik organiseringen er i dag, er ikke systemet bra nok for funksjonshemmede og alvorlig syke. Stortingsmeldingen 35 (2006-2007) om framtidens tannhelsetjeneste konkluderte med at samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og resten av helsetjenesten ikke var avhengig av at de var organisert på samme nivå. Barkvoll og Nordgarden mener derimot at det er gode grunner til å vurdere dette på nytt (Barkvoll og Nordgarden, 2013).

I følge tannlegeforeningen fokuseres det på at det ikke er behov for å organisere tannhelsetjenesten annerledes enn i dag, fordelingen mellom den private og den offentlige tannhelsetjenesten er en ubetinget suksess. Barkvoll deler ikke denne oppfatningen og peker på at slik tjenesten er organisert dag, så vil de med det største behovet være de som taper på dette, mens de friskeste har et tilfredsstillende tilbud.

#### 4.4 NIVÅ

NTF er imot en overflytting av den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene, og hevder at forslaget ikke er gjennomtenkt. Videre mener de at dette vil kunne gi en dårligere tjeneste.

- *... det ikke er forsvarlig å vedta en overflytting av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene basert på forslagene i høringsnotatet. (Hørings svar).*
- *Det er uklokt, nesten uansvarlig, å vedta en flytting av ansvaret for tannhelsetjenesten på det grunnlaget som Stortinget har nå. (Steinum, 2015).*
- *Flytting av tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunen vil fort kunne gå ut over både kvaliteten av tilbudet og pasientsikkerheten. (Ibishi og Lysvold, 2016).*
- *Risikoen er stor for at en flytting til kommunene vil føre til et svekket tannhelsetilbud. (Steinum, 2015).*

Tannlegeforeningens uttalelser står i sterk kontrast til de svar universitetene har på høringsnotatet:

- *Universitetet i Bergen støtter overføringen av tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunen. (Høringssvar).*
- *Det odontologiske fakultet i Oslo fremhever derfor at tannhelsetjenester må forankres både som en del av primærhelsetjenester med basis i kommunene og i spesialisthelsetjenesten uavhengig av dennes organisatoriske nåværende og fremtidige plassering. (Høringssvar).*
- *Institutt for klinisk odontologi ved UiT skriver: Vi er positive til å forankre den offentlige allmenne tannhelsetjenesten på samme nivå som primærhelsetjenesten. (Høringssvar).*

Blich stiller spørsmål ved hva som er så spesielt med tannhelsetjenesten at den ikke kan forankres på samme nivå som alle andre primærhelsetjenester.

- *Man kan stille spørsmål om hva som er så spesielt ved vanlige tannhelsetjenester at de ikke kan forankres i kommunen, slik som alle andre primærhelsetjenester. Tannhelsetjenesten skal samarbeide med helsestasjoner, barnevern og helse- og omsorgstjenester, som alle er kommunale. Det er ikke veldig gode grunner til å se annerledes på tannhelsetjenesten. (Blich, 2017, 15. mai).*

Barkvoll mener det er ulogisk at tannhelsetjenesten er den eneste helsetjenesten som er fylkeskommunal, og mener at det at den ikke er på samme nivå som andre helsetjenester skaper barrierer for samhandling.

- *Det er ulogisk at ansvar for munnhule og kjever i dag er lagt til det fylkeskommunale forvaltningsnivået - mens ansvar for primærhelsetjenesten ligger til kommunene og spesialisthelsetjenesten til det statlige forvaltningsområdet. (Blich, 2017 - i kommentarfelt).*
- *For oss er det opplagt at en tannhelsetjeneste som er organisert et annet sted enn øvrig helsetjeneste skaper barrierer for god samhandling. (Nordgarden og Barkvoll, 2013)*

Generalsekretæren i tannlegeforeningen uttrykker sin bekymring for om kommunene vil kunne sørge for et likeverdig tilbud i hele landet, og at forutsetningen om store robuste kommuner ikke ser ut til å bli innfridd. Han er og opptatt av at en kommunal tannhelsetjeneste må ha faglig kompetent ledelse; det vil si tannlegefaglig ledelse (Dyvi, 2016). Tannlegeforeningens leder har uttalt at det finnes både fordeler og ulemper med å flytte tannhelsetjenesten til kommunene, og at en endring kan gjøre samarbeid med den kommunale helsetjenesten lettere. Men hun påpeker at forslaget er for dårlig utredet. Men i samme innlegg skriver hun med uthevet skrift at «*den norske tannhelsemodellen er en suksesshistorie*» og «*...at denne veldrevne tjenesten nå skal rykkes opp med roten og plasseres i et annet bed en der den hører hjemme*» og med dette signaliserer hun at hun ikke ser det store behov for endring (Steinum, 2015). Samfunnsodontolog ved UiO Carl Christian Blich skriver i sin artikkel på [dagensmedisin.no](http://dagensmedisin.no) at siden den offentlige tannhelsetjenesten skal samarbeide med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er det god grunn til å stille spørsmål med hvorfor den ikke skal forankres i kommunen. Han poengterer også at det må et bedre samarbeid til med skolehelsetjeneste og helsestasjoner for å nå fram til de barna som fortsatt har dårligst tannhelse (Blich, 2015). Etter at Prop. 71 L (2016-2017) er lagt fram, uttaler både tannlegeforeningen og professor Pål Barkvoll ved UiO, at de ikke er fornøyde med proposisjonen. Barkvoll kan ikke skjønne hvorfor det står skrevet at UiO ikke støtter en overføring og presiserer at dette ikke stemmer, og at UiO ser på det som naturlig at tannhelsetjenesten er på samme forvaltningsnivå som primærhelsetjenesten. Tannlegeforeningen uttaler derimot at de ikke vil til kommunen, og skriver at det er en massiv motstand mot dette både i fagmiljøene og i fylker og kommuner (Dyvi, 2017). Selv om Barkvoll og Nordgarden mener det er gode grunner til å vurdere på nytt hvordan tannhelsetjenesten skal vurderes, uttaler de i 2013 at det ikke er gitt at den bør organiseres i kommunen – det finnes andre alternative organisasjonsmodeller. Et eksempel er Oslo der tannhelsetjenesten og legevakten er organisert i en egen helseetat (Nordgarden og Barkvoll, 2013). Men i 2017 uttaler Barkvoll at universitetet i Oslo støtter en overføring til kommunene (Dyvi, 2017) og Nordgarden skriver i kommentatorfeltet i [dagensmedisin.no](http://dagensmedisin.no) at tannhelsetjenesten trenger å være der resten av primærhelsetjenesten er (Blich, 2017).

Vi ser her at det er helt klare forskjeller i hvor partene mener den offentlige tannhelsetjenesten bør høre hjemme. Tannlegeforeningen er enig i at samhandlingen med

helsetjenesten kunne vært bedre, men ikke enig nok til at de vil at tannhelsetjenesten skal flyttes over til kommunene. Et samlet universitetsmiljø støtter derimot en flytting av tannhelsetjenesten til kommunene, og mener at ved å flytte den til samme nivå som primærhelsetjenesten, vil en legge grunnlag for et bedre samarbeid, men også for en mer helhetlig tjeneste.

#### 4.5 LOVVERK

NTF mener tannhelsetjenesten er så spesiell at den krever ett eget lovverk, men de støtter en revisjon av gjeldende lov:

- *Tannhelsetjenestens særtrekk tilsier at tjenesten fortsatt må reguleres i en egen tannhelsetjenestelov. (Høringssvar).*

Det odontologiske fakultet i Oslo støtter ikke dette synet:

- *Ved en overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkene til kommunene, støttes Departementets forslag til å modernisere innholdet og implementere deler av det i Lov og kommunale helse- og omsorgstjenester. (Høringssvar).*

Universitetet i Tromsø er positive til lovfesting av krav om tannlege tilknyttet kommunene, og dermed også positive til en innlemming av Tannhelsetjenesteloven i Helse- og omsorgsloven:

- *Vi er også positive til forslaget at kommunene skal ha en tannlege som en av tre profesjoner tilknyttet seg. (Høringssvar).*

Generalsekretær Rolstad mener at forslagene om lovendringer minner om et hastverksarbeid, og at det ikke er beskrevet godt nok hvilke lovbestemmelser som tas med videre i helse- og omsorgstjenesteloven (Dyvi, 2016). Tannlegeforeningen uttrykker og sin bekymring for at ett nytt lovverk ikke kommer til å fastslå at barn opptil 19 år får gratis tannbehandling som i dag, og at man da ikke har noen garanti for at en kommunal tannhelsetjeneste følger opp (Ibishi og Lysvold, 2016). Steinum uttaler i Tannlege tidende etter at Prop. 71L (2016-2017) er publisert at tannlegeforeningen stiller seg svært kritiske til at det ikke er tatt hensyn til den nærmest samstemmige negative dom over forslaget til å innlemme tannhelsetjenesteloven i helse- og omsorgstjenesteloven i høringsnotatet fra

2016 (Dyvi, 2017). Den 7. januar, 2011 leverte det odontologiske fakultet i Oslo et høringsvar til Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester der de påpekte at tannhelsetjenester må forankres som en del av primærhelsetjenesten med basis i kommunene. Dette blir gjentatt i høringsvar i oppfølging til Oppgavemeldingen og Primærhelsetjenestemeldingen i 2015 (Høringsvar UiO).

Der tannlegeforeningen har sterke meninger om at tannhelsetjenesten er så spesiell at den bør reguleres i ett eget lovverk, er academia like klar i sitt standpunkt om at å være på samme nivå som primærhelsetjenesten er den eneste fornuftige løsningen.

#### 4.6 OPPSUMMERING FUNN

Som vi ser av funnene ovenfor, kan man ikke akkurat si at alle er enige om at den offentlige tannhelsetjenesten er en suksessfull og velfungerende tjeneste, slik generalsekretæren i tannlegeforeningen hevder. Det er store meningsforskjeller mellom vitenskapen og tannlegeforeningen når det kommer til hvordan tannhelsetjenesten fungerer i dag. Men det begge partene er enige om er at ved en eventuell flytting til kommunene så må det legges føringer slik at tilbudet ikke blir nedprioritert som følge av en stram kommuneøkonomi eller at grupper som har rettigheter etter loven i dag, kommer til å miste denne rettigheten. Presidenten i tannlegeforeningen har og satt ord på at samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og helsetjenesten kunne vært bedre, og antydnet med dette en enighet med academia, men dette kom mer fram som en ubetydelig apostrof i en lang rekke argumenter som beskrev hvor vellykket tannhelsetjenesten er (Steinum, 2015).

I et innlegg i Tannlege tidende uttaler generalsekretæren om jobben fram mot en høringsuttalelse at de har hatt en systematisk møtevirksomhet med mange. De startet med å møte de tre odontologiske lærestedene, etterfulgt av møter med fylkestannlegene og tannhelsetjenestens øvrige organisasjoner og mange flere (Dyvi, 2016). Det blir allikevel ikke påpekt noe i denne artikkelen om de forskjellige meningene som kommer frem når en leser høringsuttalelsene fra NTF og universitetene, kun det syn som tannlegeforeningen forfekter blir presentert i innlegget. Etter at Prop. 71L (2016-2017) blir lagt fram, står det

med stor skrift i et innlegg at det er en massiv motstand både i fagmiljø og blant landets fylker og kommuner mot å flytte den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene (Dyvi, 2017). Først lengre ned i innlegget kommer det fram at odontologisk fakultet i Oslo ikke var imot, men tvert om støttet en overføring. Det kan fremstå som om tannlegeforeningen i sin argumentasjon bevisst prøver å unngå å sette lys på at universitetene ikke er av samme oppfatning.

Viktigheten av at kommunene blir store nok om de skal ta i mot tannhelsetjenesten har både tannlegeforeningen og universitetene påpekt, og begge parten er enige om at det som blir kalt spesialisttannhelsetjenesten ikke hører hjemme i en kommunal helsetjeneste, men på regionalt nivå.

## 5. DISKUSJON

### 5.1 TANNHELSETJENESTEN I DAG

Slik det er nå skal fylkeskommunene etter Lov om tannhelsetjeneste sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelig for hele befolkningen. I tillegg har fylkeskommunen ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp til personer som etter loven har rettigheter. Etter tannhelsetjenesteloven har følgende grupper rett til nødvendig tannhelsehjelp:

- A: Barn og ungdom fra fødsel og til det året de fyller 18 år
- B: Psykisk utviklingshemmende i og utenfor institusjon
- C: 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 offentlige tannhelsetjenesten har ansvaret for omtrent 25 % av Norges befolkning og dette gjelder gruppene A-E. Den klart største gruppen er A og D med totalt rundt 1 150 000 personer. I gruppe B og C er det tilsammen rundt 220 000 personer (Statistisk sentralbyrå, 2017). Alle disse har rett til et oppsøkende og regelmessig tilbud.



Den 9. juni 1017 ble det avklart at Stortinget sa nei til å flytte den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene. Samtidig ble det åpnet for en prøveordning for enkeltkommuner som ønsker dette, og de kan søke om tillatelse til å overta tannhelsetjenesten. Dette er en ordning som trer i kraft den 1. januar 2020 og skal vare i tre år. I forbindelse med dette har Stortinget vedtatt endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, og disse lovendringen kan settes i kraft til ulik tid for ulike deler av landet. Det er dette nye lovverket som skal gjelde for de kommuner som inngår i prøveordningen.

Tannlegeforeningen og akademia har i høringsuttalelsene og i media uttalt seg som om de er på kollisjonskurs når det gjelder spørsmålet om hvilket lovverk og hvilket nivå som bør velges for tannhelsetjenesten og spørsmålet blir da;

#### **«Hva kan være årsaken til at yrkesutøvere og vitenskapen reagerer ulikt på en reform?»**

I de to neste avsnittene vil det belyses med bakgrunn i profesjonsteori hva som kan være mulige årsaker til dette.

## 5.2 JURISDIKSJONELL KONFLIKT OG KAMPEN FOR AUTONOMI

Heløe har uttalt om tannlegenes motvilje til å være organisert sammen med helsetjenesten at *«Legeskrekken var lenge like utbredt blant tannleger som tannlegeskrekken var blant skolebarn»* (Heløe, 2015, s. 651) og dette er forståelig når en ser på historien om fremveksten av tannlegeprofesjonen og legenes påvirkning av dette. Helt siden begynnelse av 1800-tallet kan man si at det har utspilt seg en juridiskjonell konflikt mellom leger og tannleger. I den nye staten etter 1814 utgjorde universitetslegene den profesjonelle eliten og de hadde en viktig rolle som statens rådgivere. Dette betydde at de hadde full kontroll over godkjenning av andre yrkesutøvere i helsetjenesten siden dette skjedde gjennom individuelle søknader av personer som kunne demonstrere spesiell dyktighet innenfor et avgrenset område av medisinsens virkeområde. Da det i 1820-årene begynte å komme søknader inn fra yrkesutøvere som ville praktisere som tannleger, var legene som regel negative til dette. Det ble klaget over at søkerne ikke hadde tilstrekkelig kunnskaper i

fysiologi og patologi, og at tannpleie dessuten måtte ses som en del av medisinsens område. Derfor ville de at utøverne skulle ha medisinsk utdanning. Man kan her tale om en klassisk utestenging av konkurrerende yrkesutøvere. De fleste søknader ble avslått, men etterhvert ble noen få innvilget med sterke begrensninger. Ikke bare ble det kontrollert hvem som skulle få praktisere, men hva de skulle ha lov til å gjøre ble og begrenset. Til eksempel kunne tannlegene ikke trekke tenner med mindre planen var at det skulle settes inn gebiss. Dersom det var tannverk og en tann måtte trekkes og ingen kunstige tenner skulle settes inn, var det kun legene som kunne utføre dette inngrepet. Dette viser tydelig at legeprofesjonen definerte tannlegearbeid og legene hadde makt til å konstruere grensen for tannlegers yrkesutøvelse på en slik måte at konkurransen ble redusert til ett minimum. I 1908 ønsket tannlegene at utdanningen skulle bli lagt til universitetet, men dette motsatte legene seg helt. Fra uttalelse om at «tannpleien måtte ses som en del av medisinsens område» rundt 1820 var nå tannlegeyrket blitt til et ikke medisinskakademisk fag (Erichsen, 1996). Medisinerne mente at tannlegene hovedsakelig drev med handverk overfor snippen, og at medisinsk forståelse for resten av kroppen ikke ble ansett som særlig viktig. Og siden Stortinget fulgte medisinerens innstilling ble utdanningen lagt utenfor universitetet, og først i 1959 ble tannlegeutdanningen flyttet til universitet og ble til et akademisk fag (Stalsberg, 2017).

Da sykeforsikringsloven av 1909 (den nåværende Folketrygdloven) kom fikk den noen formuleringer som slo fast at tannbehandling var en del av legebehandlingen, men at den skulle begrenses til trekking av tenner som både kunne gjøres av tannlege og av lege. Denne loven ble derfor en fortsettelse av den sosiale konstruksjonen som ble etablert på 1800-tallet mellom legearbeid (trekke vonde tenner) og håndverk (trekke tenner for å sette inn protese). I tillegg åpnet loven for konkurranse mellom tannleger og leger når det kom til å trekke tenner på trygd. Denne lovteksten ble stående i femti år, og var med på å gjøre grensen mellom tannlegearbeid og legearbeid uklare (Erichsen, 1996). Nyhus-utvalget foreslo på 70-tallet å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten til kommunene, men dette motsatte tannlegeforeningen seg sterkt i mot. Man fryktet at overlege Per Nyhus, som nå var blitt statssekretær, ville gjøre tannhelsetjenesten til et underbruk under kommunehelsetjenesten – og derved underlagt legene (Heløe, 2015).

Som beskrevet er det en lang historie med uklare jurisdiksjonelle grenser mellom legene og tannlegene, og det kan se ut som om denne striden ikke helt er over. I dag vil en nok ikke kunne finne noen leger i Norge som ville gått i gang med å trekke tenner, men det finnes lidelser der behandling vil kunne falle inn under både legers og tannlegers område. I profesjonsteori forstår vi jurisdiksjon som yrkenes myndighet og ansvar innenfor et arbeidsområde. Når grensene mellom to profesjoner endres eller er uklare, vil det kunne oppstå jurisdiksjonelle konflikter (Abott, 1988). Om vi kan snakke om jurisdiksjonelle konflikter mellom legene og tannlegene er usikkert, men det som er sikkert er at begge profesjonene har som mål å helbrede mennesker som er syke, og i enkelte tilfeller vil selve behandlingen kunne utføres av begge profesjoner.

Den 29. september 2015 uttalte professor i odontologi Pål Brodin ved UiO i tidsskriftet Universitas at undervisningsopplegget av studenter i medisin, odontologi og ernæringslære gjør det vanskelig å skape respekt for de ulike yrkesgruppene i helsesektoren. Bakgrunnen for dette er at det i forkant er blitt hevdet av studenter i odontologi og ernæringslære at det gjøres stor forskjell på de tre disiplinene, til tross for at alle i tre semester følger samme studieplan og avlegger de samme eksamener. Studentene innen odontologi og ernæringslære uttaler at de føler seg som mindre viktige og at foreleserne som selv er leger skiller skarpt mellom medisinerstudentene og de andre. Brodin går til og med så langt at han kaller denne favoriseringen et apartheidsystem, og at denne segregeringen kan bidra til å forsterke uønskede holdninger blant lærere og studenter. Dekan ved det medisinske fakultetet, Frode Vartdal, stiller seg tvilende til disse påstandene selv om han innrømmer at det har forekommet enkeltepisoder som han kjenner til (Hodnefjeld, 2015). Under utdanningen er det ikke bare kunnskap som formidles, men også verdier og holdninger, og et studiemiljø som beskrives i denne artikkelen vil nok kunne være med på å danne sosiale barrierer mellom profesjonene senere i yrkeslivet.

Når man ser på historien kan man hevde at legeprofesjonen til en viss grad har prøvd å styre tannlegers forsøk på å oppnå autonomi og monopol på tannhelsefeltet. I starten da tannpraktikere på 1800-tallet søkte om lisens, hevdet legene at tannpleie måtte ses på som en del av medisinsens område, men da tannlegene hadde styrket sin posisjon på begynnelsen av 1900-tallet og ønsket utdanningen lagt inn under universitetet, mente legene at tannpleie

ikke hørte hjemme der. Vi kan si at legene hadde definisjonsmakt på tannlegers arbeidsområde, og at dette resulterte i en tannlegestand som kjempet sterkt for sin autonomi og sitt fagområde. I tillegg har grensene mellom legearbeid og tannlegearbeid i alle tider har vært til noe uklare, munnen er jo en del av kroppen og kan ikke tas ut av den sammenhengen. Legene som yrkesgruppe står sterkere enn tannleger – de har en lang historie som statens rådgivere, men de er og spesialister på menneskekroppen. Og de er langt flere. Tannleger har kun fått utdelt ansvar for en liten del av dette humane maskineriet, en del som i de fleste sammenhenger ikke er blitt oppfattet som like viktig som resten av legemet. At munnhulen av selve legeprofesjonen ikke oppfattes som spesielt viktig kan en uttalelse i Universitas beskrive der dekan Frode Vartdal uttaler:

*«Odontologistudentene skal tross alt ikke jobbe noe særlig med kroppen under hodet»* (Hodnefjeld, 2015). Med denne kommentaren kan man si at Vartdal signaliserer at han definerer «resten av kroppen» som et område tannleger ikke trenger å ha kompetanse på og at han dermed skiller munnhulen fra resten av kroppen. Denne oppfatningen er motstridende det vi finner hos de fleste tannleger, som mener at det er viktig med denne kompetansen nettopp fordi at munnhulen som sagt henger fast i resten av kroppen og sykdommer her opptrer i sammenheng med helsen generelt.

Denne «striden» mellom leger og tannleger som strekker seg tilbake to hundre år kan kanskje forklare litt om hvorfor NTF og yrkesutøverne argumenterer sterkt for at tannhelsetjenesten er så spesiell at den må organiseres for seg selv og ha eget lovverk. Det kan se ut som vi har samme situasjon som på 80-tallet da tannlegeforeningen gikk i mot en overflytting til kommunene, fordi de var redde for at tannhelsetjenesten skulle bli ett underbruk av kommunehelsetjenesten (Heløe, 2015). Staten har i alle år vært usikker på hvordan tannhelsetjenesten skal tilpasses helsetjenestens totalbilde og i forslaget om å flytte tannhelsetjenesten til kommunalt nivå, er det ikke beskrevet noe videre om hvordan en tenker seg hvordan dette skal organiseres. Profesjoner og deres jurisdiksjon skapes ved konflikt mellom profesjonene i praksisfeltet, ved kamp om legitimitet og ved kamp om fordelaktige lover og reguleringer (Skaset, 2006). Tannleger har helt siden 1800-tallet kjempet for fagets autonomi og motsatt seg alle forhold som kunne innebære en innskrenkning i fagets frihet – og dermed underdanighet i forhold til andre profesjoner og i

høringssvaret presiserer den norske tannlegeforening at en eventuell kommunal tannhelsetjeneste må ha tannlegefaglig ledelse.

Akademia er positive til en overflytting og spørsmålet da er om hvorfor de ikke er redd for egen autonomi. Sannsynligvis kan dette delvis forklares med at de ansatte ved universitetene i sin arbeidshverdag ikke trenger å ta stilling til legenes dominans. Utdanningen av tannleger og den fagspesifikke forskningen skjer ved odontologiske institutter der legene ikke har fått innpass i noen større grad, og derfor er ikke autonomi truet ved en overflytting til kommunene. En annen forklaring kan være at vitenskapelig ansatte ved universitetene føler en tilhørighet både til medisin og odontologi. En del av forskningen ved de odontologiske utdanningsinstitusjonene kan anses som mer medisinsk enn rent odontologisk, og selv om vi ikke i Norge har hatt elitetannleger med sterk tilknytning til legeprofesjonen som i Storbritannia (Erichsen, 1996) – kan en allikevel tenke seg at de vitenskapelig ansatte allikevel assosierer seg mer med medisinfaget enn det yrkesutøverne gjør. I følge Parson (1969) er ikke lærere og forskere i basalfagene yrkesutøvere, de er vitenskapsmenn.

### 5.3 VERN OM INTERESSER

Totalt i den offentlige tannhelsetjenesten er antall tannlegeårsverk 1269 i 2018 i følge SSB. Privat sektor sysselsetter omtrent det dobbelte med sine 2613 årsverk. Undersøkelser som er gjort ved den odontologiske fakultet i Oslo de senere årene, konkluderer med at tannleger i den offentlige tannhelsetjenesten ikke har spesielt stor arbeidsbelastning. I 2013 ble det undersøkt/behandlet i overkant av 600 pasienter per tannlege- og tannpleierårsverk. Med omtrent 220 arbeidsdager i året tilsvarer dette i underkant av 3 pasienter pr dag (Grytten, Skau, Dobloug & Barkvoll, 2015, s 279-82). I en arbeidsmarkedsundersøkelse utført i 2016 der det kommer frem at omtrent 40% av de private tannleger ønsker seg mer å gjøre. I gjennomsnitt ønsker de seg 400 pasienter flere pasienter per år (Holmgren, Rongen & Grytten, 2017). Disse tallene sier at vi ikke har underskudd på tannleger i dag landet sett under ett. Disse funnene står i kontrast til hva SSB hevder, nemlig at vi får en underdekning på 1500 allmentannlegeårsverk om 20 år, og at utdanningskapasiteten derfor må økes.

For de som er ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten så kan en fremtidig overflytting til kommunene fortone seg skremmende med tanke på det stadig økende kravet til effektivisering vi ser i offentlig sektor. Man kan tenke seg at ved en slik reform som dette, så vil det også bli tatt opp til vurdering hvordan kommunen velger å organisere tjenesten, og det sier seg vel selv at med alle de oppgaver kommunene skal finansiere så har de ikke råd til å subsidiere tannhelsetjenesten. I følge Grytten er den offentlige tannhelsetjenesten slik den er organisert i fylkeskommunen i dag, en reddende engel i et sysselsettingsperspektiv (Dyvi, 2017, s. 171). Han viser til at tannhelsen har blitt mye bedre etter 1985, mens kurven over de samlede utgiftene til den offentlige tannhelsetjenesten i samme periode peker motsatt vei; *«dette er en sektor som er blitt dyktig på å trekke budsjettmidler ut fra den fylkeskommunale kassen»*. Stramme kommunale budsjetter kan føre til at offentlige tannleger dyttes ut i det private markedet, der vi allerede har sett at de fleste tannlegene ikke har fulle timebøker.

Det er ikke vanskelig å tenke seg til mulige forklaringer på hvorfor yrkesutøverne er i mot å flyttes inn i den kommunale primærhelsetjenesten. Endringsteori sier at enhver organisasjon vil komme med motstand på endring, man vil helst ha «ting slik de er». Studier har vist at beslutningsaktivitet blir mer preget av formell organisasjonsstruktur enn utdanning, og at yrkesutøvere i første rekke er opptatt av å forsvare de institusjonene de arbeider innenfor og arbeidsoppgavene de var satt til å forvalte (Skaset, 2006, s. 21-22). Dette kan være med å forklare at vi ser en motvilje fra yrkesutøverne mens vitenskapen ønsker å innlemmes i primærhelsetjenesten. Hadde en flytting av tannhelsetjenesten på noen måte berørt arbeidssituasjonen til universitetsansatte, ville man kanskje forvente at vi hadde fått motstand mot flytting fra dette hold og.

Frykten for en usikker fremtid med tanke på arbeidssituasjon, med i verste fall påfølgende tap av jobb, er årsak god nok til å ikke ønske seg endring. I en organisasjon som det er uttalt har reservekapasitet som må kunne frigjøres når det gjelder arbeidskraft, kan det være grunn til bekymring om den flyttes over til kommunen. Beregninger har vist at ved en moderat effektivisering av den offentlige tannhelsetjenesten kan det frigjøres godt over 300 årsverk (Grytten et al, 2015). Og disse må da ut i et privat marked som allerede er mettet.

De ansatte ved universitetene er ansatt i staten, og deres arbeidssituasjon vil ikke bli berørt av hvilket nivå den offentlige tannhelsetjenesten ligger på. Tannlegeforeningen som yrkesorganisasjon har som oppgave å jobbe for et godt arbeidsmarked og full sysselsetting for tannleger. Ser man på de argumenter som partene har kommet med, så vektlegger akademia at vi trenger bedre samhandling i helsetjenestene. Det er ingen grunn til å anta at tannlegeforeningen er prinsipielt uenig i dette, men NTF må selvfølgelig ta hensyn til mulige følger ved en eventuell flytting til kommunene. Derfor preges deres argumenter naturlig nok av hvor bra den offentlige tannhelsetjenesten er og at det ikke er noen grunn til endring. Eller som presidenten i en kronikk har uttalt: «...at denne veldrevne tjenesten nå skal rykkes opp med roten og plasseres i en annet bed enn der den hører hjemme og dermed sette tannhelsen på spill...» (Steinum, 2015). Alle universitetene har uttalt at de er positive til en kommunal forankring. Dette kan forklares med at de ansatte ved universitetene ikke er heltids yrkesutøvere i tannhelsemarkedet og derfor ikke ser på jobbene sine som truet av forslaget. Derfor kan yrkesutøvernes motstand mot flytting kunne forklares med at de er opptatt av å beskytte sine interesser. Et av de sentrale stridsspørsmål i profesjonsforskningen er hvilke interesser profesjonene ivaretar: Sørger de for seg selv, eller ivaretar de mer allmenne interesser? Eliot Freidson har gjort analyser som har bidratt til å svekke oppfatningen om at profesjoner tjener allmenninteressen (Fauske, 2013, s. 31), og det kan ikke utelukkes at det er akkurat det vi ser her.

#### 5.4 FYLKESKOMMUNAL ELLER KOMMUNAL TANNHELSETJENESTE

Skoletannpleien ble det første universelle utformede velferdstilbudet i Norge på begynnelsen av 1900-tallet og fra 1917 til 1949 var det kommunene som hadde ansvaret for den. Dette førte til et tilbud som var meget ujevnt fordelt i landet, og derfor ble ansvaret overført til fylkeskommunene slik at det skulle bli en mer enhetlig tjeneste. Etter dette har tannhelsetjenesten forblitt i fylkeskommunene, selv om det ved flere anledninger har vært oppe til diskusjon om hvorvidt den skulle flyttes tilbake til kommunene.

Tannlegeforeningens hovedargument har bestandig vært at de er redd for at kommunene ikke skal klare oppgaven, og vi skal få en tjeneste som blir mer ujevnt fordelt – slik det var før fylkeskommunene fikk ansvaret. Akademia mener derimot at en flytting kan føre til bedre samhandling og en bedre tjeneste.

Den offentlige tannhelsetjenesten har i dag ansvaret for omtrent 25 % av Norges befolkning og de største gruppene er barn og ungdom, psykisk utviklingshemmede og eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og i hjemmesykepleie. Den klart største gruppen er A og D med totalt omtrent 1 150 000 personer. I gruppe B og C er det rundt 220 000 personer (Statistisk sentralbyrå, 2017). Gruppene prioriteres etter den rekkefølge de er satt i, og det er barn og ungdom ut det året de fyller 18 år som er de som kommer først i rekken.

I tabellen under er det listet opp noen argumenter som er blitt brukt i forbindelse med forslaget til flytting av tannhelsetjenesten.

	NTF	AKADEMIA
OM TILGANG TIL TANNHELSETJENESTER	<i>Tannhelsetjenesten i Norge, slik den er i dag, gir et godt og likeverdig tilbud til landets innbyggere. (Rolstad i Tidende 2016;126: 716-9)</i>	<i>Tannhelse og tannhelsetjenester er i dag ulikt fordelt i Norge. (Høringssvar UIT).</i>
OM ULIKHET I TANNHELSE	<i>Tannhelsetjenesten i fylkeskommunal regi og en markedsbasert privat sektor, har bidratt til å utjevne de sosiale ulikhetene i tannhelse hos nordmenn i alle kriker og kroker av vårt langstrakte land. (Steinum i Aftenposten 24.mai 2015).</i>	<i>Det er ikke helt ubetydelige forskjeller i 18-åringenes tannhelse fylkene imellom. (Blich i Tidende 2017, 127: 888 -92).</i>



<p>OM HVORDAN ORGANISERING FUNGERER</p>	<p><i>Den norske tannhelsemodellen, med en sterk offentlig tannhelsetjeneste og en velfungerende privat sektor, har vært en ubetinget suksess. (Høringssvar).</i></p>	<p><i>Tjenesten er organisert slik at den gir god hjelp til de friskeste, mens pasienter med kompliserte og sammensatte behov faller mellom to stoler. (Barkvoll/Nordgarden i Dagsavisen 14.10.13).</i></p>
<p>HVA VIL EN FLYTTING TIL KOMMUNENIVÅ KUNNE FØRE TIL</p>	<p><i>Flytting av tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunen vil fort kunne gå ut over både kvaliteten av tilbudet og pasientsikkerheten. (Nr.no 2. oktober, 2016).</i></p>	<p><i>...kan dette gi et nytt utgangspunkt for utvikling av en mer samordnet og tverrfaglig helsetjeneste enn den vi har i dag – som det utvilsomt er behov for. (Høringssvar UIT).</i></p>
<p>OM LOVERK</p>	<p><i>Tannhelsetjenestens særtrekk tilsier at tjenesten fortsatt må reguleres i en egen tannhelsetjenestelov. (Høringssvar).</i></p>	<p><i>Ved en overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkene til kommunene, støttes Departementets forslag til å modernisere innholdet og implementere deler av det i Lov og kommunale helse- og omsorgstjenester. (Høringssvar UiO).</i></p>

Tannlegeforeningen uttaler at tannhelsetjenesten gir et likeverdig tilbud og at den har vært med på å utjevne de sosiale ulikheter i tannhelse, og argumenterer med at en flytting kan gå ut over både kvaliteten av tilbudet og pasientsikkerheten. Akademia derimot påpeker at tannhelse og tannhelsetjenester er ulikt fordelt i landet, at kompliserte pasienter faller mellom to stoler og at det er behov for samhandling med den øvrige helsetjenesten. Når man ser på argumentene skulle en nesten ikke tro at det var snakk om samme tjeneste som blir beskrevet, så forskjellige syn har de på hvordan tjenesten fungerer og hvilket nivå den bør ligge på. Men kanskje er det slik at NTF og universitetene bare har fokus på hver sine grupper som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven? Om man tenker seg at argumentasjonen til NTF gjelder gruppe A og D; barn og ungdom fra fødsel og til det året de fyller 20 år og at universitetene vektlegger gruppe B og C; psykisk utviklingshemmede og eldre, langtidssyke og uføre, da kan funnene forklares med utgangspunkt i Oates og desentraliseringsteoremet. Utgangspunktet er at det bør være en maksimering av velferd og at offentlige tjenester bør være best mulig tilpasset innbyggernes preferanser (Fiva, Hagen og Sørensen, 2014). I følge Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikator var 60 % av Norges 12-åringer uten karieserfaring i 2017, men det er selvfølgelig noe variasjoner fylkeskommunene i mellom. Med det forholdsvis lille behandlingsbehovet som størsteparten av barn og unge har i dag har, vil jeg påstå at dette tilbudet kunne vært administrert fra sentralt hold, som en ensartet løsning for større regioner eller hele landet. Variasjonene er nok betydelig større kommunene i mellom når det gjelder behovet til gruppe B og C. I Norge i dag er det forskjeller kommunene i mellom med tanke på alderssammensetningen i populasjonen. Ifølge kommuneprofil.no så varierer snittalderen fra 38 til 47 år mellom kommunene Tromsø og Karlsøy, og dette er et mønster en vil finne i Norge mellom sentrale kommuner kontra utkantkommuner. I en kommune med høy snittalder og mange eldre – vil et ensartet statlig eller fylkeskommunalt tilbud lett kunne føre til at en stor andel av de mest kompliserte tilfellene ikke får det tilbudet de behøver. Her trengs det ofte tverrfaglig samhandling, og dette kan i følge universitetene være vanskelig om tannhelsetjenesten ligger på et annet nivå enn primærhelsetjenesten. Nå har det enda ikke kommet noe forslag på å endre de gruppene som har rettigheter i tannhelsetjenesten i dag, men når det ved neste korsvei kommer opp hvordan denne tjenesten skal organiseres, bør en kanskje vurdere muligheten for en ren «skoletannlege»-ordning igjen, med gruppe A og D. De andre gruppene som har et mye større

behandlingsbehov og som trenger mer tverrfaglig oppfølging, vil i følge academia mest sannsynlig få et bedre tilbud om denne delen av tannhelsetjenesten blir innlemmet i den kommunale primærhelsetjenesten.

## 5.5 OPPSUMMERING

Som vi ser av funnene ovenfor, kan man ikke akkurat si at alle er enige om at den offentlige tannhelsetjenesten er en suksessfull og velfungerende tjeneste, slik generalsekretæren hevder. Det er store meningsforskjeller mellom vitenskapen og tannlegeforeningen når det kommer til hvordan tannhelsetjenesten fungerer i dag. Men det begge partene er enige om er at ved en eventuell flytting til kommunene så må det legges føringer slik at tilbudet ikke blir nedprioritert som følge av en stram kommuneøkonomi eller at grupper som har rettigheter etter loven i dag, kommer til å miste denne rettigheten. Presidenten i tannlegeforeningen har og satt ord på at samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og helsetjenesten kunne vært bedre, men dette kom mer fram som en ubetydelig apostrof i en lang rekke argumenter som beskrev hvor vellykket tannhelsetjenesten er (Steinum, 2015).

I et innlegg i Tannlege tidende uttaler generalsekretæren i NTF om jobben fram mot en høringsuttalelse at de har hatt en systematisk møtevirksomhet med mange. De startet med å møte de tre odontologiske lærestedene, etterfulgt av møter med fylkestannlegene og tannhelsetjenestens øvrige organisasjoner og mange flere (Dyvi, 2016). Det blir allikevel ikke påpekt noe i denne artikkelen om de forskjellige meningene som kommer frem når en leser høringsuttalelsene fra NTF og universitetene, kun det syn som tannlegeforeningen forfekter blir presentert i innlegget. Etter at Prop. 71L (2016-2017) blir lagt fram, står det med stor skrift i et innlegg i Tannlege tidende at det er en massiv motstand både i fagmiljø og blant landets fylker og kommuner mot å flytte den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene (Dyvi, 2017). Først lengre ned i innlegget kommer det fram at odontologisk fakultet i Oslo ikke var imot, men tvert om støttet en overføring. Det kan fremstå som om tannlegeforeningen i sin argumentasjon bevisst prøver å unngå å sette lys på at universitetene ikke er av samme oppfatning.

Både universitetene og tannlegeforeningen har påpekt viktigheten av at en eventuell innlemming av tannhelsetjenesten i primærhelsetjenesten forutsetter at kommunene er store nok. Akkurat dette er jo det som danner grunnlaget for hele forslaget, nettopp at kommunene slår seg sammen til større enheter og at de får flere oppgaver.

I første punkt i tannlegeforeningens vedtekter står det at foreningens formål at den skal ivareta tannlegenes faglige, økonomiske og sosiale interesser og virke for deres autoritet og anseelse, og først i fjerde punkt står det formulert at den skal fremme tiltak som tar sikte på å bedre tannhelsen. Dette kan tyde på at samfunnsoppdraget er prioritert langt ned i forhold til det å ta vare på profesjonens egne interesser. Torgersen (1994) har beskrevet utviklingen av profesjonsorganisasjoner der begynnelsen var at utøvere av yrket møttes for å utveksle faglige erfaringer og diskutere fag, men at de etterhvert fremstod som rene interesseforeninger. Når en ser på argumentene til tannlegeforeningen, så sammenfaller den fint med det formål foreningen har; nemlig å ivareta medlemmenes interesser. Tannlegeforeningen er klar i sine uttalelser om at den norske tannhelsemodellen ikke bare er bra, den er både suksessrik og velfungerende og den bør ikke endres på noen måte. Erfaring sier at ved reformer vil det bli endringer, og som regel innebærer disse at man setter fokus på effektivitet. Om det stemmer som Grytten et al (2015) påpeker, at vi har et overskudd av arbeidskraft i den offentlige tannhelsetjenesten og at de private tannlegene kunne tenke seg mer å gjøre (Holmgren, Rongen og Grytten, 2017) så er det absolutt en fordel at ikke det ikke kommer flere tannleger ut i det private markedet. En kan tenke seg at en flytting av tannhelsetjenesten vil føre til en opprydding, der de overflødige kommer til å miste jobbene sine. Dette vil kunne føre til at inntekten til tannlegene blir lavere som følge av en overkapasitet av tannleger i det private markedet. Og for en forening som skal ivareta profesjonens økonomiske interesser, er ikke ett overskudd av tannleger ønskelig, og man kan da forstå at det blir viktig å poengtere de positive sidene med den offentlige tannhelsetjenesten i håp om at en reform ikke kommer. Faren for en profesjon som fremstår som en ren interessegruppe, er at den risikerer å miste tillit og legitimitet (Molander og Terum, 2013). Selv om argumentasjonen til tannlegeforeningen vektlegger at tannhelsetilbudet til befolkningen kan forringes kraftig ved en eventuell overføring til kommunene, så skal man ikke glemme at det kan være en annen årsak og bak den sterke

vegringen. Men som profesjon er det spesielt viktig å ikke sette offentlig fokus på redsel for jobb og status – da vil man miste tillit og legitimitet og framstå som en profesjon som er mer opptatt av å ivareta egne interesser enn samfunnets interesser.

Det er kun tannlegeforeningen som i høringsuttalelsen poengterer at ved en eventuell flytting av tannhelsetjenesten til kommunene, så må det stilles krav til en tannhelsefaglig leder. I lys av at profesjoner ser på det som viktig å beskytte sin jurisdiksjon og autonomi, kunne en tenkt at dette ville være noe universitetene og ville påpeke. Historisk har tannlegene alltid vært opptatt av å definere sin autonomi spesielt overfor leger, og akkurat derfor ville det kanskje vært naturlig at profesjonen var samlet om dette. Både Aubert (1968), Parsons (1969), Eckhoff (1967) og Torgersen (1972) skriver om den tette koblingen man har mellom vitenskapen og profesjonen, og Goode (1957) beskriver at profesjonsmedlemmene bindes sammen av felles verdier og interesser. At de odontologiske lærestedene både går inn for at tannhelsetjenesten skal flytte til kommunene og at det ikke poengteres at det må være en med odontologisk bakgrunn som leder, kan tyde på at koblingen mellom vitenskapen og profesjon hos tannlegene ikke er så tett. Kanskje er dette et uttrykk for den segmenteringen Bucher og Strauss beskriver, at verdiene og interessene er forskjellige fordi man er tilknyttet forskjellige institusjoner. Skaset (2006) har og skrevet om denne forskjellen i forbindelse med beslutningsaktivitet, der funn viste at organisasjonstilknytningen var mer styrende enn felles utdanningsløp. I følge Freidson (1984) så er de fleste profesjoner løst koblet sammen og segmenterte. Tannlegeforeningen har i forbindelse med forslaget om flytting av tannhelsetjenesten, uttrykt at det er viktig at profesjonen står samlet (Steinum, 2015), noe funnene i denne undersøkelsen viser seg at den ikke gjør.

Den 28. mars 2019 leverte tannlegeforeningen inn et hørings svar på NOU 2018:16 *Det viktigste først*. Blankholmutvalget foreslår i denne rapporten en gjennomgang av finansieringen og regelverket for stønadsordningen til dekning av tannhelsetjenester og en gjennomgang av gruppene som i dag har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og begge disse forslag støttes av NTF. Men tannlegeforeningen setter som forutsetning av prosessene gjennomføres med bred deltakelse fra fagmiljøene. Det ligger i tiden at det sannsynligvis vil bli endringer i hvordan tannhelsetjenesten er organisert, og spørsmålet er da hvilken

påvirkningskraft tannlegestanden kan ha. Grunnlag for videre forskning kan være om den segmenteringen som funnene i denne undersøkelsen vitner, svekker tannlegene som profesjonen og dermed deres påvirkningskraft i prosesser som omhandler deres fagområde.

## LITTERATURLISTE:

- Abott, A. (1988): *The system of professions*. Chicago: The University of Chicago Press
- Angulus, N. (2015, 24. november): Kommunal tannråde? *Namdalsavisa*. Hentet fra: <https://www.namdalsavisa.no/arkiv/2015/11/24/Kommunal-tannraade-13388370.ece>
- Aubert, V. (1968): *Rettsosiologi*. 1968. Oslo: Universitetsforlaget
- Blich, c. (2017): Det viktigste først. *Nor Tannlegeforen Tid 2017; 127: 888-92* Hentet fra: <https://www.tannlegetidende.no/i/2017/10/d2e1847>
- Blich, C. (2017, 15. mai). Når selv robuste kommuner blir for små. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/05/15/nar-selv-robuste-kommuner-blir-for-sma/>
- Bucher, R. og Strauss, A. (1961). Professions in process. *American Journal of Sociology, Vol. 66, No.4 (Jan., 1961, s. 325-334)*. Hentet fra: [https://www.jstor.org/stable/2773729?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/2773729?seq=1#page_scan_tab_contents)
- Dyvi, E.B. (2016): Stor sak for tannhelsetjenesten. *Nor Tannlegeforen Tid 2016;126:716-9*. Hentet fra: <https://www.tannlegetidende.no/i/2016/9/d2e981>
- Dyvi, E.B. (2017): Fremtiden er usikker. *Nor Tannlegeforen Tid 2017; 127:168-73*. Hentet fra: <https://www.tannlegetidende.no/i/2017/2/d2e1870>
- Dyvi, E.B. (2018): Meste og best om de eldste og de yngste. *Nor Tannlegeforen Tid 2018;118:538-41*. Hentet fra: <https://www.tannlegetidende.no/i/2018/7/d2e1163>
- Eckhoff, T. (1967): Vitenskaper, profesjoner og klienter. *Nordisk forum: tidsskrift for kritisk forskning*.
- Erichsen, V (red.)(1996): *Profesjonsmakt: På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Tano Aschehoug
- Erichsen, V. (1996): Helsetjenesten og profesjonene. I Erichsen, V (red.), *Profesjonsmakt: På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon* (s. 11-38). Tano Aschehoug
- Fauske, H (1991): *Profesjonene – bremsekloss eller syndebukk*. FAFO-rapport nr .118
- Fauske, H. (2013). Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. I (Molander, A. og Terum, L.I(red), *Profesjonsstudier* (s. 31-53). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fiva, J., Hagen, T. og Sørensen, R. (2014): *Kommunal organisering*. Oslo: Universitetsforlaget

Freidson, E. (1984): The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology*, 1 January 1984, Vol.10, pp.1-20. Hentet fra: [https://www.jstor-org.pva.uib.no/stable/2083165?seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor-org.pva.uib.no/stable/2083165?seq=1#metadata_info_tab_contents)

Freidson, E. (1994): *Professionalism reborn: theory, prophecy and policy*. Chicago: University of Chicago Press.

Goode, W. J. (1957): Community Within a Community: The Professions. *American Sociological Review*. Vol. 22, No. 2 (Apr., 1957), s. 194-200 Hentet fra: <https://www.jstor.org/stable/2088857>

Graven, A. (2013, 6. februar): Nå råtner tennene hjemme. Hentet fra: <https://forskning.no/aldring-bakterier-virus/na-ratner-tennene-hjemme/653540>

Grytten, J. Skau, I. Dobloug, A. & Barkvoll, P. (2015): Trengs det 1500 flere om 20 år? *Nor Tannlegeforen Tid 2015; 125: 279-82*. Hentet fra: <https://www.tannlegetidende.no/i/2015/3/jd2e1928>

Grønmo, S. (2016): *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Heløe, L. A. (2015): Tannhelsetjenesten – kommunal eller fylkeskommunal forankring? *Nor Tannlegeforen Tid 2015; 125: 648-53*. Hentet fra: <https://www.tannlegetidende.no/i/2015/7/d2e3301>

Hodnefjeld, A. (2015): Medisinerstudenter utdannes til arroganse. *Universitas*. Hentet fra: <https://universitas.no/sak/60874/medisinstudenter-utdannes-til-arroganse/>

Holmgren, T. Rongen, G. & Grytten, J. (2017): Allmentannlegene i den private tannhelsetjenesten – har de nok å gjøre? *Nor Tannlegefor Tid 2017; 127: 948-52*. Hentet fra: <https://www.tannlegetidende.no/i/2017/11/d2e107>

Holst, D. (2004): Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100.år? *Nor Tannlegeforen Tid 200; 114: 168-76*. Hentet fra: <https://www.tannlegetidende.no/i/2004/4/dntt-92382>

Ibishi, A. og Lysvold, S. ( 2016, 3. oktober): Frykter barn kan miste retten til gratis tannbehandling. Hentet fra: <https://www.nrk.no/nordland/frykter-barn-kan-miste-retten-til-gratis-tannbehandling-1.13157890>

Jacobsen, D. I. (2015): *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Oslo: Cappelen Damm akademisk



Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014): «*Kriterier for god kommunestruktur*». Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/rapporter/kriterier\\_for\\_god\\_kommunestruktur\\_rettet.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/rapporter/kriterier_for_god_kommunestruktur_rettet.pdf)

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016): «*Høringsnotat om nye oppgaver til større kommuner*». Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a5e831ee73104532b04db18faee7bae1/horingsnotat-nye-oppgaver-til-storre-kommuner-til-publisering-korrigert.pdf>

Meld.St.14 (2014-2015): *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-2014-2015/id2401505/>

Meld. St. 26 (2014-2015): *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Molander, A. og Terum, L.I(red) (2013): *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget

Molander, A. og Terum, L.I(2013): Profesjonsstudier – en introduksjon. I Molander, A. og Terum, L.I(red): *Profesjonsstudier* (s. 13-28). Oslo: Universitetsforlaget

Nordgarden, H. og Barkvoll, P. (2013): Munnhulen forskjellsbehandles. Hentet fra: <https://www.dagsavisen.no/nyemeninger/munnhulen-forskjellsbehandles-1.453607>

Nygård, F. O. (2016, 12. januar): Fra null hull til kommunal tannråte. *Drammens tidende*. Hentet fra: <https://www.dt.no/meninger/helse/politikk-og-samfunn/fra-null-hull-til-kommunal-tannrate/o/5-57-285106>

Parsons, T (1969): Research with human subjects and the «professional complex». *The MIT Press on behalf of American Academy of Arts & Science*.

Skaset, M. (2006): *I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945-2000*. Oslo: Unipub AS

Slagstad, R. (2014): Profesjonene i norsk samfunnsforskning. I Slagstad, R. og Messel, J. (red). *Profesjonshistorier* (s. 13-45). Oslo: Pax Forlag

Smeby, J.C. (2013). Profesjon og utdanning. I (Molander, A. og Terum, L.I(red), *Profesjonsstudier* (s. 87-102). Oslo: Universitetsforlaget.

Stalsberg, L. (2017, 15. februar): Tannleger: Fra håndverk til akademisk øvelse. Hentet fra: <https://www.muv.uio.no/uio-historie/fag/medisin/klinisk-odontologi/tannleger-handverk-akademisk-ovelse.html>

Statistisk sentralbyrå. (2017). Utvalgte nøkkeltall for tannhelsetjenesten. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11985/>

Steinum, C. H. (2015): Robuste kommuner for framtida – hva med tannhelsetjenesten? *Nor Tannlegefor Tid* 2015; 125: 411 Hentet fra: <https://www.tannlegetidende.no/i/2015/5/d2e208>

Steinum, C. H. (2015): Uklokt å vedta flytting til kommunen. *Nor Tannlegeforen Tid* 2015; 125:1000-3. Hentet fra: <https://www.tannlegetidende.no/i/2015/11/d2e2176>

Steinum, C.H. (2015, 24. mai): Kronikk: Tenner i fylket eller kommunen – spiller det noen rolle? *Aftenposten* . Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/EnwG/Kronikk-Tenner-i-fylket-eller-kommunen--spiller-det-noen-rolle>

Steinum, C., Bang-Johansen, G., Aga, H. og Turøy, R. (2016, 18.oktober): Naivt å tro at tannhelsesektoren blir bedre av å flytte ansvaret over til kommunene. *Dagbladet*. Hentet fra: <https://www.dagbladet.no/kultur/naivt-a-tro-at-tannhelsesektoren-blir-bedre-av-a-flytte-ansvaret-over-til-kommunene/63968977>

Torgersen, U. (1994): *Profesjoner og offentlig sektor*. TANO

Torgersen, U. (1972): *Profesjonssosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget

Wilensky, H.L. (1964): The profesjonalization of everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2):137-158.

Åstrøm, A., Ekback,G., Klock, K. og Unell,L. (2011): En femårstudie av tannhelse og tannhelsevaner blant 65-åringer i Hordaland, Sogn og Fjordane og Nordland. Resultater fra 2007. *Nor Tannlegeforen Tid* 2011; 121:434-40. Hentet fra: <https://www.tannlegetidende.no/i/2011/7/dntt-432435>

