
Helsedirektoratet

Evaluering av «Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus

Sluttrapport

mars 2019



Forord

I 2011 ga Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag å beskrive en forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus. Oppdraget ble gitt som oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester. I meldingen fremgår det at orale helsetjenester for innlagte pasienter ved sykehus er mangelfull, og at det er stort behov for kunnskapsoppbygging når det gjelder slike tjenester.

Helsedirektoratet startet forsøksordningen i 2012. Universitetssykehuset i Nord-Norge (Tromsø) og St.Olavs hospital (Trondheim) startet prosjektet i 2012, mens Oslo Universitetssykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus (Oslo) startet i 2014 og Haukeland Universitetssykehus i 2015. Ordningen skulle i utgangspunktet var i fem år, dvs. til 2015, men ble forlenget både i 2016 og 2017. Bevilgningen over statsbudsjettet utgjorde 19 mill. kroner i 2017.

Evalueringen er utført av Eystein Hauge, Karsten Rieck, Magdalena Simma og Helge Dønnum med sistnevnte som prosjektleder. I tillegg har tannlege Trine Aasen Garman vært rådgiver innen odontologi. Roger Mortensen har vært ansvarlig partner.

Vi takker for et spennende oppdrag og god samhandling med helsedirektoratet og helseforetakene underveis i prosjektet.

Oslo, februar 2019

Med vennlig hilsen,

PricewaterhouseCoopers AS

Roger Mortensen

Partner

roger.mortensen@pwc.com

T: +47 952 60 699

Innhold

Forord	2
Sammendrag	8
1. Bakgrunn og mandat	10
1.1 Bakgrunn	10
1.2 Mandat	10
1.3 Evalueringsdesign	11
2. Beskrivelse av forsøksordningen	14
2.1 Bakgrunn for forsøksordningen	14
2.2 Lovverk og finansiering	15
2.3 Beskrivelse av forsøksordningen	16
2.4 Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø (UNN)	18
2.5 St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim	25
2.6 Oslo Universitetssykehus (OUS)	32
2.7 Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS)	38
2.8 Haukeland Universitetssykehus, Bergen (HUS)	45
3. Observasjoner gjennom intervjuer og spørreundersøkelse	52
3.1 Pasientgrupper	52
3.2 Sykehusodonotologisk personell	57
3.3 Opplæring, kunnskap og kompetanse	58
3.4 Organisering og innretning av tjenesten	59
3.5 Samarbeid med eksterne aktører	63
3.6 Behovet for orale helsetjenester på sykehus	64

4. Vurderinger	66
4.1 Behov for orale helsetjenester på sykehus	66
4.2 Pasientgrupper	67
4.3 Type og omfang av behandling og odontologisk personell	70
4.4 Helsegevinster for pasienten	72
4.5 Systematisk kunnskapsoppbygging og forskning	73
4.6 Kompetansebygging og opplæring	75
4.7 Samarbeid med fagmiljøer utenfor sykehus	79
4.8 Organisering og innretning	80
4.9 Økonomiske og administrative konsekvenser	85
4.10 Samlet vurdering	89
5. Anbefalinger	91
Referanser	94

Sammendrag

I 2011 ga Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag å beskrive en forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus. Bakgrunnen for oppdraget var St.meld. nr. 35 (2006-2007) som stadfester at orale helsetjenester for innlagte pasienter ved sykehus er mangelfull, og at det er stort behov for kunnskapsoppbygging når det gjelder slike tjenester. I 2012 ble selve forsøksordningen igangsatt og den omfatter totalt fem sykehus. Universitetssykehuset i Nord-Norge (Tromsø) og St.Olavs hospital (Trondheim) startet prosjektet i 2012, mens Oslo Universitetssykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus (Oslo) startet i 2014 og Haukeland Universitetssykehus i 2015. Ordningen skulle i utgangspunktet vare i fem år, dvs. til 2017, men vil bli forlenget ut 2020.

Det overordnede målet med forsøksordningen var å skaffe mer kunnskap om behovet for oral helsehjelp i den norske befolkningen, og bidra til å sikre et forsvarlig helsetilbud i spesialisthelsetjenesten som inkluderer oral helse. Ifølge rapporten fra Helsedirektoratet skal det særlig opparbeides mer kunnskap om:

- Behovet for tjenesten og hvilke pasienter som kan nyttiggjøre seg et slikt tannhelsetilbud
- Type og omfang av behandling i tverrfaglig miljø ved sykehus
- Hvordan tilbudet påvirker helsetilstanden hos de som får et tilbud
- Behovet for opplæring og veiledning, forebyggende tjenester m.v.
- Systematisk samarbeid med fagmiljøer utenfor sykehus
- Økonomiske og administrative konsekvenser som kan gi grunnlag for å vurdere eventuelle lovendringer når det gjelder rettigheter til spesialiserte orale helsetjenester ved sykehus

Vår overordnede vurdering av forsøksordningen er at de fem forsøkssykehusene har gjennomført tiltak og aktiviteter som gjør at man har i dag mer kunnskap om orale helsetjenester ved sykehus. Først og fremst har de avdekket at det er et behov for orale helsetjenester på sykehus. Tilbakemeldingen er unison fra pasientene, både odontologisk og ikke-odontologisk helsepersonell og sykehusledelsen, og det er avdekket flere gevinster ved det orale helsetilbudet. Flere pasientgrupper kan nyttiggjøre seg et oralt helsetilbud på sykehus, og ikke-odontologisk personell gir klare tilbakemeldinger om at dette har styrket behandlingene av pasientene. Forsøksordningen har også avdekket at det har vært mangelfull kunnskap om munnhulen ved sykehus. Munnhulen er et område som ikke har hatt tilstrekkelig oppmerksomhet blant ikke-odontologisk personell.

Samtidig er vår vurdering at det opparbeidede kunnskapsgrunnlaget i forsøksperioden ikke er tilstrekkelig til å ta stilling til hvordan det odontologiske helsetilbudet på sykehusene bør organiseres og innrettes. Forsøksordningen ikke har opparbeidet tilstrekkelig kunnskap til å avgrense hvilke pasienter som bør få behandling, type og omfang av behandling og således også innretningen på bemanningen av odontologisk personell på sykehusene. Dette gjør at gevinstbildet ikke er komplett. Det er bare mulig å vurdere potensielle gevinster og i mindre grad mulig å si noe om hvor store de faktiske gevinstene er. Gjennomgangen av forsøksordningen finner heller ikke grunnlag for å kunne vurdere kostnadene som er forbundet med å behandle pasienter som har behov for orale helsetjenester. Slik sett er det ikke mulig å vurdere ressursbruken opp mot nytten eller gevinsten av å innføre for orale helsetjenester som en integrert del av sykehusene.

På bakgrunn av dette er vår anbefaling at forsøksordningen videreføres ved at det etableres en ny fase av ordningen. Hensikten med denne er å systematisere kunnskapen og datainnsamlingen i langt større grad, herunder hvilke pasientgrupper som bør omfattes av tjenestetilbudet, type og omfang av behandlingen og hvilke type odontologisk personell som bør inngå i det orale helsetilbudet. Det bør både fokuseres på gevinster

og kostnader ved tilbudet. Forsøkssykehusene bør få tydelige krav til hva som skal kartlegges og hvordan kartleggingen bør gjennomføres.

Utover den økte systematiske kartleggingen, har evalueringen avdekket flere forhold ved et sykehusodontologisk tilbud som bør adresseres i neste fase:

Det bør tenkes mer helhetlig i oppbyggingen av det odontologiske tilbudet. I forsøksperioden har de ansatte i forsøksordningen delvis eksistert på siden av eksisterende odontologisk helsepersonell. I neste fase bør det tenkes mer helhetlig på det samlede orale helsetilbudet.

Det bør igangsettes et arbeid med å utvikle et journalsystem som er dekkende for det sykehusodontologiske personellet. Det innebærer at journalsystemet gir tilgang til pasientens sykehistorie og samtidig er knyttet til finansieringssystemet som skal brukes og har et tilfredsstillende brukergrensesnitt.

Grenseskillene mellom aktørene i den odontologiske sektoren bør gjennomgås grundig. Det vil bidra til å forberede grunnen til å gjennomgå lovverket og tilpasse det til dagens organisering av det orale helsetilbudet. Herunder må pasientenes rettigheter til et sykehusodontologisk helsetilbud komme tydelig frem.

Mulighetene for et forsvarlig og velfungerende finansieringssystemet bør utredes, hvor valg av system tar hensyn til hvordan myndighetene ønsker å organisere tilbudet av orale helsetjenester og evt. endringer i lovverket og rettigheter til behandling.

1. Bakgrunn og mandat

1.1 Bakgrunn

I 2011 ga Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag å beskrive en forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus. Oppdraget ble gitt som oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester* og helse- og omsorgskomiteens innstilling om denne, Inst. S. nr 155 (2007-2008). I stortingsmeldingen fremgår det at tilbudet av orale helsetjenester for innlagte pasienter ved sykehus er mangelfullt, og at det er stort behov for kunnskapsoppbygging når det gjelder slike tjenester i Norge.

Beskrivelsen av forsøksordningen ble utført i rapporten IS-2128 *Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus*, som ble publisert av Helsedirektoratet i 2014.¹ Rapporten beskriver hvilke orale helsetilbud som gis på norske sykehus i dag, hva man vet om behovet for tjenesten i dag og forslag og føringer om hvordan en forsøksordning kan organiseres og finansieres.

Selve forsøksordningen ble igangsatt i 2012 og omfatter totalt fem sykehus. Universitetssykehuset i Nord-Norge (Tromsø) og St.Olavs hospital (Trondheim) startet prosjektet i 2012, mens Oslo Universitetssykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus (Oslo) startet i 2014 og Haukeland Universitetssykehus i 2015. Ordningen skulle i utgangspunktet vare i fem år, dvs. til 2017, men vil bli forlenget ut 2020.

Det overordnede målet med ordningen er å skaffe mer kunnskap om behovet for oral helsehjelp i den norske befolkningen, og bidra til å sikre et godt helsetilbud i spesialisthelsetjenesten som inkluderer oral helse.

1.2 Mandat

Evalueringen skal ta for seg hvilken betydning forsøksordningen har hatt for pasienter og ansatte ved sykehuset, herunder hvordan sykehusodontologiske tjenester er mottatt ved sykehusene og samarbeidspartnere. Evalueringen skal også vurdere hvilke kostnader som er forbundet med sykehusodontologiske avdelinger og til slutt gi anbefalinger om hvor den sykehusodontologiske behandlingen bør finne sted, hvem som bør bære kostnadene ved behandlingene.

¹ Rapport IS-2128 ble utarbeidet i 2012 og lagt til grunn for forsøksordningen, men ble først publisert som en rapport i 2014.

1.3 Evalueringsdesign

Evalueringsmetode

Evalueringen er gjennomført i fire faser. Fasene er illustrert i figur 1.1.



Figur 1.1 Evalueringens fire faser

Hensikten med **fase 1** har vært å beskrive hvordan tjenesten har vært organisert hos de aktuelle sykehusene, hvilke pasientgrupper som omfattes av sykehusodontologiske helsetjenester, hvor mange konsultasjoner og behandlinger og hvordan ressursbruken har vært. Et omforent bilde av forsøksordningens innhold og omfang er en viktig forutsetning for å kunne kartlegge og vurdere effektene av forsøksordningen, samt gi anbefalinger om videreutvikling av sykehusodontologiske helsetjenester ved sykehusene.

Kartleggingen av effektene/gevinstene i **fase 2** har tatt for seg å identifisere hva man har oppnådd med forsøksordningen. Sentralt står erfaringer og kunnskap knyttet til hvilken betydning forsøksordningen har hatt for pasienter og ansatte ved sykehusene. I tillegg har vi kartlagt betydningen av organiseringen og samlokaliseringen av orale og ikke-orale helsetjenester.

I **fase 3** har vi identifisert og vurdert årsakssammenhenger knyttet til hvilke effekter forsøksordningen har hatt for pasienter og ansatte ved sykehusene, samt vurdert betydningen organiseringen og innretningen av orale og ikke-orale helsetjenester. I **fase 4** har vi gitt anbefaling om den videre utviklingen av orale helsetjenester ved sykehusene, herunder om tilbudet av sykehusodontologiske helsetjenester bør gjøres permanent. Det gis også en anbefaling om hvor behandling bør finne sted, både omfang og geografisk spredning, samt hvordan orale helsetjenester ved sykehusene bør finansieres.

Analysegrunnlag

Dokumentgjennomgang

Hensikten med dokumentgjennomgangen har vært å få oversikt over hvilke føringer som ligger i styrende dokumenter, herunder Stortingsmeldinger og Helsedirektoratets rapport om forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø i sykehus (05/2014). Vi har også gjennomgått utvalgte vitenskapelige artikler og utredningsrapporter. Sentralt i dokumentstudiene er også å innhente og systematisere registrerte data på sykehusene. Dette vil være styringsdata fra budsjett- og regnskapssystemer, samt registrerte data i forbindelse med forsøksordningen. Kvaliteten på disse dataene har vært styrende for hvordan for eksempel intervjuene og spørreundersøkelsene vil bli gjennomført. I tillegg har dokumentstudien også tatt for seg kunnskapsgjennomgang av eksisterende litteratur og rapporter (ikke interne), tilgjengelige notater / møtereferater som har relevans for å kunne danne forståelse av selve gjennomføringen av forsøksordningen.

Dokumentstudien har vært en viktig kilde til å etablere en kontekstuell forståelse av området, herunder hvilke rammebetingelser som er gjeldende for sykehusodontologiske helsetjenester.

Intervjuer

En viktig primærkilde for evalueringen har vært intervjuer med over aktuelle aktører og interessenter som er berørt av forsøksordningen. Vi har benyttet både personlige intervjuer og gruppeintervjuer. I forkant av intervjuene har deltakerne fått tilsendt temalister, slik at det ble gitt anledning til å forberede seg. Styrken med gruppeintervjuer er merverdien av å samle mennesker i grupper for å utveksle erfaringer, ved at felles innspill bekrefter betydningen av fellesskap og ulikhet. Dette gjør at gruppeintervjuer har en egen dynamikk som man ikke får i personlige intervjuer. Nedenfor gis det en kort beskrivelse av aktørene og interessentene som er intervjuet og hensikten med intervjuet

HOD - Helsedirektoratet

Etablere innsikt om situasjonen før forsøksordningen, behov for ordningen, hva som er oppnådd, hva bør justeres. Etablere kunnskap og forståelse av forsøksordningens innretning og administrative rammer, herunder hvordan forsøksordningen har vært håndtert av Helsedirektoratet og HOD. Hvordan bør ordningen finansieres dersom den skal videreføres.

Representanter fra ledelsen ved forsøkssykehusene

Etablere innsikt i gjennomføring av forsøksordningen sett fra et ledelsesperspektiv, herunder strategiske valg og løsninger i prosjektperioden.

Prosjektledelsen ved forsøkssykehusene

Etablere innsikt i gjennomføring av forsøksordningen sett fra prosjektet, herunder strategiske valg og løsninger i prosjektperioden. Hvilke effekter er oppnådd sammenlignet med en situasjon uten forsøksordningen, og grad av måloppnåelse. Er det behov for justeringer dersom ordningen skal videreføres.

Ansatte ved forsøkssykehusene uten odontologisk bakgrunn

Etablere innsikt i gjennomføring av forsøksordningen sett fra ansattes ståsted, herunder strategiske valg og løsninger i prosjektperioden. Hvilke effekter er oppnådd sammenlignet med en situasjon uten forsøksordningen, og grad av måloppnåelse. Er det behov for justeringer dersom ordningen skal videreføres. Ansattes arbeidsforhold og praktisk hverdag. I hvilken grad oppleves forsøksordningen til å ha bidratt til kompetanseheving.

Ansatte ved forsøkssykehusene med odontologisk bakgrunn

Etablere innsikt i gjennomføring av forsøksordningen sett fra ansattes ståsted, herunder strategiske valg og løsninger i prosjektperioden. Hvilke effekter oppnådd sammenlignet med en situasjon uten forsøksordningen, og grad av måloppnåelse. Er det behov for justeringer dersom ordningen skal videreføres. Ansattes arbeidsforhold og praktisk hverdag. I hvilken grad oppleves forsøksordningen til å ha bidratt til kompetanseheving. Intervjuene omfatter både ansatte i forsøksordningen og ansatte med odontologisk bakgrunn utenom forsøksordningen

Andre aktører og interessenter

For å supplere innsikten fra intervjuene over, er det gjennomført intervjuer med Tannlegeforeningen, tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord Norge og Midt Norge, representanter fra den offentlige tannhelsetjenesten i Nord Norge, andre aktører. Intervjuene har hatt fokus på grensesnitt mellom tjenestene, hvilke effekter som er oppnådd, behov for justeringer, mm.

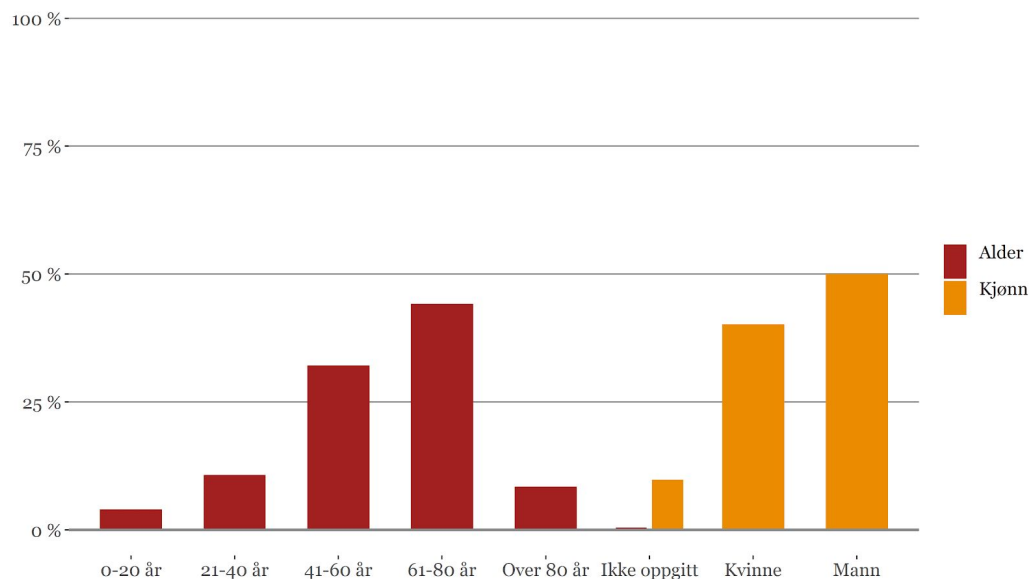
All formidling av informasjon til PwC under intervjuene var basert på frivillighet. Intervjuobjektene ble også informert om at opplysningene som ble gitt under intervjuene kun ville benyttes for analyseformål og ville bli behandlet konfidensielt slik at enkeltpersoner ikke ville bli nevnt eller sitert. Til sammen ble 58 personer

intervjuet i løpet av 30 intervjuer. Omtrent halvparten av intervjuene ble holdt som gruppeintervjuer med opp til fire deltakere mens resten var intervjuer med enkeltpersoner.

Spørreundersøkelse

I sammenheng med denne evalueringen ble det også gjennomført en spørreundersøkelse blant brukere av orale helsetjenester ved forsøkssykehusene. De ansatte i forsøksordningen på hvert sykehus ble bedt om å dele ut spørreskjema til alle pasienter de så til i løpet av november 2018. Spørreskjemaene ble delt ut i papirform med mulighet for elektronisk besvarelse og deltakelse i undersøkelsen var frivillig og anonymt. Utfylte spørreskjema ble sendt til PwC i posten og totalt var det 224 enkeltpersoner som deltok i spørreundersøkelsen. Basert på rapporterte tilsynstall fra de fem forsøkssykehusene i 2017, j.f. kapittel 2, er det grunnlag for å anta gjennomsnittlig 300 - 350 pasienter i måneden. Svarprosenten på spørreundersøkelsen antas derfor til å være om lag 70 pst for perioden spørreundersøkelsen ble gjennomført.

Av alle som svarte på spørreundersøkelsen var fem av ti menn, fire av ti var kvinner og én av ti oppga ikke kjønnet, jf. figur 1.2. Tre fjerdedel av deltakerne var mellom 41 og 80 år. Den største aldersgruppen med 44 pst. utgjorde pasienter mellom 61 og 80 år. Den minste aldersgruppen (barn og unge opp til 20 år) , utgjorde en 10 prosent av utvalget.



Figur 1.2 Kjønn- og aldersfordeling av deltakerne i spørreundersøkelsen

2. Beskrivelse av forsøksordningen

2.1 Bakgrunn for forsøksordningen

Oppdraget med å beskrive en forsøksordning med tannhelsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i april 2011. Til grunn lå flere sentrale dokumenter, hvorav det her gjøres rede for et utvalg.

En vurdering av det offentlige engasjement på tannhelsefeltet ble avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2005 i form av NOU 2005: 11 «Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest.» Utvalget mener blant annet at det er behov for tannhelseteam på utvalgte sykehus og foreslår en utredning på dette i form av et forsøk med tannhelseteam på sykehus.

St.meld. nr. 35 (2006-2007), «Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester» konstaterer blant annet at tannhelsetjenester for innlagte pasienter ved sykehus er utilstrekkelige. Meldingen fremhever også et behov for kunnskapsoppbygging om tannhelseutviklingen i hele befolkningen og effekten helsefremmende og forebyggende tiltak har på tannhelsen.

I Innst. S nr. 155 (2007-2008) omtaler Helse- og omsorgskomiteén problemer tannhelsefeltet har i forhold til organisering og samhandling. For å forbedre behandlingen for pasienter som faller mellom to stoler, etterlyses en bedre kommunikasjonslinje mellom fylkeskommunen og spesialisthelsetjenesten.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009), «Samhandlingsreformen», beskriver Helse- og omsorgskomiteén tre hovedutfordringer når det gjelder dagens og fremtidens helse- og omsorgstjenester og formulerer tiltak. Blant annet trekkes det frem at fragmenterte tjenester fører til at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok.

En oppsummering av foreliggende kunnskap når det gjelder tannhelsetjenester ved sykehus ble gitt av Helsedirektoratet i brev av 28. september 2010 med vedlegg. I redegjørelsen konstateres at omfang, organisering og innhold av tilbudet med tannhelsetjenester ved sykehus varierer i stor grad og at antageligvis mange sykehuspasienter ikke får den tannhelsehjelpen de har behov for.

I 2013 tok Helse- og omsorgsdepartementet initiativ til HelseOmsorg21-strategien med målsetning om å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som kjennetegnes av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester. Regjeringens handlingsplan presenterer tiltak som vil bli iverksatt på feltet og som i stor grad omfatter tannhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Fra handlingsplanen fremgår det at Helse- og omsorgsdepartementet vil utarbeide en forskningsstrategi for tannhelsefeltet. Denne forskningsstrategien kom i 2017 i form av en handlingsplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) som presenterer tiltak som planlegges iverksatt for å fremme forskning, innovasjon og fagutvikling. Målsetningen med strategien er å legge til rette for økt kunnskapsutvikling og forskning innen oral helse og innen oral helse sett i sammenheng med øvrige helse- og sykdomsforhold. Én av strategiens fem innsatsområder er «Flerfaglighet og samarbeid mellom tannhelsetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester» og forsøksordningen trekkes frem som eksempel på flerfaglige tjenestetilbud og forskningssamarbeid.

Basert på de rammene som ble gitt i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og de nevnte dokumentene, utarbeidet Helsedirektoratet Rapport IS-2128 «Forsøksordning med orale helsetjenester

organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus» (05/2014) som ligger til grunn for hvordan forsøksordningen ble organisert og gjennomført.

2.2 Lovverk og finansiering

Rettigheter

De sentrale lovene som er styrende for rettigheter til offentlige finansierte orale helsetjenester i Norge, er lov om tannhelsetjenesten og lov om folketrygd, og forskrifter til disse, Poliklinikkforskriften, som har hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven, helseforetaksloven, pasient- og brukerrettighetsloven og folketrygdloven og som regulerer takster for polikliniske tjenester i spesialisthelsetjenesten, inkludert enkelte orale helsetjenester som utføres på sykehus.

I **Tannhelsetjenesteloven** slås det fast at barn og ungdom, psykisk utviklingshemmede samt grupper av eldre, langtidssyke, uføre i institusjon og hjemmesykepleie har rett til regelmessig og oppsøkende og nødvendig tannhelsehjelp. Av vederlagsforskriften til denne loven går det fram at når institusjonsoppholdet eller pleien har vart sammenhengende i 3 måneder eller mer, er tannhelsehjelpen vederlagsfri. Videre at tannbehandling som har sammenheng med eller påvirker den sykdommen pasienten er innlagt for eller får pleie for, skal ytes vederlagsfritt selv om institusjonsoppholdet eller pleien ikke har vart i 3 måneder.

Lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19 (folketrygdloven) skal bidra til å gi økonomisk trygghet for hele befolkningen ved blant annet å kompensere for særlige utgifter ved sykdom og skade. Kapittel 5 i loven omhandler stønad ved helsetjenester, herunder tannbehandling. Utgangspunktet er at den voksne del av befolkningen selv skal betale for behandling hos tannlege og tannpleier. Hensikten med folketrygdlovens regler om tannbehandling er å gi hel eller delvis støtte til grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov, og som ikke har rett til nødvendig tannhelsehjelp i henhold til tannhelsetjenesteloven. Trygdererefusjon er begrenset til undersøkelse og behandling av sykdommer og skade.

Etter folketrygdloven § 5-6 ytes det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved enkelte tilstander/tilfeller. I Forskrift til § 5-6 og § 5-6 a går det fram av § 1 at ved følgende sykdommer/tilstander gis det rett til stønad til tannbehandling:

1. Sjelden medisinsk tilstand
2. Leppe-kjeve-ganespalte
3. Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller hoderegionen for øvrig
4. Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander
5. Sykdommer og anomalier i munn og kjeve
6. Periodontitt
7. Tannutviklingsforstyrrelser
8. Bittanomalier
9. Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon
10. Hyposalivasjon
11. Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer
12. Tannskade ved godkjent yrkesskade
13. Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade
14. Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne
15. Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven

Stønad gis uavhengig av om behandlingen er utført av offentlig ansatte tannleger og tannpleiere, eller av tannleger og tannpleiere i privat sektor. Det framgår av forskriften § 2 at hvis utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege i helseforetak ikke dekkes etter poliklinikkforskriften, kan det ytes stønad etter bestemmelsene i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom, gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-6 og § 5-6 a.

Finansiering av spesialisthelsetjenesten

Finansieringen av de regionale helseforetakene er basert på en basisbevilgning på 60 pst. og en aktivitetsbasert bevilgning på 40 pst. Basisbevilgningen er uavhengig av helseforetakets produksjon av tjenester. Den aktivitetsbaserte bevilgningen går under navnet innsatsstyrt finansiering (ISF). Denne delen av helseforetakenes finansiering er avhengig av type pasienter/behandling og hvor mange som får behandling. ISF omfatter somatisk spesialisthelsetjeneste. Poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet inngår ikke i ordningen men utløser refusjon via egne takster.

Ved poliklinisk behandling av pasienter på sykehus kan utgiftene godtgjøres etter **Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften)** med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven, helseforetaksloven, pasient- og brukerrettighetsloven og folketrygdloven. Forskriften fastslår regler og takster til ytelse av godtgjørelsen som gis av Helfo.

2.3 Beskrivelse av forsøksordningen

Beskrivelsen av forsøksordningen, slik den ble planlagt av Helsedirektoratet, er fremstilt i rapporten IS-2128 *Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus*, som ble publisert i 2014.² Det overordnede målet med ordningen var å skaffe mer kunnskap om behovet for oral helsehjelp i den norske befolkningen, og bidra til å sikre et forsvarlig helsetilbud i spesialisthelsetjenesten som inkluderer oral helse. Ifølge IS-2128 skal det særlig opparbeides mer kunnskap om:

- Behovet for tjenesten og hvilke pasienter som kan nyttiggjøre seg et slikt tannhelsetilbud
- Type og omfang av behandling i tverrfaglig miljø ved sykehus
- Hvordan tilbudet påvirker helsetilstanden hos de som får et tilbud
- Behovet for opplæring og veiledning, forebyggende tjenester m.v.
- Systematisk samarbeid med fagmiljøer utenfor sykehus
- Økonomiske og administrative konsekvenser som kan gi grunnlag for å vurdere eventuelle lovendringer når det gjelder rettigheter til spesialiserte orale helsetjenester ved sykehus

I IS-2128 er det gitt en beskrivelse av hvilke **pasientgrupper** som er aktuelle i forbindelse med forsøksordningen. Rapporten slår fast at det bør kun gis tilbud om orale helsetjenester i sykehus til pasienter som ikke kan behandles på lavere nivå. Dette innebærer at forsøksordningen tar for seg de de alvorligst syke, de med de mest sammensatte behovene, eller de mest kompliserte orale (re)habiliteringsbehovene. Eksempler på pasienter er:

- Personer hvis orale helse påvirkes av eller påvirker en generell alvorlig sykdom. Dette kan forekomme ved maligne sykdommer, ved organtransplantasjon, alvorlig hjertesykdom, uavklarte infeksjonstilstander, orallmedisinske tilstander, blødningsproblematikk, farmakologiske bivirkninger, akutt besvær fra munnen hos personer i livets slutfase med mer.

² Rapport IS-2128 ble utarbeidet i 2012 og lagt til grunn for forsøksordningen, men ble først publisert som en rapport i 2014.

- Personer med behov for orale helsetjenester der det også er behov for andre tjenester i sykehus. Dette kan gjelde personer som av ulike grunner trenger behandling i narkose (odontofobi, behandlingssumodenhet, psykisk utviklingshemming, større inngrep etc), eller der det er behov for annet medisinsk personell til stede på grunn av medisinsk risiko, fordi det er hensiktsmessig å gjøre flere behandlinger under samme seanse (i sedasjon/narkose), eller fordi det skal gjøres behandling som krever innleggelse.
- Personer med behov for tverrfaglige orale helsetjenester på grunn av medfødt eller tidlig ervervet lidelse, alvorlig traume og lignende og behandlingen blir for komplisert for tannhelsetjenesten.
- Barn med langvarig alvorlig sykdom (> 3 måneder) eller funksjonshemming som har tilbud om behandling eller oppfølging i barneavdeling, inkludert habiliteringstjenesten
- Voksne med tilbud ved sykehusets habiliteringstjeneste
- Personer i alle aldre med langvarig psykisk sykdom som behandles ved sykehuset
- Voksne med kreft (alle former)
- Andre kronisk syke

I IS-2128 er det også gitt en beskrivelse av behovet for **kompetanse**. Rapporten angir i liten grad behovet for kompetanse av ikke-odontologisk personell ved forsøkssykehusene. For odontologisk personell begrunnes kompetansebehovet blant annet ved å peke på nødvendigheten av å sikre det orale helsetilbudet nødvendig legitimitet ved sykehusene. Rapporten etterspør derfor odontologisk personell med klinisk erfaring og forskningskompetanse. Tannlegene skal ha formalisert spesialistkompetanse. Rapporten beskriver også at det er behov for spesialister innen barnetannpleie (pedodontister). I 2013 var dette et fagområde som var fraværende i norske sykehus. Et annet fagområde som ble pekt på var kjeve- og ansiktsradiologi, og man la til grunn at dette fagområdet kunne dekke flere sykehus, eller bistå øvrig tannhelsetjeneste, ved hjelp av telemedisinske løsninger. Videre blir det i rapporten påpekt at tannpleiere og tannhelsesekretærer som ansettes i ordningen vil ha behov for kunnskap ut over det de tilegner seg i en forsøksordning. Det finnes ingen formell videreutdanning for disse yrkesgruppene i Norge, men det bør legges til rette for at de kan delta på relevante kurs både i Norge og ved å kjøpe utdanningsplasser i Sverige.

Videre beskriver IS-2128 at forskning innen orale helsetjenester på sykehus ikke har et tilfredsstillende omfang. I Lov om spesialisthelsetjenesten er forskning fastslått som én av sykehusenes fire oppgaver i tillegg til pasientbehandling, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Disse oppgavene må ifølge IS-2128 ivaretas innenfor det orale helsetjenestetilbudet, på samme måte som øvrige tilbud i sykehuset. Helsedirektoratet ønsket derfor at forsøksordningen skal legge til rette for å samle inn relevante data for forskning, og at det skal planlegges for dette allerede ved første forsøksår. Videre anbefales det at vitenskapelige stillinger legges inn i forsøksordningen (for eksempel prosjektlederstillingen).

Det beskrives tre strategier for å systematisk bygge opp kunnskap og for å skaffe erfaringer og data om behovet for orale helsetjenester i sykehus:

- Informasjon til fagmiljøer og opplæring av aktuelle fagpersoner
- Kartlegging, utredning og eventuell behandling av henviste pasienter (primært internt henviste pasienter, men også mulighet for henviste pasienter fra tannhelse- og kommunehelsetjenesten)
- En mer grundig kartlegging, undersøkelse og eventuelt behandling av selekterte pasientgrupper ved sykehuset

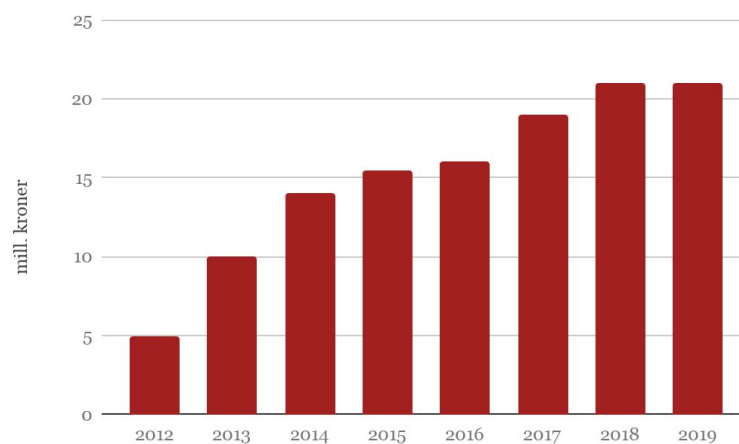
Hvilke pasienter som skal kartlegges under punkt 2 og 3 må hvert sykehus vurdere ut fra eget pasientgrunnlag.

Når det gjelder **organisering og innretning** av det orale helsetilbudet på selve forsøkssykehusene, har prosjektlederne fått relativt frie rammer fra Helsedirektoratet. Det vises blant annet til at det sykehusodontologiske tilbudet var svært ulikt før forsøksordningen ble satt i gang, og at det er nødvendig med fleksibilitet på tvers av sykehusene. Helsedirektoratet utarbeidet i starten av prosjektet et skjema for årlig

rapportering fra forsøkssykehusene som ble implementert i alle sykehusene. Det har også blitt holdt fellesmøter i regi av Helsedirektoratet i alle år med deltakelse av flere ansatte i forsøksordningen fra hvert sykehus.

Finansieringen av forsøksordningen har foregått gjennom årlige bevilgninger over statsbudsjettet, jf. figur 2.1. Ordningen har vært fullfinansiert gjennom de årlige bevilgninger, og midlene har vært tildelt gjennom Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene (RHF), som fordeler midlene til de aktuelle helseforetakene. Før igangsettelsen i 2012 signaliserte Helse- og omsorgsdepartementet at det ville bevilges et begrenset beløp til orale helsetjenester i sykehus i oppstartsfasen, og at tjenesten måtte bygges gradvis opp (IS-2128). Bevilgningen i 2012 var derfor relativt lav, men etter hvert som forsøksordningen ble utvidet til flere sykehus økte også bevilgningen. I tråd med forlengelsen av forsøksordningen fra 2016 fortsatte den årlige bevilgningen, og i 2019 var det bevilget 21. mill. kroner til formålet.

Tilsyn og behandling utført av ansatte i forsøksordningen er i hovedsak gratis for pasienten. For polikliniske pasienter kan forsøkssykehusene kreve en egenandel for behandlingen. Ved behandling av pasienter som har rett til stønad til dekning av utgifter til tannbehandling etter folketrygdens regler, kan forsøkssykehusene søke om refusjon gjennom Folketrygdens refusjonssystem, dvs. direkte oppgjør fra Helfo. Forsøkssykehusene kan også generere inntekter gjennom den aktivitetsbaserte bevilgningen i spesialisthelsetjenesten, dvs. den innsatsstyrte finansieringen (ISF) og DRG-systemet.



Figur 2.1 Bevilgninger til forsøksordningen over statsbudsjettet i mill. kroner

2.4 Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø (UNN)

Bakgrunn

Før forsøksordningen ble iverksatt, var det sykehusodontologiske tilbudet i Nord-Norge svært begrenset. Ved UNN i Tromsø var det kun ansatt to oralkirurger i mindre deltidsstillinger, mens det ikke var etablert et oralt helsetilbud på lokalsykehusene UNN i Harstad og UNN i Narvik. På den psykiske helse- og rusklinikken på Åsgård i Tromsø var det tilstede en tannlege som var finansiert av fylkeskommunen.

Utover privatpraktiserende tannleger og den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), er Troms fylkeskommune til stede i regionen med Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN) og Universitetstannklinikken. Universitetstannklinikken er en del av DOT og gir klinisk opplæring for tannpleier- og tannlegestudenter i samarbeid med Universitetet i Tromsø. Tannhelsetjenestens kompetansesenter ble

opprettet i 2003 og henviste pasienter behandles av tannlegespesialister eller tannleger med annen spesialkompetanse. I tillegg driver TkNN med etterutdanning av tannhelsepersonell, spesialistutdanning av tannleger, gir råd og veiledning til tannhelsetjenesten og er involvert i forskning. Senteret har totalt 50 ansatte, hvorav flere er tannlegespesialister, og hovedklinikken er lokalisert i TANN-bygget som ligger i nærheten av UNN Tromsø. Det er Troms fylkeskommune som eier kompetansesenteret, men pasientgrunnlaget omfatter også Finnmark og Nordland fylkeskommune.

Før forsøksordningen ble satt igang, forelå det et uformelt samarbeid mellom UNN i Tromsø og TkNN. TkNN hadde en tannlege ansatt i en stilling som sykehustannlege, som tok imot enkelte henvisninger fra sykehuset ved siden av annen pasientaktivitet. Det var også et pedodontiteam fra TkNN tilknyttet barneavdelingen på sykehuset ved at de gikk faste runder på avdelingen en gang i uken. I tillegg utførte TkNN tannbehandling i narkose på sykehuset og hadde en beredskapsfunksjon ved akutt behov for oral kirurgi på sykehuset.

I 2004 ble Institutt for klinisk odontologi (IKO) ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø (UiT) etablert. På instituttet utdannes tannleger, tannlegespesialister og tannpleiere, i tillegg til at det bedrives forskning og utdanning av ph.d-kandidater. Instituttet er samlokalisert med TkNN og Universitetstannklinikken i TANN-bygget og samarbeider med begge instanser, bl.a. om felles operasjons- og røntgenavdeling. Spesialistutdanningen drives som et integrert samarbeid mellom IKO og TkNN, der den kliniske utdanningen i sin helhet foregår på TkNN.

Organisering og innretning

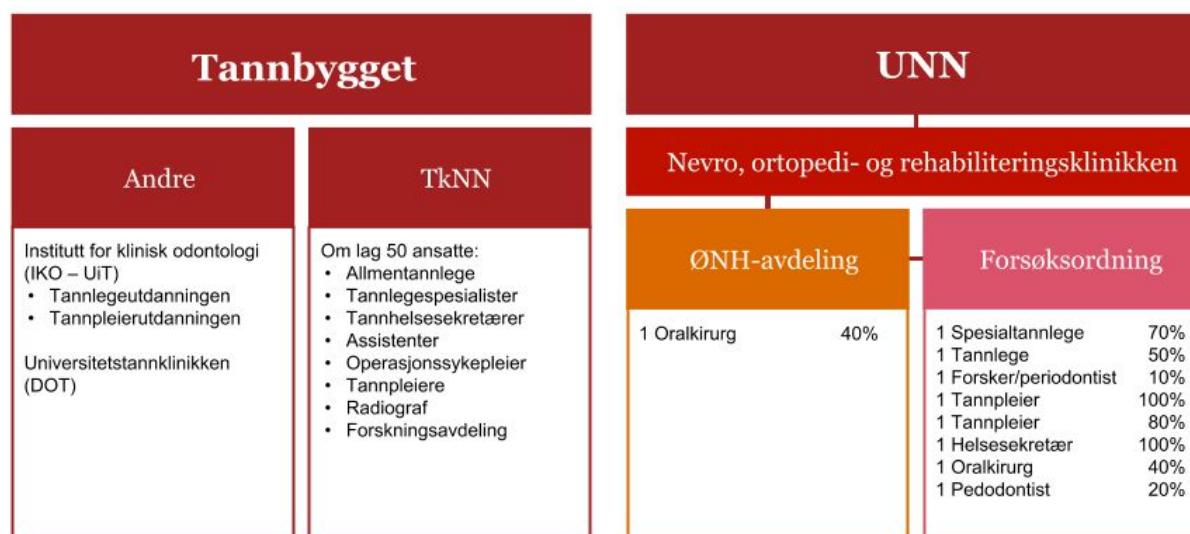
Forsøksordningen startet på Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø i 2012 med en tannlege. Bemanningen ble utvidet med en tannpleier innen kort tid og annet odontologisk personell ble ansatt i løpet av de påfølgende årene. I 2017 bestod tannteamet av totalt 5,1 årsverk fordelt på tannleger, tannlegespesialister, tannpleiere og tannhelsesekretærer, jf. figur 2.2. Flere av de ansatte i forsøksordningen som har deltidsstillinger, er også ansatt i deltidsstillinger på TkNN.

Organisatorisk er forsøksordningen knyttet til Øre-nese-hals-avdelingen (ØNH) under Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR). I starten hadde tannteamet tilgang til ett behandlingsrom på avdelingen, mens i 2014 ble det økt til to rom, som de disponerer i mye av kjernetiden. I perioder har tannteamet imidlertid vært plassert andre steder på sykehuset som følge av ombygginger på poliklinikken på avdelingen.

Tannteamet er registrert som en egen henvisningsinstans på sykehuset og mottar interne henvisninger både fra ØNH-avdelingen og andre avdelinger på sykehuset. Henvisninger fra eksterne aktører (allmennleger og private sykehus) mottas av ØNH-avdelingen og blir fordelt videre til prosjektet dersom det er behov for det.

Det orale helsepersonellet benytter både journalsystemet Opus og Dips. Gjennom Dips har de tilgang til pasientjournalene på lik linje med øvrig helsepersonell på sykehuset, og gjennom Opus har de mulighet til å kreve refusjon fra Helfo for orale behandlinger.

Deler av det odontologiske personalet deltar på faste ukentlige møter på ØNH-avdelingen hvor både leger, sykepleiere m.fl. er tilstede. De deltar også på legenes morgenmøter og har både stått for og deltatt på internundervisningen, men går ikke fast visitt på avdelingene.



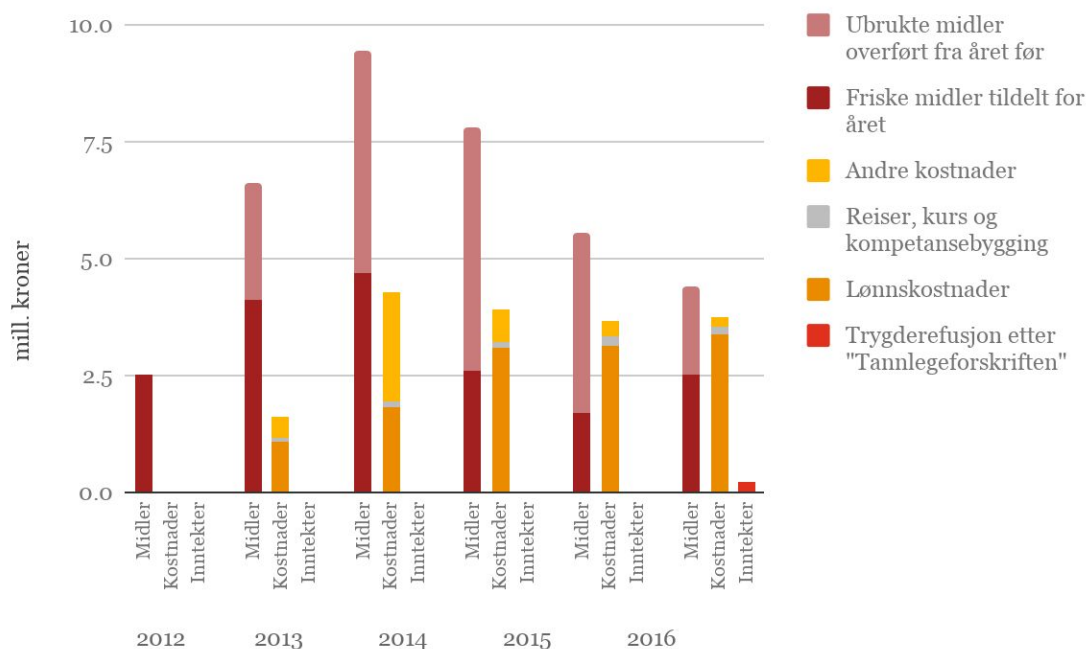
Figur 2.2 Organisering av forsøksordningen på UNN i Tromsø i 2018

Finansiering

Forsøksordningen på UNN har totalt mottatt 20,8 mill. kroner i midler i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Helse Nord RHF fra 2013 til 2017. Prosjektet har ikke benyttet alle de tildelte midlene hvert år, og ubrukte midler et år har blitt overført til påfølgende år, jf. figur 2.3.

Kostnadene i ordningen består i hovedsak av utgifter til lønn, utgifter til reiser, kurs og kompetansebygging, samt andre kostnader som investeringer i utstyr, varekostnader til pasientbehandling og driftsmateriell og andre kostnader for behandling som ikke er refusjonsberettiget. Den største utgiftsposten er lønnskostnader som økte særlig de første tre årene av prosjektperioden, men som har ligget stabilt rundt 3,2 mill. kroner de siste tre årene. Det ble også foretatt større investeringer i startfasen av prosjektet til bl.a. oppussing av behandlingsrom og utstyr, særlig i 2014, hvor investeringskostnadene utgjorde om lag 2 mill. kroner. De andre utgiftspostene har vært forholdsvis stabile gjennom forsøksperioden med utgifter opp til 0,4 mill. kroner for pasientbehandling og reiser, kurs og kompetansebygging.

Prosjektleder på UNN rapporterer at det har vært vanskelig å registrere aktivitetene i prosjektet og få generert inntekter i finansieringssystemet for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det finnes DRG-koder som omhandler undersøkelser og behandling av munnhulen, men disse kodene er ikke dekkende for all aktiviteten som blir utført av det orale helsepersonellet på sykehuset. De få inntektene som har blitt generert gjennom ISF og egenandeler på poliklinisk behandling, har heller ikke blitt ført som inntekter på selve prosjektet, men på klinikken som helhet. Det er derfor ikke mulig å skille disse ut fra regnskapet. Forsøksordningen har krevd trygderefusjon etter "Tannlegeforskriften" fra Helfo, men et registreringssystem kom først på plass i 2017. Fram til 2017 har det derfor ikke blitt registrert inntekter via trygderefusjon, mens det i 2017 ble registrert 207 000 kroner som tilsvarer om lag 6 pst. av utgiftene.



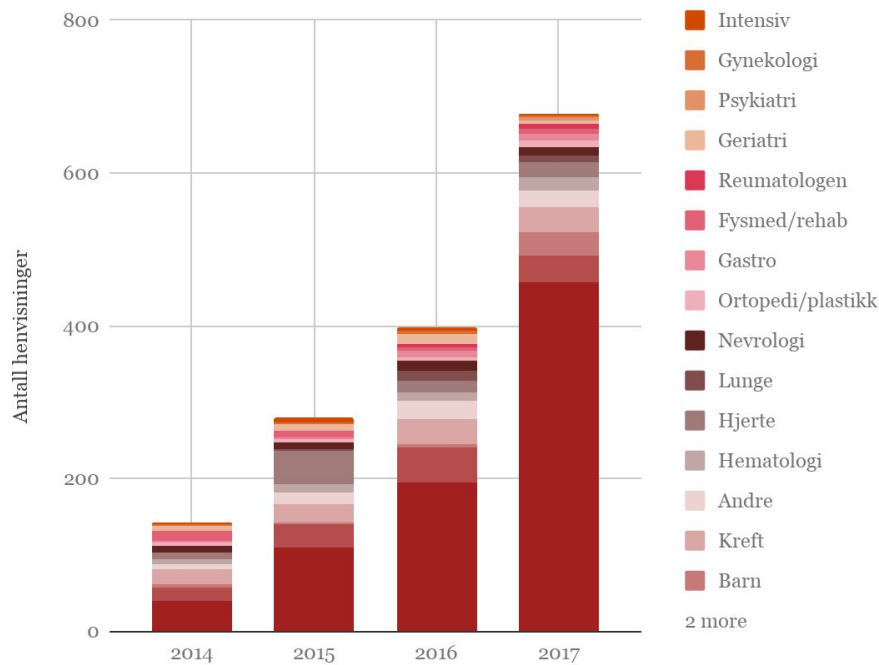
Figur 2.3 Inntekter og utgifter i mill. kroner i forsøksordningen på UNN i Tromsø

Pasientgrupper

Forsøksordningen på UNN har valgt å fokusere på pasienter på sykehuset, dvs. pasienter som er innlagt eller som mottar poliklinisk behandling, og ikke eksternt henviste pasienter. Figur 2.4 gir en oversikt over henvisningene til tannteamet i forsøksperioden. Fra oppstart i 2012 har antallet henvisninger totalt femdoblet seg, hvor veksten var særlig høy fra 2016 til 2017 med en vekst på 70 pst. I 2017 mottok tannteamet i underkant av 700 henvisninger totalt.

De fleste av henvisningene har kommet fra ØNH-avdelingen, som utgjorde om lag 70 pst. av alle henvisningene i 2017. En stor pasientgruppe som har behov for orale helsetjenester, er personer med kreft i hode-hals regionen. I tillegg er det en del pasienter med søvnapné som har behov for apnéskinner. Tre andre avdelinger skiller seg ut - infeksjonsavdelingen, kreftavdelingen og barneavdelingen - og i 2017 stod de for hhv. 5 pst. av henvisningene hver. Fra infeksjonsavdelingen blir det særlig henvist pasienter med infeksjoner av ukjent årsak, mens fra kreftavdelingen blir pasienter henvist til oralt tilsyn før de starter med kreftbehandling. Fra barneavdelingen kommer det ofte henvisninger som omfatter langtidsinnlagte barn, kreftpasienter og barn med spesielle syndromer. En annen avdeling som stod for 3 pst. av henvisningene i 2017, er hjerteavdelingen. Herfra henvises ofte pasienter som skal hjerteopereres eller gjennomgå transplantasjoner.

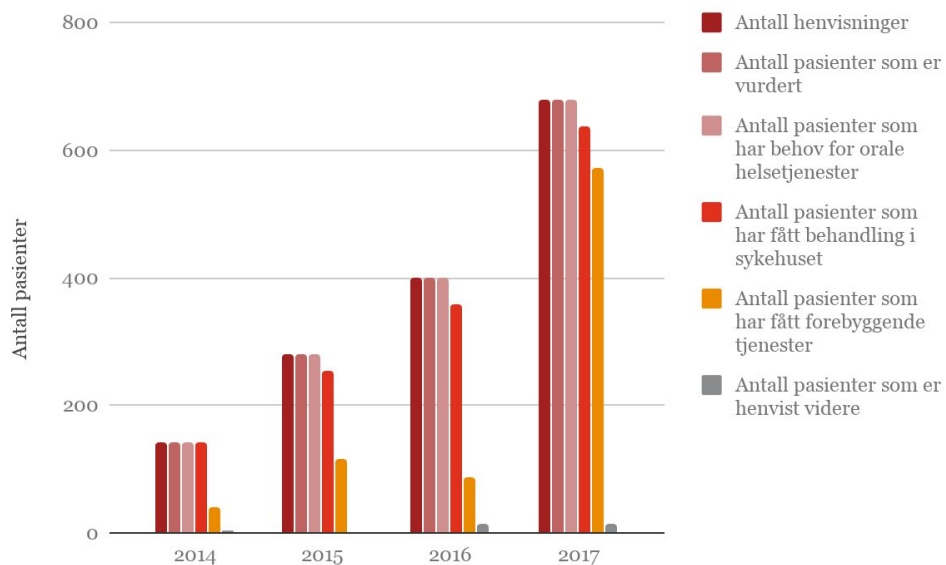
Oralkirurgene har også en beredskapsfunksjon på sykehuset. Dersom det oppstår akutte tilfeller eller traumer som krever orale undersøkelser, vurdering og evt. behandling rykker de ut på kort varsel. Disse pasientene blir ikke henvist til forsøksordningen og er derfor ikke inkludert i henvisningstallene og figur 2.4.



Figur 2.4 Utviklingen i antall henvisninger til forsøksordningen på UNN¹

¹ Gruppen "andre" består bl.a. av eksternt henviste pasienter.

Alle pasientene som har blitt henvist til forsøksordningen, har blitt vurdert av det odontologiske helsepersonellet på UNN, jf. figur 2.5. Av de vurderte pasientene, har det blitt fastslått at alle har hatt behov for orale helsetjenester. De aller fleste pasientene har fått oral behandling på sykehuset, nærmeste bestemt mellom ni og ti av ti, hvor behandling er definert som både undersøkelse og alle former for behandling. Av pasientene som ikke har mottatt behandling på sykehuset har noen blitt henvist til privatpraktiserende tannleger, mens andre ikke har rukket å bli behandlet før pasienten ble utilgjengelig for behandlingen (bl.a. som følge av dødsfall, overflytting, utskrivelse etc.). Antall pasienter som har fått forebyggende behandling, dvs. mottatt tannpleie, har variert fra år til år, og i 2017 fikk over åtte av ti forebyggende behandling.



Figur 2.5 Henvisninger og behandlinger i forsøksordningen på UNN¹

¹ “Antall henvisninger” er definert som antall henvisninger som kommer inn til tannteamet som henvisningsinstans.

“Antall pasienter som er vurdert” er definert som henvisninger som er mottatt og vurdert.

“Antall pasienter som har behov for orale helsetjenester” er definert som pasienter som har behov for å komme til tannteamet, dvs henvisning er ikke avslått.

“Antall pasienter som har fått behandling i sykehuset” er definert som pasienter som har fått undersøkelse eller annen tannbehandling.

“Antall pasienter som har fått forebyggende tjenester” er definert som pasienter som har fått behandling av tannpleier.

“Antall pasienter som er henvist videre” omfatter henvisninger til instanser utenfor sykehuset.

Mange av pasientgruppene som blir henvist til forsøksordningen, trenger å få undersøkt munnhulen og motta evt. oral behandling før de kan behandles for ikke-orale sykdommer på sykehuset. En viktig del av undersøkelsen er å avdekke om pasientene har infeksjoner i munnhulen og vurdere om det er behov for behandling. Behandlingen går i stor grad ut på å sanere munnhulen for infeksjonene (f.eks. boring eller trekking av tenner). Dette gjelder bl.a. for pasienter som har kreft i hode-hals regionen og som skal gjennomgå stråling, og pasienter som skal gjennomgå ulike operasjoner, f.eks. bytting av hjerteklaffer, andre hjerteoperasjoner eller organtransplantasjoner. Undersøkelse og vurdering utføres av enten tannlegene eller tannpleierne i forsøksordningen, mens selve behandlingene utføres av tannlegene og evt. tannlegespesialistene.

For pasientene som kommer fra infeksjonsavdelingen eller andre avdelinger, handler det i stort også om å avdekke om pasienten har infeksjoner i munnhulen og evt. fjerne infeksjonene. Infeksjonene i munnhulen kan være en bakenforliggende årsak til at de har fått en infeksjonen utenfor munnhulen eller annen sykdom som de er til behandling på sykehuset for.

Pasienter som har søvnapné, blir henvist til forsøksordningen for behandling med apnéskinne. Apnéskinne er et alternativ til CPAP-maske, og for å lage skinnen kreves det avstøp av munnhulen, tilpasning og annet arbeid som må utføres av oralt helsepersonell. I prosjektet er det tannlegene som gjennomfører behandlingen, hvor antall pasienter som trenger skinnbehandling har økt betydelig de senere årene.

Pasienter som har behov for mer komplisert oral behandling, får tilsyn og behandling av spesialtannlegen eller oralkirurgene i forsøksordningen. På UNN behandler oralkirurgene pasienter med flere typer sykdommer i munnhulen, bl.a. pasienter med kjeveledslidelser, implantatbehandling, tanntransplantasjoner, bløtvevplastikk m.m., samt behandling av tann- og kjeveskader, brudd- og bløtvevskader og rekonstruksjon av medfødte og ervervede defekter og misdannelser i munnhulen. Pasienter som behandles av oralkirurgene er i større grad henvist fra eksterne instanser, f.eks. andre helseforetak eller privatpraktiserende tannleger, enn øvrige oralt helsepersonell i forsøksordningen.

Barn som henvises til forsøksordningen, har behov for ulike typer behandling. Enkelte har behov for konserverende tannbehandling eller forebyggende behandling, mens andre må gjennom mer omfattende inngrep. Barn som ligger på sykehuset over lengre tid, bl.a. som følge av kreft eller spesielle syndromer, kan få utfordringer med tennene som følger av behandlingen eller som følge av sykdommen. Undersøkelser av barna utføres av tannpleierne eller tannlege med spesialitet i pedodonti (pedodontist), mens behandlingen av barna som oftest utføres av pedodontisten. Pedodontisten går også ukentlige runder på barneavdelingen for å se til nye pasienter som har blitt lagt inn og følge opp allerede innlagte pasienter for å avdekke evt. behov for oral behandling. Pedodontisten har også kontakt med TkNN mht. barn som skal følges opp av tannlegespesialister på kompetansesenteret.

Pasienter som har behov for forebyggende behandling, mottar i stor grad behandling av tannpleierne i prosjektet. Forebyggende behandling kan bestå av flere tiltak; hjelp til å opprettholde en god munnhygiene (f.eks. hjelp til tannpuss eller behandle munntørrehet), råd om kosthold og røyking, informasjon om allmenn- og tannhelse m.m. En stor pasientgruppe som trenger forebyggende oral behandling på sykehuset, er kreftpasienter fra ØNH-avdelingen som skal gjennomgå stråling. Disse pasientene har behov for hyppig

tannstell i behandlingsperiodene, gjerne hver dag. Tannpleierne gjør også undersøkelser og vurderer om pasientene har behov for behandling av tannlege.

Informasjonsspredning og opplæring av ikke-odontologisk personell

Ved forsøksordningen på UNN har det blitt etablert faste tiltak for opplæring av helsepersonell uten odontologisk bakgrunn, pasienter og tannlegestudenter. Det blir holdt foredrag for ikke-odontologisk personell ved kreft-, hjerte- og lungeavdelingene og årlig er det foredrag for nyansatte sykepleiere. I tillegg holder det odontologiske helsepersonellet forelesninger for ØNH-kreftpasienter i forbindelse med lærings- og mestringskurs. Overfor tannlegestudenter bidrar forsøksordningen både med opplæring og hospitering. I 2015 hadde en av tannlegene ansvar for hospitering av tannlegestudenter i til sammen 72 timer, mens i 2016 og 2017 ble det holdt forelesninger på til sammen 8 timer for tannlegestudenter. I 2017 ble det totalt holdt 13 timer med foredrag.

Kompetansebygging innad i forsøksordningen

Forsøksordningen ved UNN har jobbet med å utvide egen fagkompetanse gjennom hospitering og deltakelse på kurs og fagdager gjennom hele forsøksperioden. Særlig i starten av prosjektet var tannlegene og tannpleierne på hospitering ved ulike avdelinger på sykehuset, samt ved andre institusjoner som Haukeland universitetssykehus, TkNN og sykehustannklinikker i Sverige. Hvert år har de deltatt på fagdager og årsmøter av tannlege- og tannpleierforeningene, samt den norske tannlegeforeningens årlige Midnattssolsymposium i Tromsø. I tillegg har de ansatte deltatt på ulike kurs om blant annet orofacial smerte, søvnapné, antibiotika og forskning i tannhelsetjenesten. I 2017 brukte de ansatte i forsøksordningen til sammen om lag 190 timer på kompetansebygging.

Forskning og systematisk kunnskapsutvikling

I forsøksordningen ved UNN har det vært ansatt en forsker i forsøksperioden, men kun i en mindre deltidsstilling.

Det odontologiske helsepersonellet har vært involvert i to eksterne forskningsprosjekter. Det ene prosjektet omhandler søvnapné, hvor det skal undersøke effektene av bruk av CPAP-masker kontra apnés Skinner i behandling av søvnapné. Her har forsøksordningen bidratt med datainnsamling i hele forsøksperioden. I tillegg har forsøksordningen deltatt i et tverrfaglig forskningsprosjekt om oral cancer. Prosjektet har hatt en lang planleggingsfase, og datainnsamlingen forventes å starte i 2019.

Utover forskningsprosjektene, har prosjektleder i forsøksordningen veiledet en medisinstudent i forbindelse med masteroppgave om orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø på UNN.

Samarbeid med eksterne fagmiljøer

Den viktigste samarbeidspartneren innen oral helse er TkNN. Tidligere har det også vært samarbeid med pedodontiavdelingen ved TkNN vedrørende behandling av barn på barneavdelingen. Utover dette eksisterer det en samarbeidsavtale med overtannlegen i Tromsø om tannbehandling i narkose og et forskningssamarbeid med "tumorbiologisk forskningsgruppe" ved UiT som innebærer samarbeid med munn- og halskreftforeningen.

2.5 St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim

Bakgrunn

Ved St. Olavs hospital i Trondheim har odontologisk helsepersonell vært tilstede siden 2004. I 2012, før forsøksordningen ble satt i gang, var det ansatt en tannlege og en tannhelsesekretær i deltidsstillinger og en tannpleier i fulltidsstilling ved avdeling for Kjeve- og ansiktskirurgi. Totalt disponerte de et behandlingsrom utstyrt med digital røntgen og har tilgang til et operasjonsrom med tannlegestol og røntgenutstyr. Det orale helsepersonellet behandlet i hovedsak pasienter på avdelingen, hvor pasienter med kreft i hode-hals regionen var en stor gruppe. I tillegg foretok de tilsyn og utførte behandlinger, særlig sanering av infeksjoner, på pasienter som skulle gjennomgå hjertekirurgi og nyretransplantasjoner. Tannpleieren drev i hovedsak forebyggende behandling, dvs. veiledning av pasienter og pårørende om munnhygiene, samt tilsyn av barn med kreft. Det odontologiske helsepersonellet samarbeidet også med snorkegruppen på ØNH-avdelingen og tilpasset apneéskiner på pasienter med søvnapné, i tillegg til å samarbeide om et forskningsprosjekt på obstruktiv søvnapné. Den offentlige tannhelsetjensten var også tilstede på sykehuset ved at de leide et operasjonsrom og anestesitjenester to dager i uken for å gjennomføre tannbehandling i narkose.

I Trondheim finnes det også et regionalt odontologisk kompetansesenter som er eid av Trøndelag fylkeskommune. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge (TkMN) har om lag 60 ansatte som jobber med både tannbehandling og forskning. En del av tannlegene og tannlegespesialistene jobber spesielt med tilrettelagt behandling for voksne og barn som strever med tannbehandling. Dette omfatter blant annet angstbehandling for barn og ungdom, "Trygge Barn i Tannbehandling" (TBIT), og tilrettelagt behandling for mennesker utsatt for tortur, overgrep eller som har odontofobi (TOO).

Organisering og innretning

Forsøksordningen ble satt i gang på St. Olavs hospital i 2012 med ansettelse av en tannlege i prosjektlederstilling. Etter hvert ble flere stillinger for tannleger, tannpleiere, tannhelsesekretærer og ulike tannlegespesialister opprettet, og i 2017 utgjorde bemanningen i prosjektet 5,1 årsverk totalt, jf. figur 2.6. Noen av tannlegene og tannlegespesialistene som er ansatt i deltidsstillinger, kombinerer dette med deltidsstillinger ved TkMN.

Prosjektet er organisatorisk tilknyttet avdeling for kjeve- og ansiktskirurgi under Klinikkk for øre-nese-hals, kjevekirurgi og øyesykdommer, hvor det eksisterende odontologiske helsepersonellet befinner seg. Forsøksordningen har således ført til en utvidelse av det orale helsetilbudet på avdelingen og sykehuset. De ansatte i forsøksordningen jobber tett sammen med det odontologiske helsepersonellet ansatt på avdelingen. Til sammen disponerer de ansatte tre behandlingsrom og forsøksordningen har bidratt med innkjøp av operasjonsbord, tannlegestol og røntgenutstyr.

Prosjektet er ikke en egen henvisningsinstans og henvisningene blir sendt til kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling. Her blir de vurdert og videreformidlet til de ulike personellgruppene etter hvilke behandlingsbehov pasientene har. F.eks. rettes traumer til kjevekirurgen, konserverende tannbehandling til tannlegene, munnpleie til tannpleierne etc.

Forsøksordningen benytter to journalsystemer; DocuLive og Opus. DocuLive benyttes av alle typer helsepersonell på sykehuset, og gjennom journalsystemet får det odontologiske personalet tilgang til pasientenes sykehusjournaler på lik linje med øvrige helsepersonell. Opus benyttes kun av det odontologiske

personale på sykehuset, og journalsystemet gir muligheten til å kreve refusjon fra Helfo. Personalet journalfører behandlingen av pasientene i begge systemene.

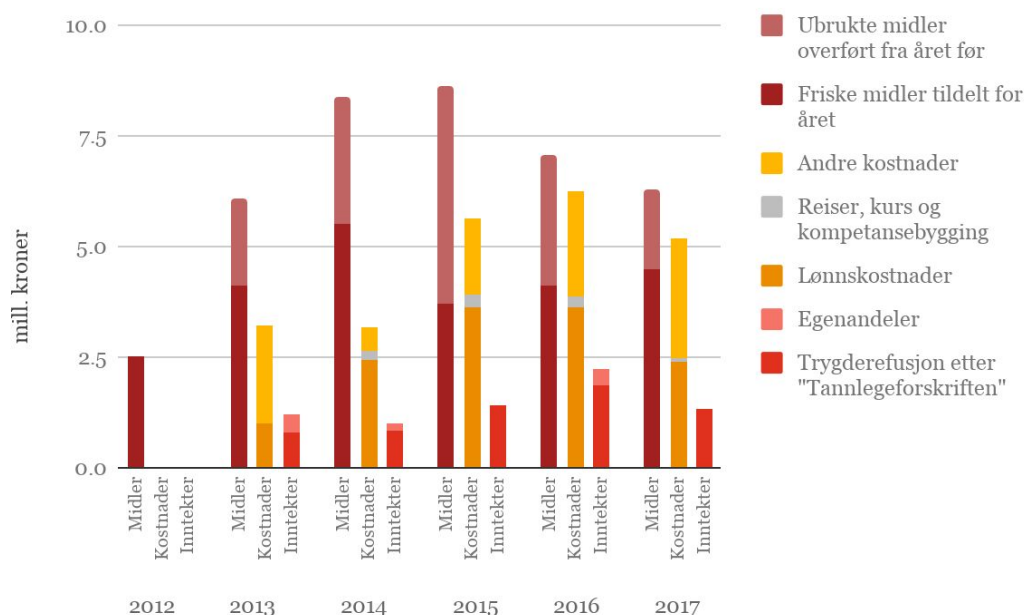
Deler av det odontologiske personalet deltar på faste ukentlige møter på avdelingen. Blant annet deltar tannpleierne på tverrfaglige møter med kreftsykepleiere på ØNH-avdelingen og onkologer fra kreftavdelingen to ganger i uken hvor de ser på pasientene sammen slik at behandlingsforløpet kan tilrettelegges pasienten og personell fra forskjellige fagfelt kan bidra med hver sin kunnskap.



Figur 2.6 Organisering av forsøksordningen på St. Olavs Hospital i 2018

Finansiering

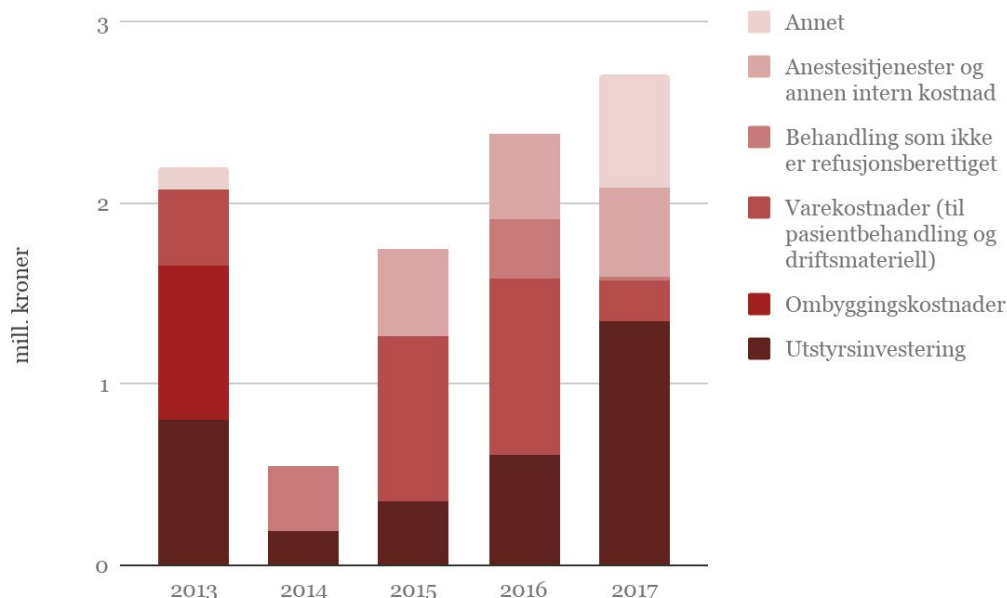
Forsøksordningen på St. Olavs Hospital har totalt fått tildelt 18,2 mill. kroner i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Helse Midt-Norge RHF mellom 2013 og 2017, jf. figur 2.7. Prosjektet har ikke benyttet alle de tildelte midlene hvert år, og ubrukte midler et år har blitt overført til påfølgende år.



Figur 2.7 Inntekter og utgifter i mill. kroner i forsøksordningen på St. Olavs

Vedrørende kostnadene i prosjektet, økte de totale kostnadene særlig fra 2014 til 2015, mens de har ligget mer stabilt mellom 5 og 6 mill. kroner fra 2015 og utover. Den største kostnadsposten er lønnsutgifter, som har fluktuert med bemanningen i prosjektet. Lønnsutgiftene økte særlig fra 2014 til 2015, men avtok igjen fra 2016 til 2017. Utgifter til reiser, kurs og kompetansebygging har ligget mer stabilt gjennom hele forsøksperioden, mens andre kostnader har vist større svingninger. Andre kostnader består i stor grad av ombyggingskostnader og utstyrsinvesteringer, samt varekostnader til pasientbehandling og driftsmateriell, jf. figur 2.8. I noen år har det også vært utgifter knyttet til anestesitjenester og andre interne kostnader, samt andre utgifter til behandlinger som ikke er refusjonsberettiget.

Forsøksordningen har generert inntekter gjennom trygderefusjon etter "Tannlegeforskriften" i hele prosjektperioden, jf. figur 2.7. I tillegg har det blitt registrert egenandeler ved behandling i enkelte år. Inntektene har blitt registrert på avdelingen som helhet, men de har vært mulig å skille fra avdelingens regnskap. I prosjektet har aktiviteten ikke blitt registrert gjennom det aktivitetsbaserte bevilgningssystemet (ISF), som innebærer at behandling av inneliggende pasienter ikke har blitt registrert. Som for de andre forsøkssykehusene, har ikke DRG-kodene vært dekkende for all aktivitet som har blitt utført av det orale helsepersonellet i forsøksordningen.

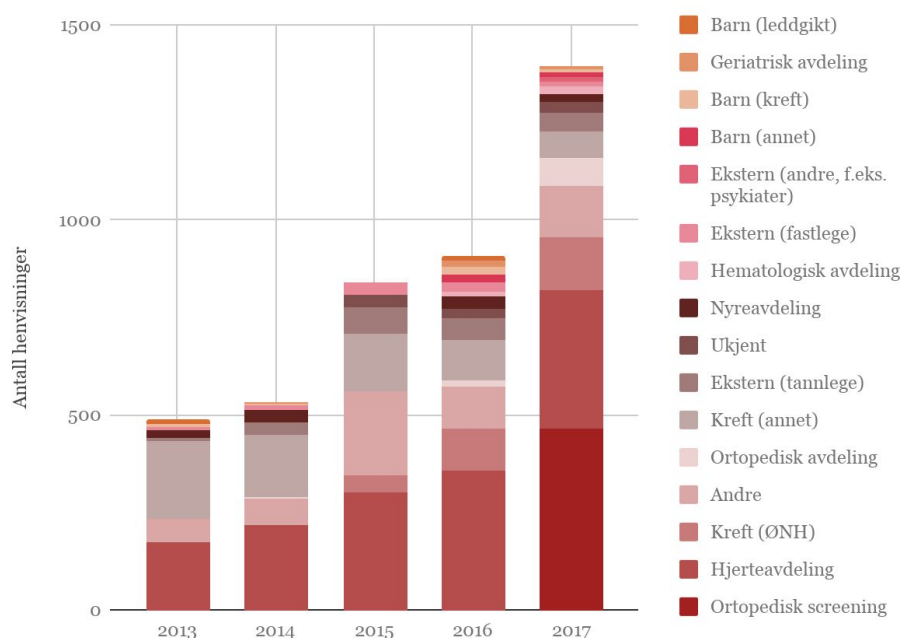


Figur 2.8 Spesifisering av “andre kostnader” i mill. kroner i forsøksordningen på St. Olavs

Pasientgrupper

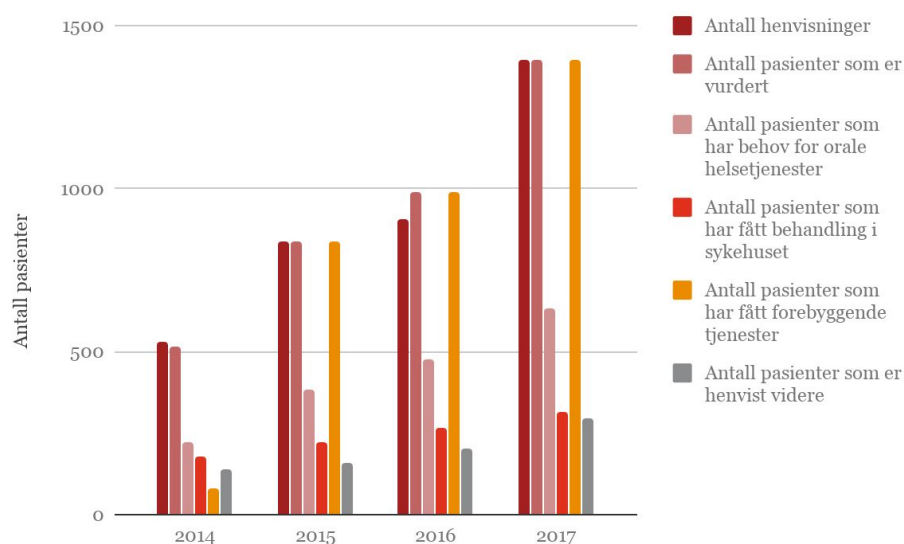
På St. Olavs hospital fokuserer forsøksordningen på pasienter som er under behandling på sykehuset. Figur 2.9 gir oversikt over antall henvisninger mottatt av prosjektet ved St. Olavs i prosjektperioden. Fra oppstart i 2013 har antallet nesten tredoblet seg, og i 2017 ble det mottatt i underkant av 1400 henvisninger. Omtrent en tredjedel av henvisningene i 2017 skyldes et forskningsprosjekt som omfatter oral screening av ortopediske pasienter. Av de eksterne henvisningene har det kommet flest fra privatpraktiserende tannleger og fastleger.

Den største henvisende instansen utover screening av ortopedipasienter er hjerteavdelingen som henviser pasienter som skal gjennomgå hjerteklaffkirurgi, hjertetransplantasjon eller annet hjertekirurgi, samt slagpasienter. Til sammen utgjør pasienter fra hjerteavdelingen om lag 40 pst. av alle henvisninger utenom oral screening. Fra øre-nese-hals avdelingen blir det stort sett henvist pasienter med kreft i munnhulen som skal strålebehandles. Andre pasientgrupper er blant annet hoftepasienter fra den ortopediske avdelingen, pasienter fra kreftavdelingen med ulike typer kreft og pasienter fra nyreavdelingen som skal gjennomgå nyretransplantasjon. I tillegg utgjør henvisningene fra barneavdelingen omtrent 5 pst. alle av henvisningene, hvor det særlig er barn med kreft og barn med ulike andre sykdommer som har blitt henvist.



Figur 2.9 Utviklingen i antall henvisninger til forsøksordningen på St. Olavs Hospital

Bortimot alle pasientene som har blitt henvist til forsøksordningen, er vurdert gjennom en klinisk og røntgenologisk undersøkelse, jf. figur 2.10. For omtrent halvparten av pasientene er det fastslått et behov for orale helsetjenester, som innebærer ulike tannbehandlinger som ekstraksjoner, fyllingsterapi, tannsteinsfjerning, laging av enkle proteser etc. I overkant av fire av ti pasienter med behov for orale helsetjenester, har blitt henvist videre til et privat eller fylkeskommunalt tannhelsetilbud, mens mer enn halvparten har mottatt oral behandling på sykehuset. Stort sett alle pasienter som har blitt vurdert gjennom undersøkelsen, har mottatt forebyggende tjenester i form av informasjon, råd og tips om å forbedre sin munnhygiene og viktigheten av å regelmessig oppsøke tannlegen sin. Ser vi forsøksordningen over tid, har både antall henvisninger, antall pasienter som har behov for orale helsetjenester og antall behandlinger på sykehuset økt for hvert år i forsøksperioden.



Figur 2.10 Henvisninger og behandlinger i forsøksordningen på StO

¹ “Antall henvisninger” er definert som antall henvisninger som kommer inn til personell i forsøksordningen.

“Antall pasienter som er vurdert” er definert som pasienter som har blitt klinisk og røntgenologisk undersøkt i tannlegestolen.

“Antall pasienter som har behov for orale helsetjenester” er definert som pasienter som har behov for forskjellig tannbehandling som ekstraksjoner, fyllingsterapi, tannsteinsfjerning, laging av enkle proteser etc.

“Antall pasienter som har fått behandling i sykehuset” er definert som pasienter som har blitt behandlet av tannhelsepersonell utover den initielle undersøkelsen og informasjon.

“Antall pasienter som har fått forebyggende tjenester” er definert som pasienter som har mottatt informasjon, råd og tips om å forbedre sin munnhygiene og viktigheten med å gå regelmessig til tannlegen.

“Antall pasienter som er henvist videre” omfatter henvisninger til private allmenntannleger, tannleger i den offentlige tannhelsetjenesten, private tannlegespesialister, odontologiske kompetansesentre og et tilrettelagt tannhelsetilbud.

En av de viktigste oppgavene til det odontologiske helsepersonellet i forsøksordningen ved St. Olav Hospital er behandling av pasienter som strålebehandles for kreft i hode-hals regionen. Tannpleierne foretar undersøkelsene av pasientene og utfører i samarbeid med tannlegespesialistene nødvendige oral behandling før oppstart av strålebehandling. I tillegg gjennomfører tannlegene evt. implantatprotetikk i rehabiliteringsfasen. Tannpleiere bistår pasientene hele veien fra utredning, via å gi munnstell og råd så lenge pasienten strålebehandles frem til oppfølging av pasientene som bor i nærheten i den første tiden etter behandlingsslutt.

En annen sentral oppgave for det orale helsepersonellet er undersøkelse og eventuelt behandling av infeksjoner i munnhulen hos pasienter før oppstart av deres planlagte behandlinger. I forsøksordningen er det i hovedsak tannlegene og tannpleiere som foretar undersøkelsen og tannlegene som gjennomfører selve behandlingen. Dette gjelder bl.a. pasienter som skal gjennomgå hjerteklaffoperasjoner, åpent hjertekirurgi eller ulike typer organtransplantasjoner. Det er også viktig å sanere infeksjoner i munnhulen hvis det skal brukes bisfosfonater til kreftbehandling eller biologisk behandling som det ofte blir gjort i gastro- eller hudavdelingen.

Forsøksordningen tilser også inneliggende pasienter fra diverse avdelinger som har plager i munnhulen. Spesielt barn og voksne med ulike typer kreft og pasienter fra hematologisk sengepost får ofte mye bivirkninger i munnhulen som følge av cellegift. Av de ansatte er det normalt tannpleieren som foretar slike undersøkelser og gir munnstell, i tillegg til å gi råd og veiledning til pasientene. Ved behov behandles pasientene av tannlegen.

Videre behandles søvnapnépasienter som ikke kan benytte seg av CPAP-masker, men som trenger søvnapnéskinner. Fremstilling av apnéskinnene utføres vanligvis av tannlegen. For pasienter som ikke kan behandles utenfor sykehuset på grunn av lang og komplisert sykehistorie, gjennomfører tannlegen også tannbehandling i narkose.

Informasjonsspredning og opplæring av ikke-odontologisk personell

Ved St. Olavs Hospital har opplæringen av ikke-odontologisk personell i forsøksperioden i hovedsak skjedd internt. Det odontologiske personellet har holdt foredrag og hatt undervisning for leger, sykepleiere, logopeder og annet helsepersonell på flere forskjellige avdelinger. Videre har det vært møter med kreftklinikken, klinikken for hjertemedisin og den ortopediske avdelingen for å gi informasjon om hvordan et oralt tilsyn/screening utføres. I 2016 hadde prosjektleder i noen uker også ansvaret for utenlandske legestudenter på hospitering på kjevekirurgisk avdeling.

Én av tannpleierne i prosjektet er ungdomskontakt på kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling. Dette innebærer blant annet at tannpleieren holder innlegg på lærings- og mestringskurs for unge voksne med kronisk sykdom, hvor formålet er å få dem til å oppleve mestring i overgangen fra barn- og ungdom til voksenliv. I tillegg har det

blitt holdt forskjellige foredrag for voksne krefttrammede i form av mestringskurs med fokus på blant annet kosthold, nedsatt matlyst og munn- og tannstell.

I 2017 ble det totalt holdt omtrent 40 timer med foredrag, blant annet et kurs for beinmargstrasplanterte.

Kompetansebygging innad i forsøksordningen

St. Olavs Hospital var ett av de første sykehusene som deltok i forsøksordningen. I løpet av det første året var de ansatte på studieturer til Island og Sverige for å lære mer om sykehusodontologi, og prosjektleder besøkte prosjektlederen i Tromsø for å komme i gang med prosjektet. De påfølgende årene har personellet i prosjektet deltatt på ulike møter og fagdager, blant annet Midt-Norges møte i periodonti og møter med hode- og halskreftforeningene i Oslo og Trondheim. Videre har det vært deltakelse på en rekke forskjellige kurs om blant annet periodonti, protetikk og dental trauma. Til sammen deltok de ansatte i prosjektet på om lag 125 timer med kurs i 2017, samt at tre av de ansatte tok et kurs om forskningsbiobanking ved NTNU. I tillegg avsluttet tannpleieren i 2017 sin videreutdanning innenfor helsefremmende arbeid og tannpleie på 60 studiepoeng.

Forskning og systematisk kunnskapsutvikling

I forsøksordningen ved St. Olavs Hospital har forskning vært en viktig aktivitet, og det har blitt initiert flere forskningsprosjekter i forsøksperioden. TkMN trekkes fram som en viktig samarbeidspartner.

I forskningsprosjektet “Forskjellen mellom oral helse hos Hjerteklaffe- og Ortopediske pasienter” blir det forsøkt å svare på spørsmålet om munnen er en stor infeksjonskilde, som er en generell oppfatning innen medisin. Foreløpige funn viser at hjerteklaffepasienter mye sjeldnere får infeksjoner etter operasjonen enn ortopediske pasienter selv om munnhygien til hjerteklaffepasienter er mye verre enn hos ortopedipasientene.

Et annet forskningsprosjekt, “Kan dårlig oral helse hos Ortopediske pasienter årsake infeksjoner i hofte- eller kne, etter proteseoperasjon?”, fokuserer i enda større grad på ortopedipasientene og odontologisk screening. I prosjektet skal 1000 ortopediske pasienter screenes som basis for studien, hvorav screeningen kom i gang i 2017.

Forskningsprosjektet “Kan tanntrekking, utført i kort tid før hjerteklaffoperasjon, øke sjansen for endokarditt?” baseres på data fra rundt 2000 pasienter og adresserer spørsmål rundt dagens behandlingsstrategi. I prosjektet samarbeides det med TkMN og klinikken for thorax-kirurgi, og i 2017 ble prosjektet forelagt Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for godkjenning.

I tillegg er det flere forskningsprosjekter som er under planlegging. I et prosjekt er det ønskelig å screene slagpasienter for å vurdere munnen som infeksjonskilde for slag, mens i et annet prosjekt skal sammenhengen mellom oral helse og ernæringsstatus undersøkes via å gjennomføre orale undersøkelser på inneliggende pasienter. Sistnevnte prosjekt skal skje i samarbeid med en ernæringsfysiolog på sykehuset.

Samarbeid med eksterne fagmiljøer

Samarbeid med eksterne aktører i behandlingen av pasientene er begrenset på St. Olavs Hospital. En narkosestue med utstyr og anestesilege blir utleid tre dager i uken til DOT og TkMN. En pedodontist fra TkMN har tilkallingsfunksjon på sykehuset med timebetaling og egen tilgang til journalsystemet. Utover det er det etablert et forskningssamarbeid mellom St. Olavs og TkMN.

2.6 Oslo Universitetssykehus (OUS)

Bakgrunn

På Oslo universitetssykehus (OUS) var det etablert flere odontologiske helsetjenester på alle de tre lokasjonene (Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet) før forsøksordningen ble igangsatt, jf. figur 2.11. På Ullevål sykehus er det en relativ stor avdeling for kjevekirurgi og sykehusodontologi hvor det er ansatt leger, oralkirurger, kjeveortopeder, protetikere og allmenntannleger, i tillegg til operasjonssykepleiere og tannhelsesekretærer. Avdelingen er Norges største innen fagområdet maxillofacial kirurgi og foretar all behandling av pasienter som innlegges med brudd og sårskader i ansiktet etter ulykker og skader. Videre leier Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) behandlingsrom to dager i uken for bruk til narkosebehandling av egne pasienter.

På Rikshospitalet finnes det to ulike odontologiske tilbud. Under avdelingen for plastikk og rekonstruktiv kirurgi ligger en odontologisk seksjon med kjevekirurger og kjeveortopeder som stort sett har ansvar for pasienter med leppe-kjeve-ganespalter. Under Øre-nese-hals-avdelingen ligger tann- og kjeveenheten som består av oralkirurger og sykepleiere, som hovedsakelig tar seg av rehabilitering av munn og ansikt og andre følgetilstander etter kreftbehandling, samt screening og eventuell behandling av voksne som skal ha organtransplantasjon.

På Radiumhospitalet, som er Norges ledende kreftsykehus, er det et odontologisk helseteam bestående av oralkirurg, tannlege og tannpleiere i deltidsstillinger. Teamet server hovedsakelig pasienter som får behandling og oppfølging for alle former for kreft ved Radiumhospitalet. De fleste av pasientene som får strålebehandling mot hode-halskreft, får ukentlig tilsyn av tannpleierne.

Utover de sykehusodontologiske helsetilbudene, finnes det et stort tilbud av orale helsetjenester i Oslo og omegn. Antallet privatpraktiserende tannleger er høyt og alle spesialistgrenene innen odontologi er representert, i tillegg til at det ligger et regionalt odontologisk kompetansesenter (TkØ) i Oslo sentrum. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ) er et samarbeid mellom fylkeskommunene Hedmark, Oppland og Østfold, og har totalt 34 ansatte. Kjerneoppgavene er klinisk virksomhet med særskilt fokus på spesialisttannbehandling og forskning, samt veiledning av personell gjennom blant annet kurs og seminarer. I tillegg har kompetansesenteret et eget TOO-team som tilbyr behandling av pasienter med odontofobi (sterk tannlegeangst), overgreps- og torturofre. I Oslo ligger også Det odontologiske fakultet i tillegg til et nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne diagnoser (TAKO-senteret), som ligger på Lovisenberg Diakonale Sykehus, jf. avsnitt 2.5.

Organisering og innretning

Forsøksordningen ble startet på OUS i 2014 med ansettelse av en tannlege i fulltidsstilling og en tannpleier og protetikere i mindre deltidsstillinger. I løpet av 2015 ble stillingsbrøkene økt og en tannhelsesekretær ble ansatt. Bemanningen har siden vært relativt stabil frem til ansettelsen av en pasientkoordinator og en sykepleier i prosjektet i 2018. Sykepleieren hadde tidligere jobbet ved tann- og kjeveenheten. Den totale bemanningen i forsøksordningen utgjorde 4,1 årsverk i 2018, jf. figur 2.11.

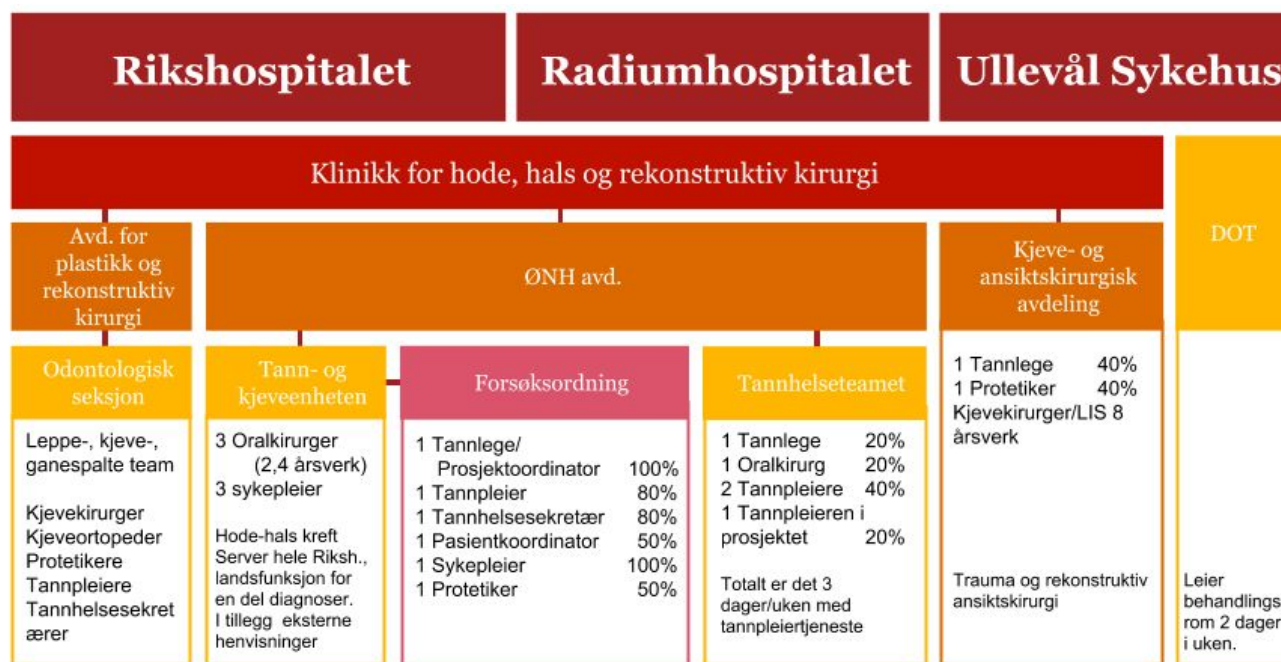
Prosjektet er organisatorisk tilknyttet Tann- og kjeveenheten som ligger under ØNH-avdelingen i Klinikken for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi på OUS. Forsøksordningen har således utvidet det eksisterende tilbudet ved

enheten. Plassmangel på Rikshospitalet har vært en begrensende faktor for forsøksordningen i hele forsøksperioden, og særlig i oppstartsfasen. Prosjektet har fått på plass et behandlingsrom som brukes av tannlegen og protetikeren i prosjektet, og i 2018 begynte ombyggingsarbeid på et arkivrom som skal bli til to nye behandlingsrom.

Forsøksordningen er ikke en egen henvisningsinstans. Henvisninger som omhandler orale problemstillinger, blir mottatt av Tann- og kjeveenheten som vurderer om pasienten har behov for behandling på sykehuset og i så fall hvem som skal behandle pasienten, dvs. oralkirurgene på enheten eller det odontologiske personalet i forsøksordningen.

For å registrere de utførte aktivitetene i prosjektet benytter de ansatte utelukkende journalsystemet Dips på linje med det øvrige helsepersonellet på sykehuset. Her får de ansatte også tilgang til pasientenes sykehusjournaler. I 2017 fikk sykehuset tilgang til en modul for å registrere tannlegetakster i Dips, og har nå mulighet å sende refusjonskrav til Helfo gjennom journalsystemet.

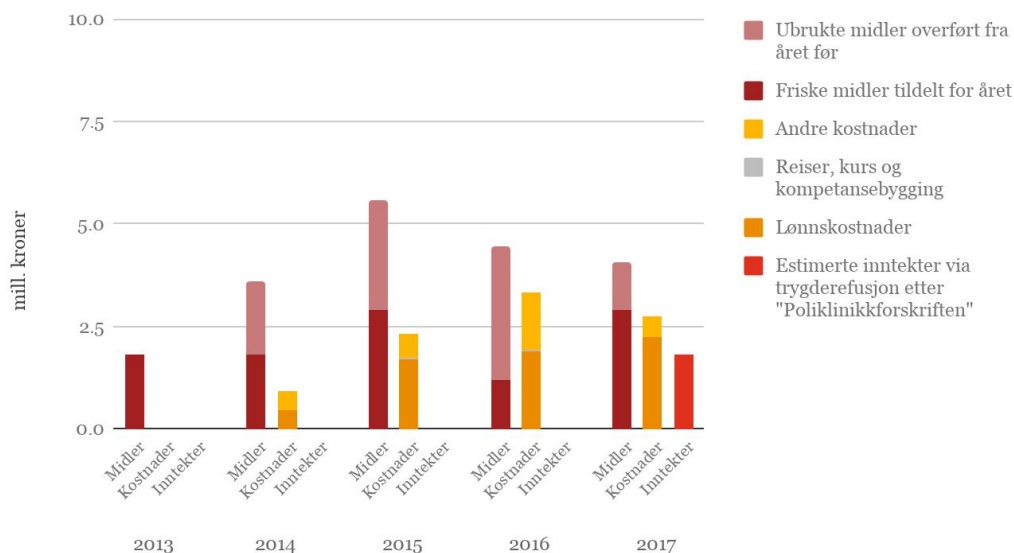
Hovedvirksomheten til det odontologiske personalet i forsøksordningen skjer på Rikshospitalet, mens det er noe aktivitet på Radiumhospitalet. I oppstartsfasen av prosjektet var tannlegen også tilstede på Ullevål sykehus, men dette måtte avsluttes på grunn av organisatoriske utfordringer. I 2018 jobbet protetikeren og tannlegen kun på Rikshospitalet, mens tannpleieren var tilstede både på Rikshospitalet og Radiumhospitalet - tre dager i uken på Rikshospitalet og to dager på Radiumhospitalet, hvorav én er lønnet av forsøksordningen og én av Radiumhospitalet.



Figur 2.11 Organisering av forsøksordningen på OUS

Finansiering

Forsøksordningen ved OUS har totalt mottatt 9 mill. kroner i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Helse Sør-Øst RHF mellom 2014 og 2017. Prosjektet har gått i overskudd hvert år, hvorav ubrukte midler har blitt overført til neste års budsjett, jf. figur 2.12.



Figur 2.12 Inntekter og utgifter i mill. kroner i forsøksordningen på OUS

De årlige kostnadene innenfor forsøksordningen ved OUS har økt siden oppstarten i 2014, og utgjorde 2,8 mill. kroner i 2017. Den største utgiftsposten er lønnskostnader, mens andre utgifter i prosjektet er utstyrsinvesteringer, utgifter til forbruksvarer, tanntekniker og implantater, samt kostnader knyttet til reise, kurs og kompetansebygging. I 2014 utgjorde utstyrsinvesteringer omtrent halvparten av de totale kostnadene, mens fra og med 2015 har utgifter til forbruksvarer, tanntekniker og implantater stått for om lag 90 pst. av alle kostnadene utenom lønn.

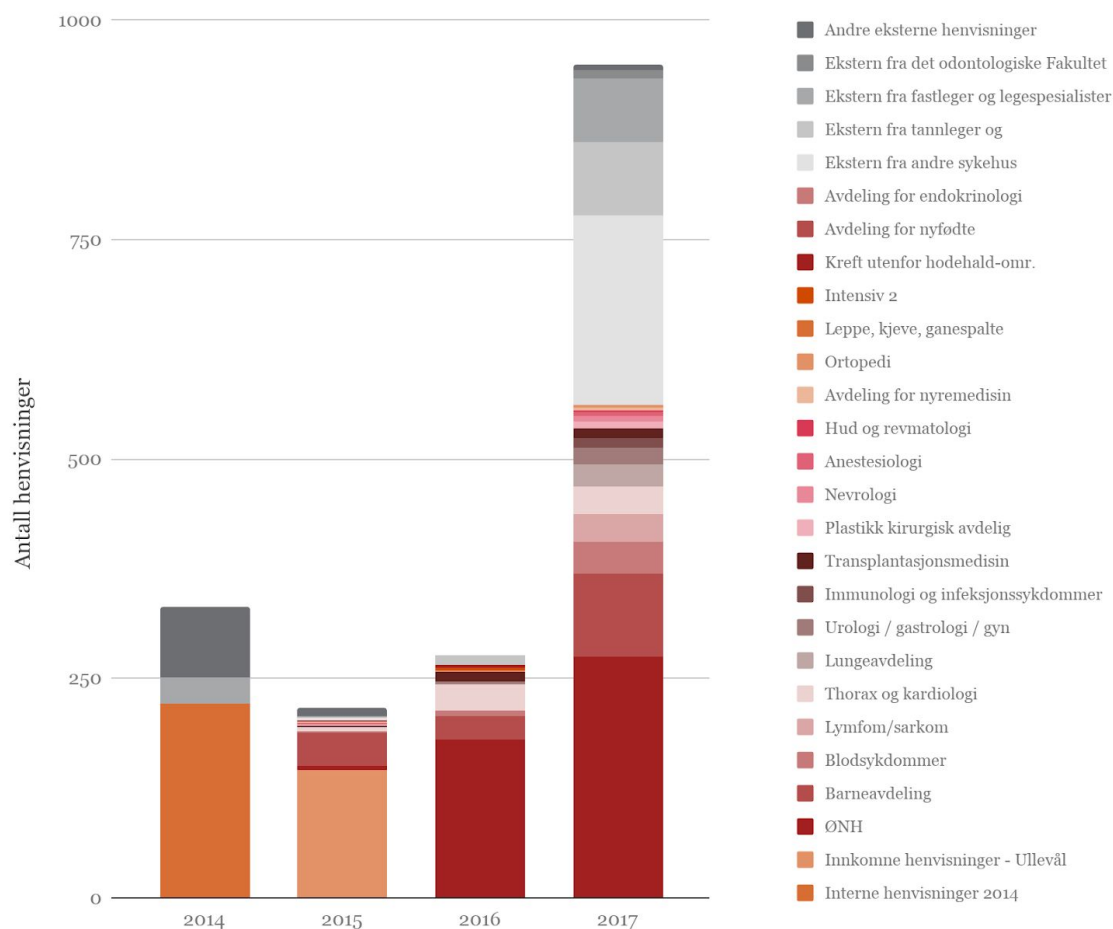
I prosjektet har det ikke vært mulig å generere inntekter gjennom trygderefusjon som følge av manglende funksjonalitet i journalsystemet Dips. Først i andre halvdel av 2017 ble Dips tilrettelagt slik at prosjektet kan generere inntekter via Helfo-refusjon. Prosjektet har kun registrert poliklinisk aktivitet som grunnlag for trygderefusjon, men inntektene kan ikke skilles fra de øvrige inntektene på ØNH-avdelingen. Basert på den polikliniske aktiviteten er det estimert at forsøksordningen kan generere inntekter på om lag 1,8 mill. kroner årlig gjennom trygderefusjon. I tillegg har tannlegen og protetikeren i prosjektet registrert aktiviteter med tilhørende Helfo-takster som i teorien ville ha generert hhv. totalt 2,6 mill. kroner og 2,0 mill. kroner i 2016 og 2017.

Vedrørende behandling av innlagte pasienter har ikke forsøksordningen søkt om trygderefusjon for de utførte aktivitetene eller registrert aktivitetene i DRG-systemet i den innsatsstyrte finansieringen for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten (ISF). Ifølge avdelingen vil ikke virksomheten generere egne ISF-inntekter, men de orale prosedyrene kan øke DRG-vektene for allerede innlagte pasienter ved andre enheter. Dette er vurdert til å omfatte svært få tilfeller og den foreløpige vurderingen er at ISF-inntektene som kan genereres for virksomheten er tilnærmet lik null.

Pasientgrupper

Figur 2.13 viser utviklingen i antall henvisninger som forsøksordningen på OUS har mottatt. Siden prosjektet startet i juni 2014, gjelder henvisningene i 2014 kun for siste halvår, samt at de viser antall pasienter henvist til hele Tann- og kjeveenheten, ikke bare forsøksordningen. Fra og med 2015, gjelder henvisningene kun forsøksordningen, dvs. henvisninger som har blitt mottatt av Tann- og kjeveenheten og videreformidlet til

personellet i prosjektet. Det totale antallet henvisninger har økt betydelig i forsøksperioden, og i 2017 mottok prosjektet i underkant av 1000 henvisninger.



Figur 2.13 Utviklingen i antall henvisninger til forsøksordningen på OUS

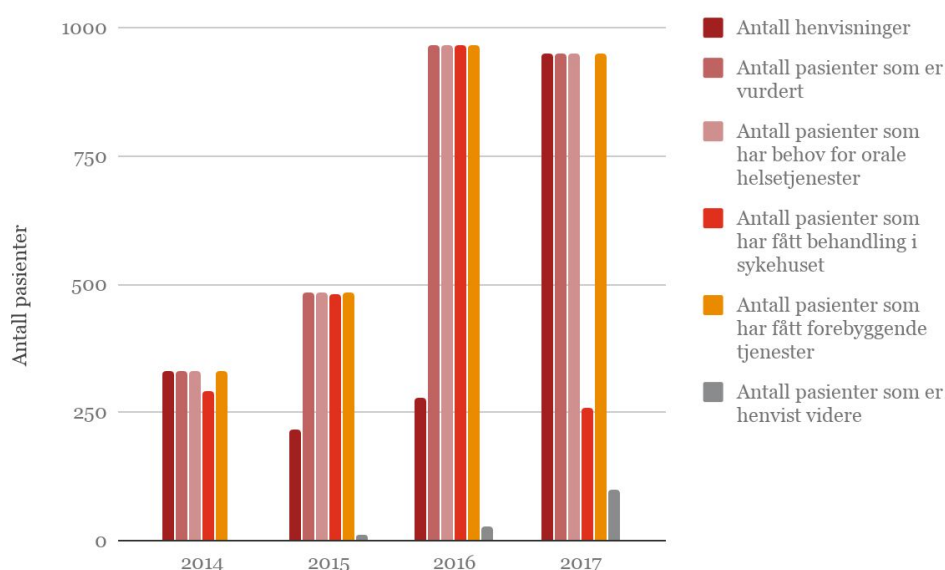
Forsøksordningen på OUS har både mottatt henvisninger fra avdelinger på sykehuset og fra eksterne aktører. Av henvisningene mottatt i 2017, var om lag seks av ti interne. En stor henvisningsinstans internt på sykehuset er ØNH-avdelingen som henviser pasienter med kreft i hode-hals-regionen. I 2017 stod avdelingen for halvparten av alle de interne henvisningene. En annen stor avdeling er barneavdelingen som henviser pasienter med kreft og hjertefeil, og i 2017 stod de for om lag 17 pst. av alle internhenviste pasienter. Fra den kardiologiske avdelingen blir det henvist pasienter som bl.a. skal gjennomgå åpen hjertekirurgi. Videre tilses pasienter med blodsykdommer, lymfom eller sarkom, lungesykdommer etc.

Vedrørende eksterne henvisninger, ble det registrert i underkant av 400 i 2017, hvorav mer enn halvparten kom fra andre sykehus. Resten av de eksterne henvisningene kom i hovedsak fra fastleger, legespesialister og det odontologiske fakultetet på Universitetet i Oslo. De fleste av de eksternt henviste pasientene er henvist til ØNH-avdelingen ved Rikshospitalet for utredning og behandling av kreft. Personalet i forsøksordningen undersøker og behandler disse pasientene i startfasen av pakkeforløpet, men henvisningene blir registrert som eksterne i journalsystemet selv om pasientene er under behandling ved ØNH-avdelingen. Hvis pasientene

senere i behandlingsforløpet blir henvist til f.eks. tannpleier eller protetiker i forsøksordningen, blir dette registrert som intern henvisning fra ØNH-avdelingen.

Alle pasientene som har blitt henvist til forsøksordningen, har blitt vurdert av det odontologiske personellet i forsøksordningen, dvs. at pasientene har kommet til konsultasjon for en undersøkelse og eventuell utredning, jf. figur 2.14. Dette skyldes i hovedsak at henvisningene har blitt vurdert og godkjent av Tann- og kjeveenheten før de har blitt videresendt til forsøksordningen. Av pasientene som har blitt vurdert, har alle hatt behov for orale helsetjenester, som innebærer en eller annen form for veiledning av odontologisk helsepersonell. I tillegg har alle pasientene mottatt forebyggende behandling, dvs. at pasientene har mottatt informasjon og veiledning.

Av pasientene som hadde behov for behandling, ble alle pasientene som fikk noen form for profylaktisk behandling de første tre årene, dvs. at pasientene ble undersøkt og informert om behov for utredning og hva som må gjøres med dette, rapportert som pasienter som fikk behandling i sykehuset. Antall behandlede pasienter er dermed omtrent like stort som antall vurderte pasienter i disse årene. I 2017 ble derimot pasienter som hadde kommet inn minst to ganger, rapportert som behandling i sykehuset. Dette utgjorde om lag en tredjedel av alle henviste pasienter i 2017. Antall pasienter som har blitt henvist til andre instanser har økt over tid, og i 2017 utgjorde de om lag 10 pst. av alle henvisningene. Tallene er trolig underrapporterte som følge av manuell telling. Pasienter ble i all hovedsak henvist til Den offentlige tannhelsetjenesten.



Figur 2.14 Henvisninger og behandlinger i forsøksordningen på OUS

¹ “Antall henvisninger” er definert som antall henvisninger som har blitt videreført til prosjektet fra tann og kjeveenheten som mottar alle henvisninger. Dvs. utelukkende godkjente henvisninger.

“Antall pasienter som er vurdert” er definert som pasienter som kommer til konsultasjon for en undersøkelse og eventuell utredning.

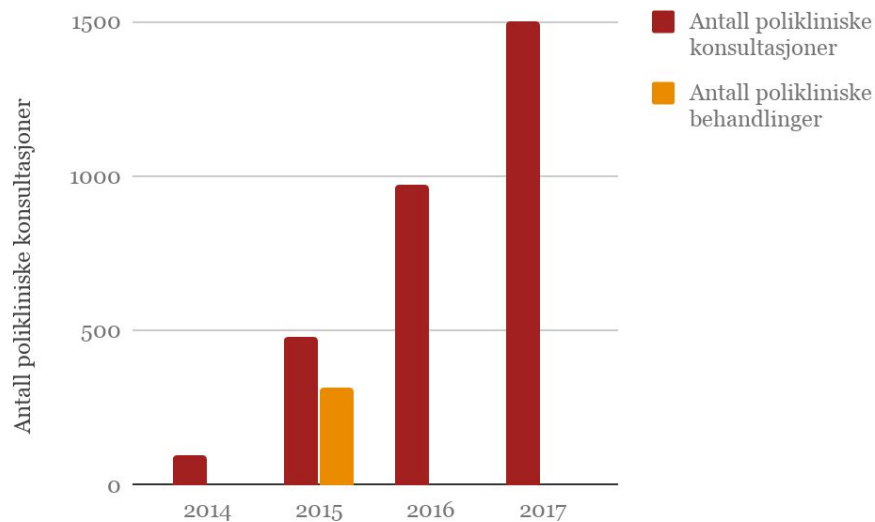
“Antall pasienter som har behov for orale helsetjenester” er definert som alle pasienter som har behov for en eller annen form for veiledning av oralt helsepersonell.

“Antall pasienter som har fått behandling i sykehuset” er siden 2017 definert som pasienter med behov for behandling utover den forebyggende behandlingen som de mottar ved første konsultasjonen. Frem til 2016 inkluderte definisjonen pasienter som hadde mottatt informasjon og veiledning som tilsvarer tilnærmet alle vurderte pasienter.

“Antall pasienter som har fått forebyggende tjenester” er definert som pasienter har mottatt informasjon og veiledning angående deres orale helse.

“Antall pasienter som er henvist videre” omfatter henvisninger til private allmenntannleger, tannleger i den offentlige tannhelsetjenesten, private tannlegespesialister, odontologiske kompetansesentre eller et tilrettelagt tannhelsetilbud.

Ved OUS har det i tillegg blitt rapportert antall polikliniske konsultasjoner som har blitt gjennomført av personellet i forsøksordningen. Som figur 2.15 viser har antallet økt betydelig over tid og i 2017 ble det gjennomført om lag 1500 konsultasjoner.



Figur 2.15 Antall polikliniske konsultasjoner utført av personell i forsøksordningen på OUS

Den største pasientgruppen i forsøksordningen ved OUS er voksne pasienter med kreft i hode-halsområdet. Disse pasientene starter som regel sin behandling på Rikshospitalet der det blir gjennomført en preradiologisk undersøkelse som en del av pakkeforløpet for kreftpasienter. Undersøkelsen blir normalt gjennomført av en oralkirurg fra Tann- og kjeveenheten eller tannlegen i forsøksordningen, avhengig av hvem som har kapasitet. Protetikeren i prosjektet kan også delta i vurderingene og blant annet gi informasjon om hvilke tenner som kan være kritisk å beholde for å senere kunne feste proteser i. Selve behandlingen blir gjennomført av en oralkirurg fra Tann- og kjeveenheten. Under strålebehandling får pasientene tilbud om rens, sår- og lindrende behandling. Dette utføres av tannpleierne ansatt på ett av sykehusene eller i forsøksordningen. Etter at strålebehandlingen er avsluttet, følges pasientene opp av protetikeren i forsøksordningen. I rehabiliteringsfasen blir bl.a. implantater og proteser fremstilt og tilpasset pasienten.

Andre voksne pasienter behandles i stor grad for infeksjoner i munnhulen før oppstart av noen typer medisinsk behandling. Det handler i stor grad om pasienter som skal gjennomgå kreftbehandlinger, stamcelletransplantasjoner, organtransplantasjoner eller hjerteoperasjoner. Undersøkelse av pasientene for infeksjon i munnhulen blir gjennomført av tannpleier eller tannlege i prosjektet og hvis nødvendig sanerer tannlegen infeksjoner. Dette utgjør rundt 70 pst. av tannlegens polikliniske tid.

OUS behandler hvert år ca. 70-80 barn med kreft og har landsfunksjon for behandling av barn med hjertefeil og blødningssykdommer. Forsøksordningen inngår i behandlingen ved å gi tilsyn, dvs. undersøke og vurdere behovet for oral behandling, og veiledning før operasjoner og oppstart av kreftbehandling. Siden den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) har ansvar for behandling av alle barn under 18 år er det ønskelig at de utfører behandlingen av barna. Når ikke det lar seg gjøre eller når det er behov for generell anestesi, blir behandlingen utført på sykehuset av odontologisk helsepersonell i forsøksordningen, og det blir forsøkt å samkjøre tannbehandlingen med andre behandlinger der pasienten må bli lagt i narkose. I 2017 ble det gjennomført 18 tannbehandlinger i narkose som inkluderer eksternt henviste pasienter fra DOT.

Informasjonsspredning og opplæring av ikke-odontologisk personell

Opplæring av ikke-odontologisk personell ved OUS har i stor grad vært rettet mot leger, sykepleiere og farmasøyter med fokus på bivirkninger i munnhulen og undervisning i munnstell for pasienter under kreftbehandling. Det har blitt holdt foredrag og undervisning i totalt rundt 5 timer hvert år. I tillegg har det blitt utarbeidet informasjonsmateriell i form av brosjyrer om tann- og munnstell, informasjon om produkter samt en oppdatering av informasjonsheftet om stråling og kjemoterapi.

Kompetansebygging innad i forsøksordningen

Ved OUS har personellet i forsøksordningen deltatt på kurs, seminarer og hospitering siden oppstarten av prosjektet. Tannlegen har deltatt på ulike kurs, hvorav en stor del av kursene var organisert av Oslo Tannlegeforening. Tannpleieren har deltatt på ulike kurs om blant annet periodontale sykdommer og traumer i det permanente tannsettet, samt hospitert ved Haukeland universitetssykehus. Protetiker og tannhelsesekretæren har også deltatt på noen av kursene sammen med tannlegen og tannpleieren. I 2017 deltok de ansatte i forsøksordningen til sammen på om lag 90 timer med kurs og foredrag.

Forskning og systematisk kunnskapsutvikling

Ved OUS har prosjektet satt i gang med en systematisk klinisk undersøkelse av innlagte pasienter ved utvalgte avdelinger. Dette blir gjennomført ved at tannlegen og tannpleieren besøker hver avdeling ukentlig i en viss periode og utfører kliniske undersøkelser på sengeposten. Undersøkelsene vil gi innblikk i hvordan behovet for orale helsetjenester er ved hver avdeling. Den første besøkte posten var sengeposten i ØNH-avdelingen der tannpleieren ga ukentlig systematisk tilsyn av innlagte pasienter i 2016. Samme år ble det også igangsatt tannpleiertilsyn og registrering av orale diagnoser og andre orale funn av innlagte barnepasienter på kreftavdelingen. Tilsynet innebærer utfylling av et screeningsskjema etter at pasienten og/eller foresatte har gitt skriftlig samtykke. I 2017 ble det på lik linje gjennomført screening av 65 innlagte barn på barnemedisinsk sengepost. I tillegg har det vært samtaler om et samarbeidsprosjekt med Lovisenberg diakonale sykehus for å se nærmere på slagpasienter.

Samarbeid med eksterne fagmiljøer

Prosjektet har lite samarbeid med eksterne aktører. Den offentlige tannhelsetjenesten leier behandlingsrom på Ullevål sykehus to dager i uken. Med TkØ foregår det ikke noe samarbeid.

2.7 Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS)

Bakgrunn

Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) er et lokalsykehus for flere bydeler i Oslo med ansvar for indremedisin og psykisk helsevern, inkludert øyeblikkelig hjelp. Bydelene som sokner til LDS ligger i indre Oslo øst, og omtrent halvparten av aktiviteten ved sykehuset skjer innenfor psykisk helsevern.

Ved LDS ligger TAKO-senteret (TAnnhelseKOmpetansesenteret) som er et nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne medisinske tilstander (SMT). Senteret ble etablert i 1993 og har ansatt flere spesialister innen forskjellige fagområder. Hovedaktivitetene er behandling av sjeldne orale diagnoser, forskning og videreformidling av kunnskap til befolkningen. Tilknyttet TAKO-senteret er sykehustannklinikken som ble etablert i 2006. Klinikken består av én tannlege, én tannpleier og én pasientkoordinator, som tilbyr tannhelsetjenester til pasienter som har en alvorlig psykiske lidelse kombinert med rusavhengighet. I tillegg tar de imot medisinske risikopasienter. Til sykehustannklinikken er det tilknyttet en kandidat (tannlege og lege) i halv stilling, som er tatt opp på utdanningen i multidisiplinær odontologi i Tromsø.

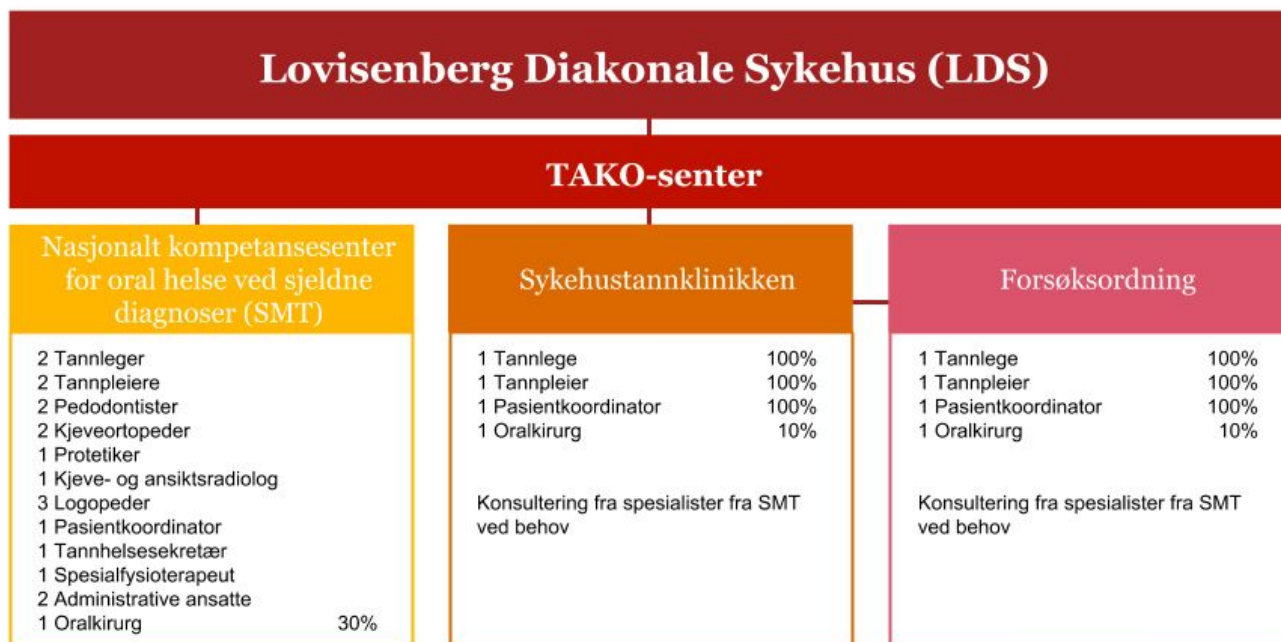
Organisering og innretning

Lovisenberg Diakonale Sykehus ble med i forsøksordningen i 2014, hvor valget om å søke prosjektmidler var preget av at det allerede var etablert et odontologisk miljø ved sykehuset. Ved oppstart ble det ansatt en tannlege og en tannpleier og året etter ble teamet utvidet med en pasientkoordinator. Siden 2017 har også en oralkirurg vært knyttet til prosjektet, ved at vedkommende har delt arbeidstiden mellom det nasjonale kompetansesenteret, tannklinikken og forsøksordningen. Den totale bemanningen utgjorde 3,1 årsverk i 2017, jf. figur 2.16.

Organisatorisk har prosjektet vært tilknyttet sykehustannklinikken, hvor det odontologiske helsepersonellet har blitt doblet med forsøksordningen. Klinikken mottar alle henvisninger om oral behandling på sykehuset, og fordeler pasientene på de ansatte i prosjektet og klinikken. Fysisk er prosjektet samlokalisert med klinikken og SMT-senteret og ligger i etasjen over ØNH-avdelingen. De ansatte i forsøksordningen disponerer ett eget behandlingsrom og deler kontor- og pauserom med øvrig odontologisk helsepersonell.

Forsøksordningen benytter to journalsystemer; Dips og Opus. Dips benyttes av samtlig helsepersonell på sykehuset og er således viktig for samhandling og kommunikasjon med andre på sykehuset, mens Opus er bedre egnet til å journalføre orale behandlinger, samt at Opus gir muligheten til å kreve trygderefusjon. I praksis blir all aktivitet dobbeltført. Interne henvisninger blir mottatt i Dips og manuelt lagt inn i Opus, mens behandlinger blir journalført i Opus og deretter manuelt lagt inn i Dips.

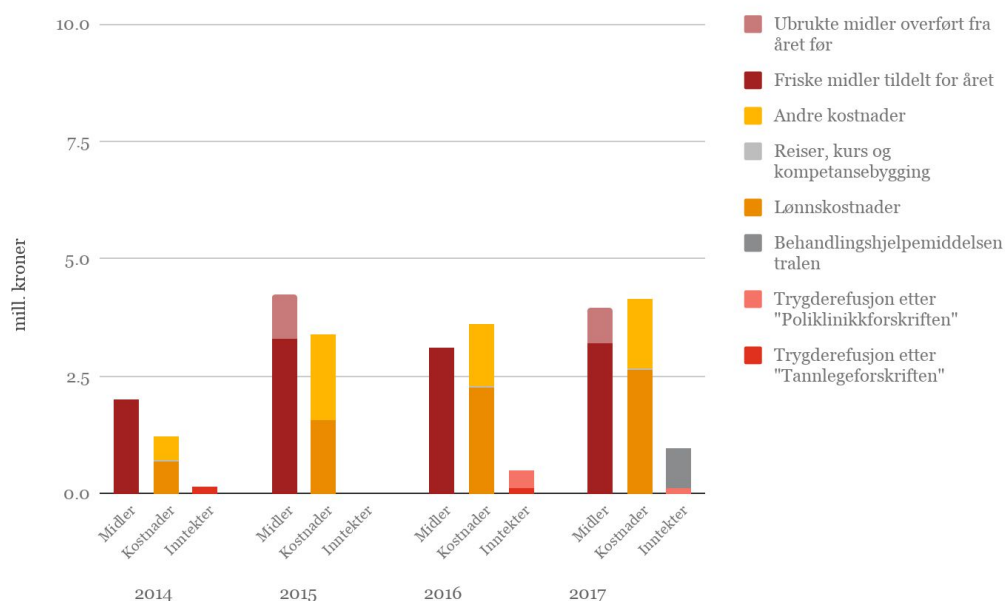
Utover samarbeidet innad i TAKO-senteret, har forsøksordningen enkelte faste møtepunkter med andre avdelinger på sykehuset. Siden 2017 har tannpleieren deltatt i tverrfaglige møter på sykehuspostene tre ganger i uka. I disse forumene deltar sykepleiere, ernæringsfysiologer, leger, ergoterapeuter, logopeder, sosionomer og sykehusprest og vurderer pasientene sammen.



Figur 2.16 Organisering av forsøksordningen på LDS i 2018

Finansiering

Forsøksordningen på Lovisenberg Diakonale Sykehus har totalt fått tildelt 11,6 mill. kroner i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Helse Sør-Øst RHF mellom 2014 og 2017, jf. figur 2.17. Prosjektet har ikke benyttet alle de tildelte midlene hvert år, og ubrukte midler et år har blitt overført til påfølgende år.



Figur 2.17 Inntekter og utgifter i mill. kroner i forsøksordningen på LDS

Kostnadene i forsøksordningen har økt for hvert år, og i 2017 tilsvarte de totale kostnadene 4,1 mill. kroner. Utgifter til lønn har utgjort omtrent to tredjedeler av kostnadene, mens andre kostnader har i hovedsak bestått av forbruksvarer og kostnader knyttet til IKT, administrasjon, oppvarming m.m. Lønnskostnadene har økt med økt bemanning i prosjektet, mens det har vært mindre svingninger i andre kostnader over tid. I 2015 ble det foretatt en større investering i utstyr som trakk opp andre driftskostnader.

Forsøksordningen har generert noe inntekter gjennom trygderefusjon etter "Tannlegeforskriften" og "Poliklinikkforeskriften", jf. figur 2.17. I 2017 ble det i tillegg generert refusjonsinntekter fra Behandlingshjelpemiddelsentralen. Aktiviteten i prosjektet har ikke blitt registrert gjennom det aktivitetsbaserte bevilgningssystemet (ISF) ettersom DRG-kodene i ISF-systemet ikke er dekkende for behandlinger utført av oralt helsepersonell.

En viktig gruppe er pasienter med psykiske lidelser med eller uten samtidig rusproblem. Disse har ofte store somatiske utfordringer som også er knyttet til tannhelse. Pasientene blir undersøkt og behandlet når de er under oppfølging og behandling på sykehuset for sin diagnose. En annen spesielt utfordrende gruppe er mennesker med sammensatt og langvarig somatisk sykdom. Disse pasienter har som regel nedsatt evne til egenomsorg og tannhelsen blir ofte ikke godt nok ivaretatt. Spesielt eldre pasienter med underernæring har ofte svært dårlig oral helse. For pasienter med søvnapné eksisterte det et tilbud om tilpassing og fremstilling av søvnapnéskinner fram til 2017.

Pasientgrupper

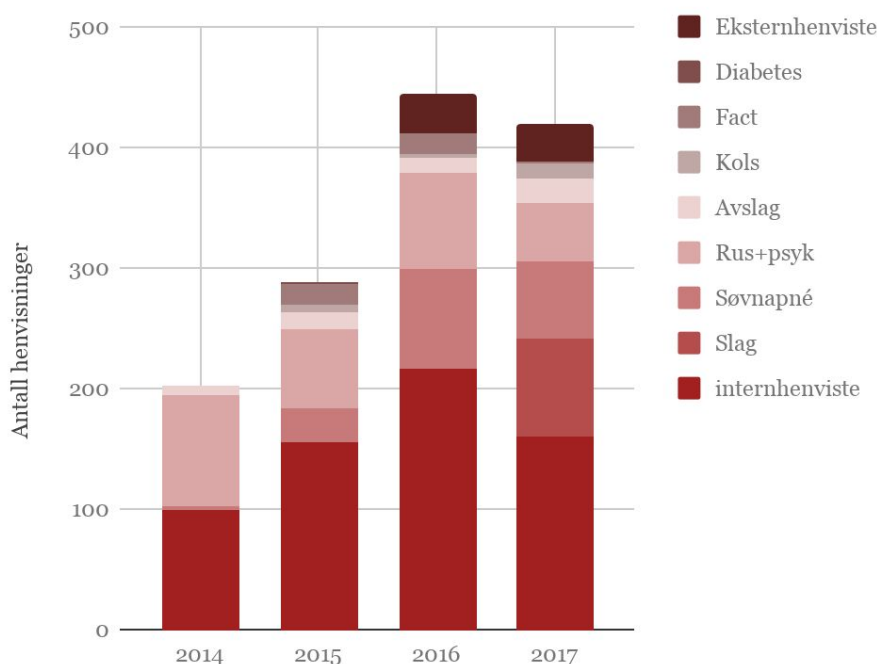
Figur 2.18 gir en oversikt over henvisningene mottatt av forsøksordningen ved LDS. Siden oppstart i 2014 har antall henvisninger fordoblet seg og i 2017 mottok prosjektet totalt 420 henvisninger. Ettersom sykehusklinikken allerede hadde etablert et tilbud for pasienter med dobbeltdiagnose innenfor rus og psykiatri, ble aktiviteten i forsøksordningen rettet mot pasienter som var under behandling for somatiske sykdommer. Samtidig, når om lag halvparten av aktivitetene på sykehuset er innenfor psykisk helsevern og mange pasienter har erfaring med rusproblemer, reflekteres dette i pasientgruppene i forsøksordningen.

En stor del av henvisningene til forsøksordningen kommer fra tre interne poster på sykehuset. Fra post 6 henvises pasienter med infeksjoner som endokarditt og gastromedisinske lidelser, mens fra post 7 henvises pasienter med andre typer infeksjoner, kreft, kols, pleuratapping, ascites osv. Fra post 8 henvises i hovedsak pasienter med hjerneslag, hjertesvikt, ustabil angina eller akutt funksjonssvikt. I 2017 var fire av ti henvisninger fra disse postene.

To store enkeltgrupper som har vært henvist til forsøksordningen, er pasienter med dobbeltdiagnoser innen rus og psykiatri og søvnapnépasienter. I 2017 ble det også henvist mange slagpasienter til prosjektet ift. med en systematisk kartlegging av behovet for orale helsetjenester blant ulike pasientgrupper. Til sammen utgjorde disse tre pasientgruppene omtrent halvparten av alle henvisningene i 2017.

Andre enkeltgrupper som har vært henvist til prosjektet er pasienter med kols og diabetes, som til sammen utgjorde om lag 5 pst. av henvisningene i 2017. Enkelte henvisninger kommer også fra FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) i Lovisenberg sektor. FACT-teamene tilbyr fleksibel aktivt oppsøkende behandling for innbyggere med alvorlig psykisk lidelse og eventuelt rusproblemer.

I de senere årene har forsøksordningen også mottatt en del henvisninger fra eksterne aktører. I hovedsak gjelder det fastleger, tannleger, andre sykehus, miljøarbeidere og psykologer utenfor sykehuset. I 2017 utgjorde de eksterne henvisningene om lag 8 pst.

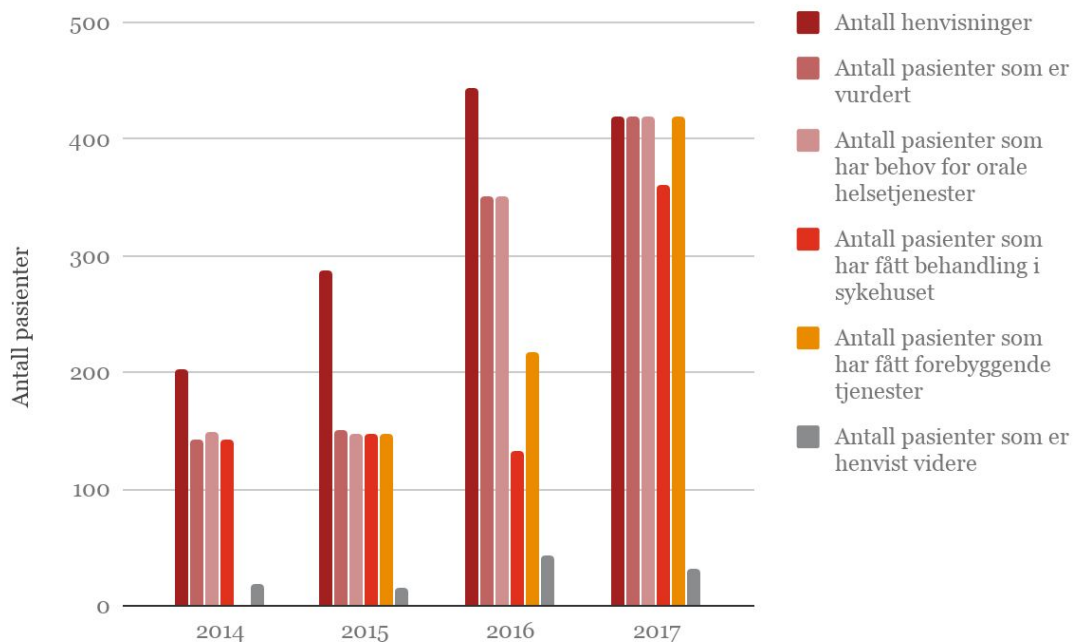


Figur 2.18 Utviklingen i antall henvisninger til forsøksordningen på LDS

Av pasientene som har blitt henvist til forsøksordningen, viser innrapporterte tall fra LDS stor variasjon i hvor mange som har blitt vurdert, jf. figur 2.19. Mens om lag syv av ti henviste pasienter ble vurdert i 2014, falt andelen til fem av ti i 2015, mens i 2017 ble alle henviste pasienter vurdert av personalet i forsøksordningen. Variasjonen kan skyldes avvik i rapporteringen fra sykehuset.

Av pasientene som har blitt vurdert i forsøksordningen, har alle hatt behov for orale helsetjenester. På LDS har pasienter som har hatt behov for orale helsetjenester vært (1) pasienter som er henvist/innlagt ved sykehuset med tverrfaglig problemstilling og behov for odontologisk kompetanse og spesiell tilrettelegging eller (2) pasienter der den odontologiske behandlingen er nødvendig for å opprettholde eller bedre den generelle helsetilstand.

Andelen pasienter som har fått behandling på sykehuset har imidlertid variert fra år til år. Mens bortimot alle som hadde behov for orale helsetjenester fikk behandling av forsøksordningen på sykehuset i 2014 og 2015, falt andelen til fire av ti i 2016, og økte til åtte av ti i 2017. Antall pasienter som har fått forebyggende behandling i forsøksordningen har holdt seg mer stabil over tid, og i 2017 mottok alle pasientene forebyggende behandling. Antall pasienter som er henvist videre til privatpraktiserende eller fylkeskommunale tannleger er lavt sammenlignet med antall vurderte pasienter.



Figur 2.19 Henvisninger og behandlinger i forsøksordningen på LDS¹

¹ “Antall henvisninger” er definert som antall henvisninger som kommer inn til tannteamet som henvisningsinstans.

“Antall pasienter som er vurdert” er definert som alle henviste pasienter som tannteamet har tatt stilling til.

“Antall pasienter som har behov for orale helsetjenester” er definert som alle pasienter som er henvist fra annet helsepersonell med det de har vurdert som et munnhelseproblem.

“Antall pasienter som har fått behandling i sykehuset” er definert som alle pasienter tannteamet har sett på og som fysisk er

gitt en form for behandling etter at henvisning er vurdert. Det vil si alle henviste pasienter bortsett fra avviste pasienter, pasienter som er skrevet ut før tannteamet har rukket å sett på dem eller som tannteamet har henvist videre.

“Antall pasienter som har fått forebyggende tjenester” er definert som pasienter som har fått forebyggende behandling av tannpleier.

“Antall pasienter som er henvist videre” omfatter henvisninger til annet odontologisk helsepersonell, private tannleger eller offentlige tannklinikker.

I forsøksordningen utføres i stor grad all tannbehandling av tannlegen. Det innebærer både konserverende tannbehandling og tanntrekking. I tillegg har tannlegen hovedansvaret for rehabilitering sammen med tannpleieren. Oralkirurgen har hovedansvaret for evt. beinoppbygging, innsetting av implantater m.m. Tannpleieren gir i hovedsak forebyggende behandling til pasientene, som innebærer blant annet rens og munnstell, og ser til mindre oppgaver, som f.eks. løse proteser.

Informasjonsspredning og opplæring av ikke-odontologisk personell

De ansatte i forsøksordningen ved LDS har holdt kurs og seminarer ved forskjellige avdelinger på sykehuset, der kursene er rettet både mot pasienter og ansatte ved avdelingene. I tillegg har det blitt holdt en del undervisning og foredrag til studenter innenfor tannhelsefaget og personell ved andre helsesentre. I 2017 ble det holdt totalt 51 timer med undervisning, seminarer og foredrag.

I prosjektet er det også utarbeidet informasjonsmateriell tilpasset de ulike pasientgruppene på sykehuset. For eksempel har det blitt laget brosjyrer om munntørrehet, bruk av proteser og forebygging av erosjoner og karies.

Videre har det blitt laget et bildekartotek med oversikt over orale slimhinnelidelser for bruk i internundervisning på sykehuset. I samarbeid med de andre forsøkssykehusene har det også blitt utarbeidet brosjyremateriell rettet mot kreftpasienter som skal strålebehandles i hode-hals-regionen og til tannleger som behandler disse pasientene.

Kompetansebygging innad i forsøksordningen

De ansatte i forsøksordningen ved LDS har deltatt på forskjellige tiltak for å heve kompetansen. Årlig har de deltatt på interne og eksterne kurs, foredrag og konferanser, f.eks. Midt-Norge-konferansen i 2015 og årsmøter av diverse odontologiske foreninger. Temaer på de ulike kursene har blant annet vært medikamentbruk innenfor psykiatrien, bruk av visiquick røntgen-program, DIPS diagnosekoder og hvordan man kan være kunnskapsrik og trygg i møte med minoritetsspråklige familier. I 2017 deltok tannlegen, tannpleieren og pasientkoordinatoren på omtrent 160 timer med kurs, foredrag og konferanser. I tillegg har tannlegen siden 2017 ansvar for verneombudsoppgaver og deltok i dette sammenheng på rundt 70 timer med møter, kurs og hospitering, samt at tannpleieren har fullført en treårs videreutdanning i helsefremmende arbeid i forsøksperioden.

Forskning og systematisk kunnskapsutvikling

I forsøksordningen på LDS har det blitt initiert flere forskningsprosjekter i forsøksperioden. I 2014 ble det påbegynt et prosjekt om søvnapné og refluks, hvor det undersøkes hvorvidt refluks reduseres hos pasienter med søvnapnéskinne og prevalensen av temporomandibulær dysfunksjon (TMD) blant søvnapnépasienter. Prosjektet foregår i samarbeid med ØNH-klinikken på LDS og det odontologiske fakultet på Universitetet i Oslo. I 2016 ble det i tillegg påbegynt et prosjekt for å skaffe statistikk rundt skinnebehandling av søvnapné.

Et annet prosjekt som startet i 2015, omfattet undersøkelser av pasienter i FACT-teamene. Målet med prosjektet var å beskrive tannhelsen hos psykiatripasienter i Gamle Oslo og avdekke deres behov. Prosjektet sluttet i 2016 da pasientene etter hvert fikk et kommunalt tilbud.

I 2016 ble det igangsatt et forskningsprosjekt rundt slagpasienter. I prosjektet blir pasienter som er innlagt etter hjerneinfarkt, screenet av odontologiske helsepersonell og bedt om å fylle ut et spørreskjema. Etter seks måneder blir pasientene kalt inn igjen for ny screening og de må fylle ut det samme spørreskjemaet. Det innsamlede datamateriale vil så bli sammenlignet for å undersøke om det skjer en endring i munnhelsen i dette tidsintervallet og om det kobles til hjerneinfarkten.

Samarbeid med eksterne fagmiljøer

Samarbeid med eksterne aktører er begrenset i forsøksordningen ved LDS. Prosjektet henviser pasienter med rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten til DOT i Oslo, samt henviser videre til private tannleger der de ser at tannbehandling lar seg gjennomføre i førstelinjetjenesten.

LDS og TKØ har samarbeidet om en artikkel for å spre kunnskap om TOO-tilbudet og belyse kompleksiteten av å gi tannbehandling i narkose til pasienter med psykiatriske utfordringer. Artikkelen ble publisert i tannlegeforeningens Tidende. LDS og TKØ har også samarbeidet om enkelte pasienter med behov for tannbehandling i narkose, og TKØ har etterhvert tilrettelagt for et eget narkosetilbud utenfor sykehuset.

2.8 Haukeland Universitetssykehus, Bergen (HUS)

Bakgrunn

Haukeland universitetssykehus (HUS) er et av få norske sykehus som har hatt odontologisk personell over lengre tid. En stilling som sykehustannlege ble opprettet allerede i 1983, og det eksisterer en egen tannklinikk som er samlokalisert med den kjevekirurgiske avdelingen under Klinik for hode og hals. Tannklinikken blir drevet av Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) og er formelt forankret i Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland (TkVest/Hordaland). Den er bemannet med tannleger, tannpleiere og en tannhelsesekretær og driftes som en egen instans. De ansatte i tannklinikken har mindre bistillinger i helseforetaket for å sikre tilgang til sykehusets journalsystemer og til en viss grad ivareta inneliggende pasienter. Ved Kjevekirurgisk avdeling var det ansatt tre kjevekirurger i fulltidsstillinger og flere bistillinger før forsøksordningen ble etablert.

Personellet ved avdelingen gjennomfører oralscreening og nødvendig behandling av pasienter før de gjennomgår organtransplantasjoner, større hjertekirurgi, høydose cellegiftbehandling eller strålebehandling i hode-halsområdet. Pasienter som får problemer i munnhulen under kreftbehandling får tilsyn av tannlege og tannpleier ved tannklinikken, som også gir forebyggende behandling. I tillegg utføres det akuttbehandling på inneliggende pasienter og protetiske rekonstruksjoner av munn og ansikt blir utført. Videre drives det undervisning av annet helsepersonell internt på sykehuset.

I Bergen er også Tannhelsetjenestens kompetansesenter vest/Hordaland (TkVest/Hordaland) som er tilknyttet Hordaland fylkeskommune, lokalisert. Kompetansesenteret har spesialistkompetanse innenfor ulike tannhelsefag og driver med forskning, etterutdanning og fagstøtte til tannhelsepersonell, samt klinisk praksistrening for tannleger under spesialisering i samarbeid med Universitetet i Bergen (UiB). I tillegg finnes det et spesialteam for leppe-, kjeve-, ganespalte, et senter for odontofobi og et team for tortur- og overgrepsofre. Videre ligger Institutt for klinisk odontologi (IKO) på Universitetet i Bergen, hvor det drives forskning og utdanning av tannpleiere, tannleger og tannlegespesialister.

Organisering og innredning

Forsøksordningen ved HUS begynte i 2015, hvor det ble ansatt prosjektleder, tannlege, pedodontist, oralkirurg, avdelingssykepleier og pasientkoordinator med utdanning som både tannpleier og sykepleier, fordelt på til sammen to årsverk. Siden 2016 er det i tillegg ansatt to tannpleiere i fulltidsstillinger og i 2017 ble teamet videre utvidet med en kjeveortoped og en forsker i mindre deltidsstillinger. I 2017 utgjorde bemanningen totalt 4,5 årsverk, jf. figur 2.20. De fleste ansatte i forsøksordningen kombinerer deltidsstillingene med stillinger ved UiB, Den offentlige tannhelsetjenesten, TkVest/Hordaland eller ved helseforetaket.

Organisatorisk har forsøksordningen vært tilknyttet den kjevekirurgiske avdelingen på Klinik for hode og hals, hvor tannklinikken også var lokalisert fra før. Prosjektet bidro således med å styrke det eksisterende odontologiske tilbudet på avdelingen. I startfasen var det utfordringer knyttet til oppbygging av et nytt tilbud ved siden av tannklinikken mtp. fordeling av pasienter og finansiering, men etterhvert ble det etablert gode rutiner med fordeling av ansvar og pasienter. I løpet av forsøksperioden ble det opprettet ett ekstra behandlingsrom i poliklinikken og ett behandlingsrom i barneklirikken som forsøksordningen har disponert. Utover forsøksordningen og tannklinikken, finnes det tannleger på lungeavdeling som jobber med tilpassing og fremstilling av søvnapnéskinner.

De ansatte i forsøksordningen bruker journalsystemet Dips på lik linje med øvrig helsepersonell på sykehuset. I tillegg har de fått tilgang til journalsystem Opus for å samarbeide med tannklinikken som kun benytter dette systemet. Journalsamarbeidet reguleres av en egen avtale mellom fylkeskommunen og helseforetaket.

Forsøksordningen ved HUS er en egen henvisningsinstans med innboks i journalsystemet Dips. Likevel rapporterer prosjektet at det er relativt tilfeldig om henvisningene havner i innboksen til forsøksordningen eller i innboksen til avdelingen eller tannklinikken. Henvisninger blir videresendt internt til riktig instans på avdelingen.

Deler av personellet i forsøksordningen deltar på faste ukentlige møter på sykehuset. En av tannpleierne deltar på ukentlige tverrfaglige møter på barneklubben med overleger og sykepleiere fra barneklubben.



Figur 2.20 Organisering av forsøksordningen på HUS i 2018

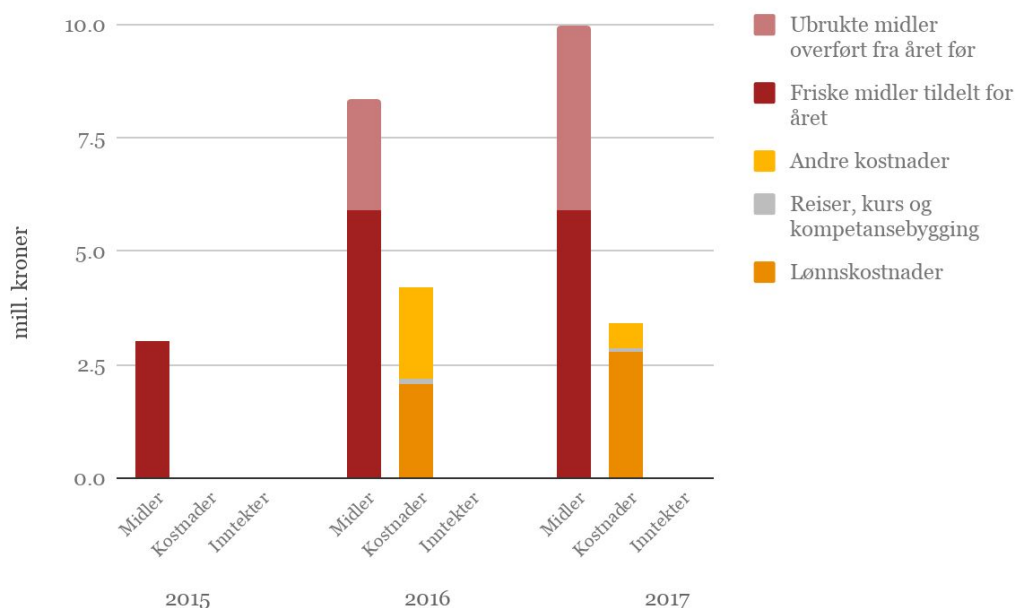
Finansiering

Forsøksordningen på LHaukeland universitetssykehus har totalt fått tildelt 14,8 mill. kroner i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Helse Vest RHF mellom 2014 og 2017, jf. figur 2.21. Bevilgningene i 2015 og 2016 er relativt store sammenlignet med de andre forsøkssykehusene, og bevilgningene begrunnes med sykehusets korte deltakelse i forsøksordningen. Prosjektet har ikke benyttet alle de tildelte midlene hvert år, og ubrukte midler et år har blitt overført til påfølgende år.

Ettersom forsøksordningen på HUS først startet i 2015, er det færre år med rapporteringer sammenlignet med de andre sykehusene. I 2015 ble det ikke rapportert inn noen kostnader, mens i 2016 tilsvarte de totale kostnadene 4,2 mill. kroner. Om lag halvparten var utgifter til lønn, mens resten var utgifter til oppgradering av undersøkelsesrom og teknisk utstyr. I 2017 avtok de totale kostnadene til 3,4 mill. kroner som følge av betydelig mindre investeringskostnader, samtidig som lønnskostnadene økte.

Det har ikke blitt registrert noen inntekter i prosjektet som følge av at kjevekirurgisk avdeling ikke kan skille mellom forsøksordningen og spesialisthelsetjenesten i regnskapene. Forsøksordningen har ikke søkt trygderefusjon for noen av de utførte behandlingene, men har utelukkende benyttet den innsatsstyrte

finansieringen (ISF) og DRG-takster. Dette har ifølge prosjektet gitt utfordringer med DRG-takster for operasjoner. Omtrent tre fjerdedeler av operasjonene som blir utført i forbindelse med sanering av tenner og tannrøtter, som infeksjonsfokus i kjeve, blir klassifisert som vanlig poliklinikk takst fremfor kirurgisk DRG, noe som gir lavere inntekter og dermed fører til kostnadmessige utfordringer.

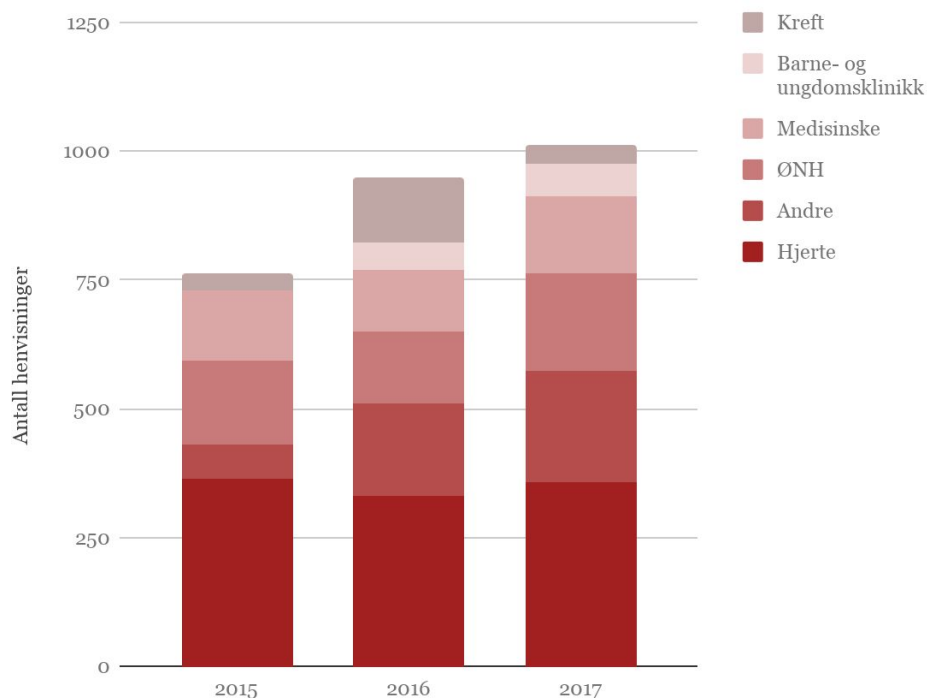


Figur 2.21 Inntekter og utgifter i mill. kroner i forsøksordningen på HUS

Pasientgrupper

Figur 2.22 gir en oversikt over interne henvisninger til kjevekirurgisk avdeling siden oppstart av forsøksordningen i 2015. Gjennom forsøksperioden har antall henvisninger økt med omtrent en tredjedel, og i 2017 mottok avdelingen i overkant av 1000 interne henvisninger. De rapporterte henvisningene omfatter hele den kjevekirurgiske avdelingen fordi det ifølge prosjektet er vanskelig å trekke grensen mellom forsøksordningen og annen aktivitet ved avdelingen. De ansatte i forsøksordningen tilser andre pasientgrupper enn i DOTs tannklinikk, men tilbudene er ikke helt adskilte og det foregår samarbeid mellom forsøksordningen, tannklinikken og avdelingen.

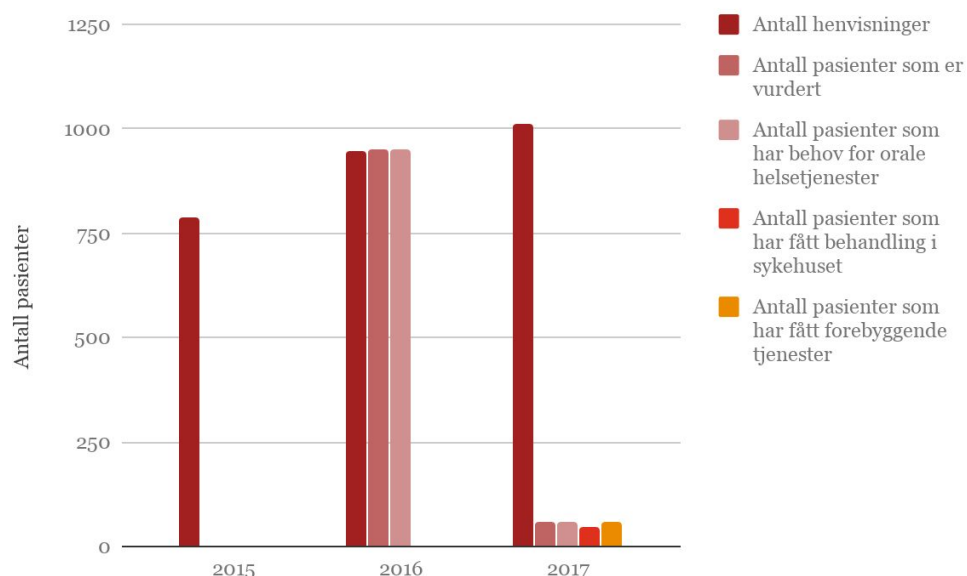
Hjerteavdelingen står for rundt en tredjedel av alle henvisningene til avdelingen, der pasientene i stor grad blir kanalisert til forsøksordningen. Fra avdelingen henvises i stor grad pasienter som skal gjennomgå transplantasjoner og pasienter med infeksjoner som infeksøs endokarditt. ØNH-avdelingen henviser strålepasienter med kreft i munnhulen og andre pasienter med problemstillinger i skjæringsområdet mellom odontologi og øre-nese-hals. Fra den medisinske avdelingen henvises pasienter med infeksjoner med ukjent utgangspunkt og pasienter som skal få spesifikke behandlinger med kjente odontologiske bivirkninger. Fra barneavdelingen henvises pasienter med kreft eller spesielle sykdommer, syndromer og lignende. Disse pasientene blir i stor grad henvist til forsøksordningen. Kreftavdelingen henviser pasienter som skal strålebehandles for kreft i munnhulen og kreftpasienter som skal få benmodulerende medikamenter pga. skjelettmetastaser, brystkreft mm.



Figur 2.22 Utviklingen i antall henvisninger til kjevekirurgisk avdeling på HUS

Av pasientene som har blitt henvist til kjevekirurgisk avdeling, viser figur 2.23 rapporterte tall over vurdering og behandling av pasientene. I 2015 ble ingen tall utover henvisningstallene rapportert inn, mens i 2016 viser tallene alle henviste pasienter som ble vurdert, dvs. at de var til undersøkelse, og alle henviste pasienter hadde behov for orale helsetjenester, dvs. tannbehandling utover undersøkelse. I 2017 ble det rapportert vurderinger og behandlinger for et utvalg av pasienter tilsett på barne- og ungdomsklinikken. Av de som ble vurdert, hadde alle behov for behandling og nesten alle fikk forebyggende tjenester, dvs. forebyggende behandling gjennomført av tannpleieren. Om lag 80 pst. av pasientene som hadde behov for behandling mottok denne på sykehuset, mens ingen av pasienter ble henvist videre til tannleger utenfor helseforetaket.

Fra Haukeland universitetssykehus har det i tillegg blitt rapportert inn antall tilsyn gjennomført på kjevekirurgisk avdeling i forsøksperioden, jf. figur 2.24. Tilsyn innebærer undersøkelse og veiledning av pasientene. I 2015 og 2016 ble tilsynene i all hovedsak utført av oralkirurgene på avdelingen, med noe aktivitet av tannlegen og pedodontisten i prosjektet. I 2017 hadde tannpleierne i prosjektet overtatt all tilsynene av hjerte- og barnepasienter, som utgjorde om lag halvparten av all tilsynene på avdelingen, mens resten av tilsynene ble utført av oralkirurgene.



Figur 2.23 Henvisninger og behandlinger på kjevekirurgisk avdeling på HUS

¹ “Antall henvisninger” er definert som antall henvisninger som kommer inn til tannteamet som henvisningsinstans.

“Antall pasienter som er vurdert” er definert som pasienter som har vært til en undersøkelse.

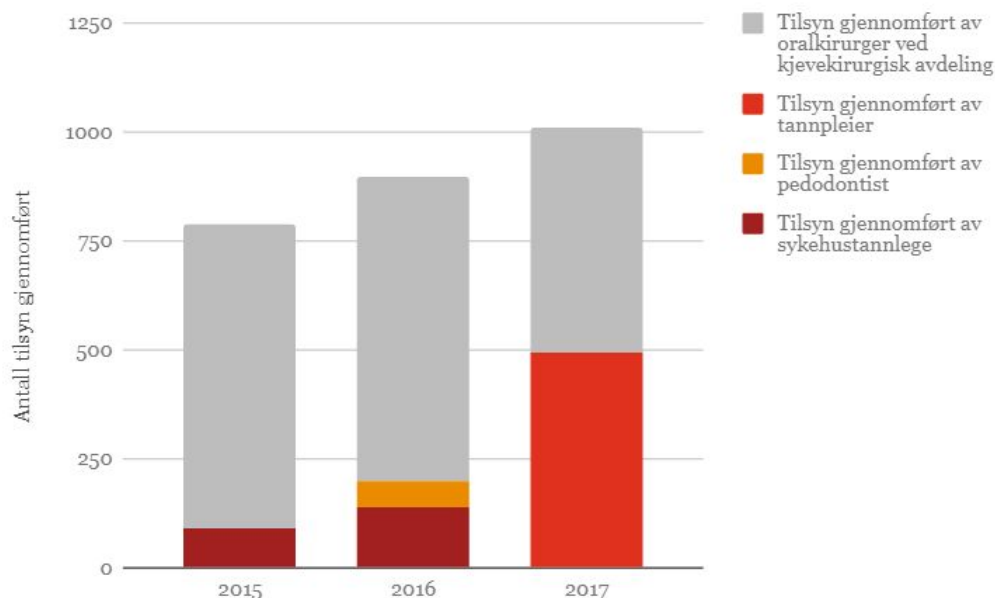
“Antall pasienter som har behov for orale helsetjenester” er definert som pasienter med behov for tannbehandling utover undersøkelsen.

“Antall pasienter som har fått behandling i sykehuset” er definert som pasienter som har mottatt slik behandling.

“Antall pasienter som har fått forebyggende tjenester” er definert som pasienter som har fått forebyggende behandling av tannpleier.

“Antall pasienter som er henvist videre” omfatter henvisninger til private allmenntannleger, tannleger i den offentlige tannhelsetjenesten, private tannlegespesialister, odontologiske kompetansesentre og et tilrettelagt tannhelsetilbud.

Tallene i 2017 tilsvarer et utvalg av pasienter tilsett på Barne- og ungdomsklinikken.



Figur 2.24 Tilsyn gjennomført av personell på kjevekirurgisk avdeling

De tre største interne pasientgruppene som behandles på kjevekirurgisk avdeling, og som derfor er knyttet opp mot forsøksordningen, er hjertepasienter, kreftpasienter og barn og unge. Behandlingen av hjertepasientene består i stor grad av undersøkelse for å avdekke infeksjoner i munnhulen og evt. sanering av infeksjonene før gjennomføring av hjerteroperasjoner. Undersøkelsen blir i stor grad utført av tannpleierne, mens tannlegene og delvis oralkirurgene gjennomfører selve saneringen.

Kreftpasienter blir i stor grad behandlet av personell ansatt på avdelingen, men ansatte i forsøksordningen har i økende grad bidratt i behandlingen over tid. Enkelte kreftpasienter har kun behov for undersøkelse og evt. sanering av infeksjoner, mens andre kreftpasienter krever omfattende og langvarig behandling - både før, under og etter strålebehandling. Vanlige undersøkelser utføres normalt av tannpleier, mens tannlegene og oralkirurgene foretar saneringer og oral behandling før strålebehandling (f.eks. boring eller tanntrekking). Under stråling gir tannpleier munnstell til pasienten, mens protetikerne har ansvar for oral behandling.

Behandlingen av barn og unge utføres i hovedsak av pedodontisten, tannpleiere og sykepleiere i forsøksordningen. Hovedfokuset er rettet mot barn med kreftsykdommer og immunkomprimerende sykdommer, og deler av undersøkelser og behandlinger gjennomføres i generell anestesi.

Informasjonsspredning og opplæring av ikke-odontologisk personell

Opplæring av ikke-odontologisk personell ved HUS har i all hovedsak vært fokusert rundt barn, hvor det blant annet har blitt holdt foredrag for ansatte i barneklubben og ved kjevekirurgisk avdeling. Videre har forsøksordningen blitt presentert for eksterne aktører som sykehusodontologi-teamet på Sahlgrenska Universitetssjukhus i Göteborg. I 2017 ble det totalt holdt foredrag i 6 timer.

Videre har det blitt utarbeidet informasjonsmateriell i form av en brosjyre om "Munn- og tannpleie ved kreftbehandling av barn og ungdommer" og en demonstrasjonsfilm "Tann- og munnstell hos barn og unge".

Kompetansebygging innad i forsøksordningen

I forsøksordningen på HUS har det blitt jobbet med kompetansebygging på forskjellige måter. De ansatte har vært på besøk og hospitering ved ulike avdelinger internt på sykehuset, samt ved en sykehusodontologisk institusjon i Göteborg og på TkVest/Hordaland. I tillegg har de ansatte deltatt på diverse kurs, møter og seminarer blant annet med fokus på avdekking av vold, omsorgssvikt og overgrep mot barn, senskader av cellegift, klinisk kommunikasjon og funksjonshemmelse i tannhelsetjenesten. I 2017 deltok de ansatte i prosjektet på omtrent 200 timer med kurs og seminarer, i tillegg til nødvendig og obligatorisk etterutdanning som ansatte i Helse-Bergen.

Forskning og systematisk kunnskapsutvikling

Forsøksordningen på HUS har deltatt i enkelte forskningsprosjekter i forsøksperioden. Den kjevekirurgiske avdelingen har i samarbeid med thoraxkirurgisk seksjon satt i gang en endokardittstudie blant voksne hjertepasienter. Målet med studien er å kartlegge korrelasjon mellom tannsykdommer og infeksjøs endokarditt. De ansatte i forsøksordningen bidrar med datainnsamling i prosjektet.

Forsøksordningen har hatt et særskilt fokus på barn og unge. Blant annet holder en av pedodontistene i prosjektet på med en PhD som har arbeidstitel "Oral helse hos barn med medfødt hjertefeil". Ved barne- og

ungdomsklinikken er det også planlagt et forskningsprosjekt om langtidsoppfølging av barn og unge som blir behandlet for kreft. Det har allerede blitt kartlagt mulige variabler og parametere som studien ønsker å følge opp. Arbeidet med nødvendige godkjenninger for studien er i gang, og personellet i forsøksordningen skal bidra i prosjektet.

Samarbeid med eksterne fagmiljøer

Den viktigste samarbeidspartner for forsøksordningen er Tannhelsetenesta i Hordaland som inkluderer TkVest/Hordaland. Det har blitt holdt flere samhandlingsmøter blant annet for å diskutere grenseoppganger i forhold til lovmessige rettigheter i fylkeskommunal tannhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, samt sykehusodontologi. Det har også blitt inngått avtaler om tilgang til fylkeskommunens journalsystem Opus for noen ansatte ved den kjevekirurgiske avdelingen.

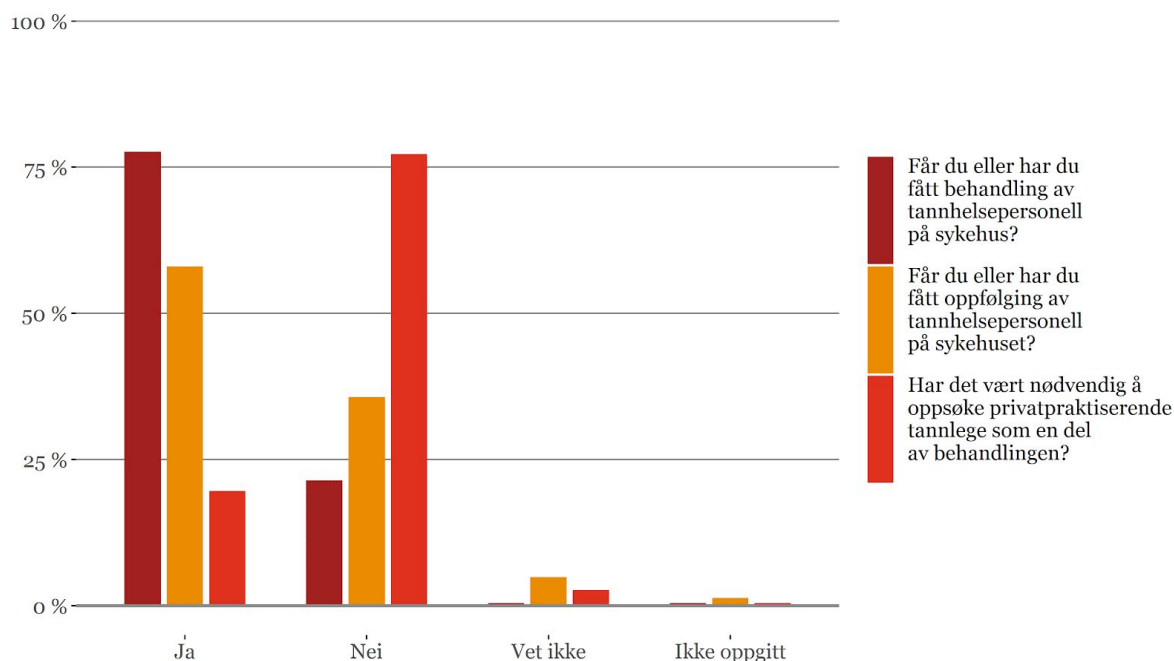
En annen viktig samarbeidspartner er Institutt for klinisk odontologi (IKO) ved UiB. Flere av de ansatte ved avdelingen og i forsøksordningen har deltidsstillinger ved IKO og samarbeidet har vært verdifull for å rekruttere gode medarbeidere med bred kompetanse.

3. Observasjoner gjennom intervjuer og spørreundersøkelse

3.1 Pasientgrupper

Behandling

Av de 224 pasientene som har besvart spørreundersøkelsen har over tre fjerdedeler fått behandling av tannhelsepersonell på sykehuset, jf. figur 3.1. Om lag 60 pst. av pasientene har fått oppfølging av tannhelsepersonell på sykehuset og for bare to av ti pasienter var det nødvendig å oppsøke privatpraktiserende tannlege som en del av behandlingen.



Figur 3.1 Behandlingsforløp av deltakerne i spørreundersøkelsen

En sentral utfordring som ble løftet av både ansatte i forsøksordningen og odontologisk personell hos andre aktører, er **uklart grenseskille** mellom primær- og spesialisttannhelsetjenesten og mellom aktørene innen spesialisttannhelsetjenesten. Dette gjelder både fordeling av pasienter og finansiering av behandling: Hvem skal det offentlige ta ansvar for og betale for tannbehandlingen, og hos hvilke instanser skal behandlingen foregå?

Videre ble det pekt på at lovverket ikke har fulgt utviklingen i bruken av helsetjenester og at den ikke er tilpasset dagens tjenestetilbud. Tidligere var det flere langtidsinnlagte pasienter på institusjoner og sykehus som fikk gratis tannlegetjenester av fylkeskommunen gjennom den offentlige tannhelsetjenesten når innleggelsene varte mer enn tre måneder. Nå er det ikke lenger vanlig med lengre institusjonsinnleggelser, men langt flere polikliniske behandlinger og kortere innleggelser. Dette innebærer at færre personer har rettigheter til gratis tannlegebehandling, som løfter spørsmålet om polikliniske og korttidsinnlagte pasienter burde få gratis tannlegehjelp og i så fall hvem som skal tilby og finansiere behandlingen.

Intervjuobjektene pekte også på at endringer i organiseringen av offentlige helsetjenester har gitt store utfordringer. Sykehusreformen førte til at spesialisthelsetjenesten ble flyttet fra fylkeskommunen til de nyopprettede helseforetakene med staten som eiere, mens tannhelsetjenestene ble igjen hos fylkeskommunene. Når fylkeskommunene i tillegg har opprettet regionale odontologiske kompetansesentre som skal behandle mer kompliserte odontologiske tilfeller, mener flere at grenseskillet mot den sykehusodontologiske forsøksordningen blir enda mer uklart. Slik som sykehusene, behandler kompetansesentrene personer med mer kompliserte odontologiske tilfeller, men i motsetning til sykehusene skal det i teorien behandles personer som ikke trenger tverrfaglig behandling eller som ikke er så syke at de må tilses på et sykehus. Samtidig fronter enkelte av sentrene seg som "tannlegenes sykehus", og flere av de ansatte i forsøksordningen opplever at andre instanser, f.eks. fastleger og privatpraktiserende tannleger, er usikre på om de skal henvise personer til sykehuset eller sentrene.

I intervjuene etterspør flere ansatte i forsøksordningen **nasjonale retningslinjer** over hvem som skal behandles på sykehusene, og hvor syke personene må være for å få behandling. Det etterspørres en gjennomgang av roller og ansvar mellom sykehusenes orale helsetjenester og aktørene utenfor sykehusene. Likeverdige helsetjenester på tvers av sykdommer er viktig, men det er mange ansatte som opplever at det ikke er i dag.

Flere ansatte i forsøksordningen har påpekt at **fordelingen** av pasienter i dag delvis blir påvirket av pasientenes økonomiske situasjon. På sykehusene er behandlingen enten gratis eller egenandelen er lav, mens egenandelene er langt høyere på kompetansesentrene eller hos privatpraktiserende tannleger. Flere ansatte har opplevd at privatpraktiserende tannleger eller andre aktører har forsøkt å få pasienter til sykehuset framfor kompetansesentrene for å hjelpe pasientene økonomisk.

Blant de ansatte i forsøksordningen og i ledelsen på sykehusene er det delte meninger om hvilke pasienter som burde få **tilbud** om oral behandling på sykehus. Flere fra ledelsen og flere av de ansatte mener at pasienter ikke skal behandles på sykehus dersom de ikke er spesielt syke og de kan behandles forsvarlig i "førstelinjen". Sykehusene kan ikke ta hensyn til om det er mer økonomisk ugunstig for pasientene å få behandling hos andre instanser enn sykehuset. På den andre siden mente enkelte av de ansatte at flere pasienter burde få behandling på sykehusene, og at pasientenes økonomiske situasjon burde være en del av vurderingsgrunnlaget til behandling. Terskelen for at behandlingen skal skje på sykehusene burde være lavere for pasienter med svakere økonomi.

Enkelte pasientgrupper ble særskilt trukket fram under intervjuene. I samfunnet blir det flere eldre, som har generelt bedre tannhelse enn før i tiden. Samtidig er det viktig at de får tannstell, ellers forfaller tannhelsen raskt, og problemstillingene blir mer komplekse. Fylkeskommunen har i dag ansvar for eldre som bor på institusjon og som mottar hjemmesykepleie, men enkelte ansatte i forsøksordningen mente at dette ikke var

tilstrekkelig og at de eldre ikke følges opp godt nok. Det ble blant annet spurt spørsmål om hvem skal betale for behandlingen når eldre kommer på sykehus for andre sykdommer og det oppdages dårlig tannhelse.

En annen pasientgruppe som ble diskutert på flere av forsøkssykehusene var psykiatriske pasienter og rusmisbrukere. Dette er pasientgrupper med generelt dårlige økonomi og dårlig tannhelse, som i dag må i stor grad klare seg selv. Mens tidligere i større grad hadde lengre institusjonsopphold og dermed fikk gratis tannbehandling i regi av fylkeskommunen, er mye av behandlingen i dag organisert poliklinisk som medfører at de må dekke utgifter til behandling selv. Flere ansatte uttrykte at det var rart at pasienter som f.eks. har en dårlig hofte e.l. får gratis tannbehandling og oppfølging på forsøkssykehusene, mens psykisk syke og rusavhengig som egentlig trenger mer tannlegebehandling enn disse, må klare seg helt selv.

En tredje pasientgruppe som særlig ble diskutert under intervjuene, var søvnapnépasienter. For pasienter med søvnapné som skal få apnéskinne, må få tilpasset skinnen hos spesialtrent tannlege, som støper skinnen etter pasientens tannstilling. Under intervjuene ble det nevnt at skinner også kan tilpasses av privatpraktiserende tannleger, hvorpå flere ansatte i forsøksordningen trakk fram at det var uklart hvor grenseskillet går mellom behandling på sykehuset og hos private tannleger. I utgangspunktet er det bare de med mest behov som skal få tilbud om behandling på sykehuset, men det stilles spørsmålsteget om det faktisk er en reell siling av pasienter etter objektive kriterier eller om siling påvirkes av ytre faktorer, som f.eks. pasientenes økonomi.

En annen utfordring som beskrives i intervjuene er **oppfølging** av pasientene etter behandling. Hvem skal ha ansvar for dette, om noen? Ansatte trekker frem at enkelte av inngrepene i munnhulen, f.eks. sanering av munnhulen før stråling ifm. kreft, kan medføre store behandlingsbehov i ettertid, blant annet rekonstruksjon av broer og innsetting av implantater. For andre pasientgrupper, f.eks. barn med kreft, kan det være vanskelig for barna og foreldrene å følge opp tannbehandlingen i etterkant pga. store belastninger knyttet til sykdommen.

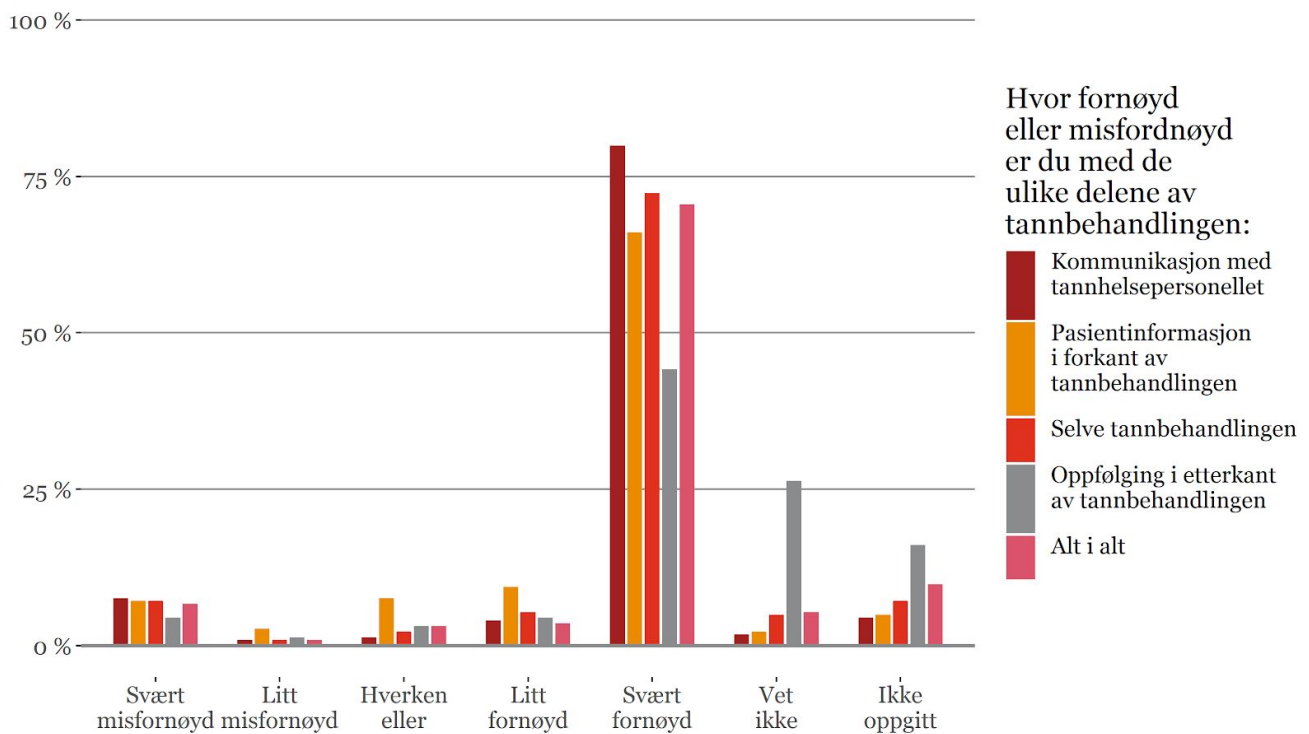
Når det gjelder behandling av pasienter **på sykehuset**, var det også delte meninger om hvem som burde utføre behandlingene. For pasienter med kreft i hode-hals regionen mente noen at tannleger kan stå for en stor del av vurderingene og behandlingene av kreftpasientene, mens andre mente at problemstillingene for disse pasienter er så komplekse at kun tannlegespesialister innenfor oral kirurgi burde vurdere og i stor grad behandle disse pasienter.

Pasienttilfredshet

Flere av intervjuobjektene hevdet at pasientene satte pris på det orale helsetilbudet de fikk på sykehuset og noen trakk frem at pasientene ble positivt overrasket over å få behandlingen gratis. Enkelte av de ansatte påpekte også at pasientene verdsatte det å få hjelp med munnstell, f.eks. etter strålebehandling eller narkose, og at noen pasienter omtalte det som en slags “spa”.

I spørreundersøkelsen ble pasientene spurt om deres tilfredshet med ulike deler av tannbehandlingen, jf. figur 3.2. Svarene viser at de fleste av pasientene som deltok i undersøkelsen var svært fornøyde. Misfornøyelse ble for ingen del av tannbehandlingen uttrykt av mer enn én av ti deltakere. Kommunikasjon med tannhelsepersonellet scoret høyest med 84 pst litt eller svært fornøyde pasienter. Også med pasientinformasjon i forkant av tannbehandlingen og med selve tannbehandlingen var pasientene ifølge spørreundersøkelsen tilfreds. På begge spørsmål svarte omtrent tre fjerdedeler av deltakerne at de var litt eller svært fornøyde. Når det gjelder oppfølging i etterkant av tannbehandlingen uttalte seg bare rundt halvparten av deltakerne litt eller svært fornøyde mens kun 6 pst. ga uttrykk for å være misfornøyde. Det betydelig lavere antallet fornøyde pasienter skyldes at færre deltakere har fått oppfølging enn behandling og at over 40 pst. av deltakerne enten besvarte spørsmålet med “Vet ikke” eller ikke oppga noen svar. Sammenfattende oppga nesten tre fjerdedeler av deltakerne at de alt i alt var svært fornøyde med tannbehandlingen på sykehuset, nesten én av sju valgte å ikke

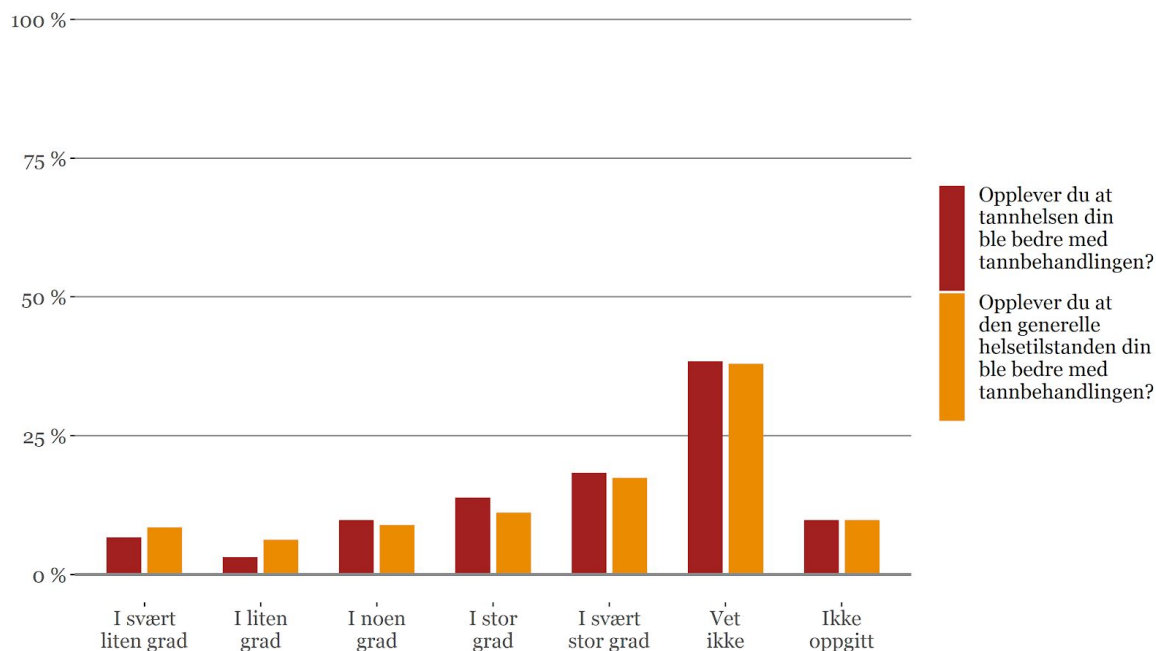
besvare spørsmålet eller svare med “Vet ikke” og mindre enn én av ti uttalte misfornøyelse med tannbehandlingen på sykehuset.



Figur 3.2 Pasientenes tilfredshet med behandlingen

Effekt på helsetilstand

I spørreundersøkelsen ble deltakerne spurt om de hadde opplevd en forbedring i deres tannhelse og generelle helsetilstand som følge av tannbehandlingen de hadde mottatt på sykehuset, jf. figur 3.3. Fire av ti deltakerne svarte at de ikke visste om de hadde opplevd en forbedring, mens én av ti ikke svarte på spørsmålene. Omtrent fire av ti opplevde at deres generelle helsetilstand forbedret seg i noen grad, i stor grad eller i svært stor grad med tannbehandlingen. En forbedring av pasientenes tannhelse med tannbehandlingen opplevde i underkant av halvparten av deltakerne i noen grad, i stor grad eller i svært stor grad. Det vil si at flere av pasientene opplevde en forbedring i deres tannhelse enn en forbedring i deres generelle helsetilstand.



Figur 3.3 Pasientenes opplevd effekt av tannbehandlingen på helsetilstanden

Når det kommer til tannpleie, viste enkelte av de ansatte til at pasientene til dels er uvitende om betydningen av god tannpleie, og at mange pasienter kan ha stor nytte av veiledning. Spesielt for eldre pasienter kan det forøvrig være utfordrende å sette seg inn i deres rettigheter for å motta gratis tannbehandling i regi av Den offentlige tannhelsetjenesten og enkelte ansatte opplevde at pasienter var svært fornøyde med å bli informert om dette. I dette informasjonsarbeidet har tannpleierne hatt en viktig funksjon.

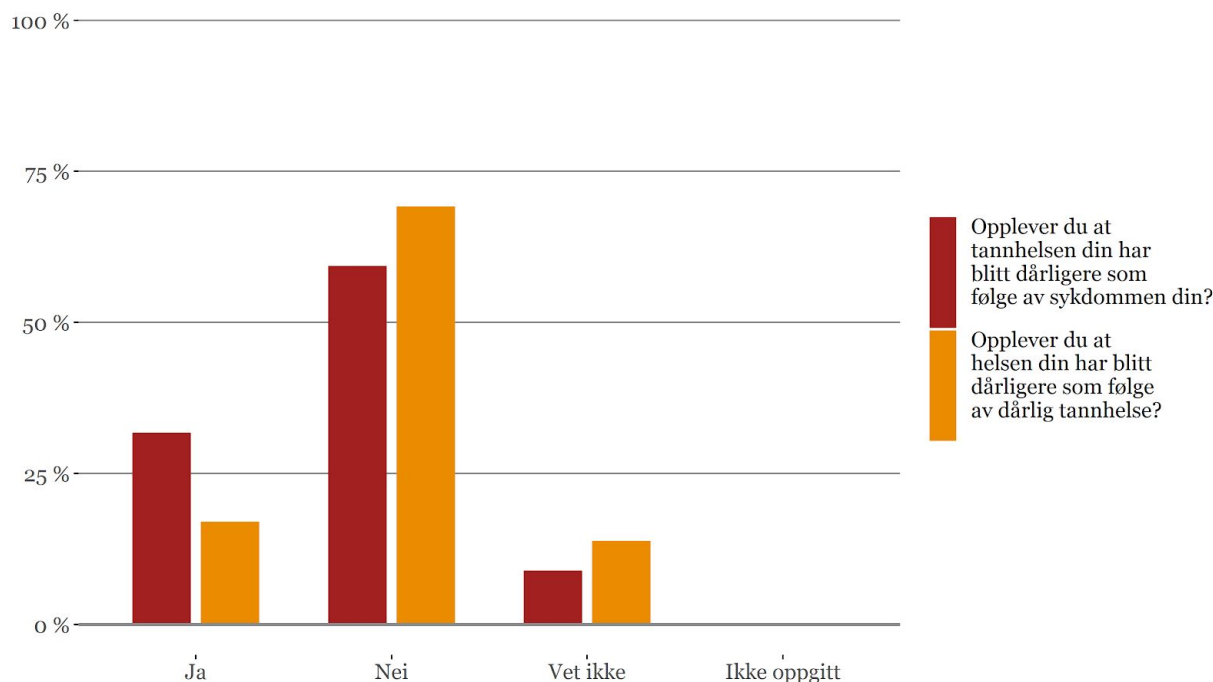
Forhold til annen lidelse

To spørsmål i spørreundersøkelsen gikk ut på å undersøke pasientenes opplevelse av sammenheng mellom deres tannhelse og deres generelle helsetilstand. Omtrent tre av ti deltakere opplevde at tannhelsen deres hadde blitt dårligere som følge av sykdommen deres mens nesten to av ti opplevde at helsen deres hadde blitt dårligere som følge av dårlig tannhelse, jf. figur 3.4.

Bortimot alle som ble intervjuet var enige om at tannhelsen påvirker resten av kroppen og den generelle helsetilstanden til pasienter. Helsepersonell som ble intervjuet peker på at dårlig tannhelse har ekstremt negative effekter og to eksempler som har blitt nevnt gjentatte ganger er strålepasienter og hjertepasienter med infeksøs endokarditt. Sistnevnte er en betennelse i hjerte som har blitt direkte relatert til infeksjoner i munnhulen og de fleste av intervjuobjektene både med og uten odontologisk bakgrunn er bevisst over at det er viktig å sjekke munnhulen for infeksjoner før hjertekirurgi eller organtransplantasjoner blir gjennomført. Også for strålepasienter er det kjent at infeksjoner i munnhulen må fjernes før behandlingsstart for å unngå komplikasjoner. Flere eksempler for sammenhengen mellom tannhelsen og den generelle helsetilstand har blitt nevnt i intervjusammenheng som blant annet eldre med underernæring som ikke får i seg mat pga dårlig tannstatus.

De fleste av intervjuobjektene var videre bevisst over at tannhelsen også blir påvirket av andre sykdommer. Noen eksempler som har blitt nevnt er kreftpasienter som ofte får store tannproblemer spesielt hvis de mottar

stråling i hode-hals-området, pasienter som får munntørrehet pga medikamentbruk og pasienter som ikke evner å ta vare på egen munnhelse pga av psykiske eller somatiske lidelser som for eksempel slagpasienter.



Figur 3.4 Pasientenes opplevelse av sammenheng mellom tannhelsen og den generelle helsen

3.2 Sykehusodonotologisk personell

Mange av de ansatte i forsøksordningen sier i intervjuene at de opplever at deres kompetanse og tjenester blir verd satt høyt på sykehusene. De opplever deres kunnskap og erfaring er som et positivt tilskudd til sykehusene. De får generelt gode tilbakemeldinger på god serviceinnstilling og at de er responsive. De mener at forsøksordningen har bidratt til økt forståelse og kunnskap om den orale helsens betydning for den øvrige helsetilstanden. “Munnen er blitt en del av kroppen” er et uttrykk som mange benytter for å beskrive utviklingen.

Enkelte av ansatte i forsøksordningen trekker frem at det odontologiske miljøet, og da særlig spesialistmiljøet, er lite på sykehusene. Det er få spesialisttannleger på sykehusene sammenlignet med andre steder, som f.eks. kompetansesentrene, og ofte er det kun en person innen hver spesialisering. Dette gjør at det blir vanskeligere å utvikle seg faglig, og det er ingen å diskutere komplekse problemstillinger og behandlingsvalg med. Enkelte av intervjuobjektene fra andre virksomheter enn sykehusene, stiller seg også kritiske til de små kompetansemiljøene innenfor oral helse på sykehus.

Flere av de ansatte i forsøksordningen har deltidsstillinger i forsøksordningen, og kombinerer ansettelsen med mindre stillinger på kompetansesentrene. Flere opplever at det er vanskelig å kombinere to eller flere stillinger, og de har følelsen av at de skulle vært mer tilstede på begge arbeidsplassene. Samtidig erkjennes det at løsningen er nødvendig og praktisk siden omfang og volum av tjenestene ikke er store nok til å kunne fylle opp fulle stillinger. Dette gjør at sykehusene bl.a. kan tiltrekke flere spesialisttannleger, som det er etterspørsel etter.

På enkelte sykehus ble det også vist til at det odontologiske personellet har en akutt- og/eller vaktfunksjon. Det gjør at de ansatte ikke kan fylle opp kalenderen med avtaler som en vanlig tannklinikk. De må være litt

slingringsmonn om noen akutte tilfeller oppstår, og ha muligheten til å kaste seg rundt på kort tid. Utad kan det derfor fremstå som at de til tider har lite å gjøre, noe som er misvisende. På de fleste forsøkssykehusene opplever de ansatte at det er mye å gjøre.

3.3 Opplæring, kunnskap og kompetanse

Opplæring av ikke-odontologisk personell

De fleste av de ansatte i forsøksordningen ved de ulike sykehusene har opplevd at det er lite bevissthet blant ikke-odontologisk helsepersonell av betydningen av oral helse. I intervjuene kom det frem at orale problemstillinger ofte ikke blir oppdaget på grunn av manglende kunnskap blant de behandlende ansatte. Som eksempel ble det trukket frem at legene må vurdere munnhulen som del av inntakstjournal som skrives ved innleggelse av pasienter på sykehus. Ifølge intervjuene er dokumentasjonen av denne sjekken svært mangelfull. Ofte står det bare at pasienten har fine slimhinner og flere av intervjuobjektene mener det skyldes at legene har for lite kunnskap for å kunne vurdere oral status på en tilfredsstillende måte og derfor heller velger å ignorere tennene. Noen av de ansatte med medisinsk bakgrunn fortalte også om hvor lite de har vært bort i oral helse i løpet av sin egen utdanning, og flere mente at oral helse bør legges sterkere fokus på i utdanningen av medisinsk personell.

Blant ikke-odontologisk personell, ble det trukket frem at flere var blitt mer oppmerksom på tennene etter at de var kommet i kontakt med det odontologiske helsepersonellet på sykehuset, både ansatte i forsøksordningen og ansatte i helseforetaket. Dette gjaldt særlig leger og sykepleiere som jobber i samme området, dvs. munnhulen. Flere var blitt mer oppmerksom på tennene, så symptomer raskere og økte forståelsen for tennenes betydning i munnhulen. I tillegg opplevde de at det var en økt kollektiv bevissthet rundt tennene på avdelingen. På den andre siden ble det av enkelte trukket frem at det viktigste for legene er å ha et oralt helsetilbud på sykehuset, og ikke inneha detaljert kunnskap om tannhelse. De var opptatt av at funksjonen er tilstede slik at de kan henvise pasienter til oral behandling og heller fokusere på det som er jobben deres.

I intervjuene med odontologisk personell hevdes det at den viktigste kunnskapsdelingen skjer gjennom at medisinsk og odontologisk personell jobber sammen. Gjennom samarbeid og løsning av felles oppgaver opplever de ansatte at de får innsikt og kunnskap om betydningen av oral helse.

Kompetansebygging blant odontologisk personell

I intervjuene kommer det frem at sykehusodontologi krever spesiell kunnskap som ikke nødvendigvis blir dekket i utdanningsløpet av odontologisk personell. Derfor tar flere av de ansatte (både med og uten odontologisk bakgrunn) til ordet for at det er viktig med kontinuerlig faglig videreutdanning.

Ved alle forsøkssykehusene er det som en del av prosjektet satt av ressurser til kursing og opplæring av ansatte. Til tross for dette er det flere ansatte med odontologisk bakgrunn som hevder at det er for lite tid og budsjetter til kompetansebygging. I hvertfall når de sammenligner seg med muligheter for kompetansebygging blant øvrig personell på sykehuset. Særlig pekes det på mulighetene andre har for etterutdanning.

Ved forsøkssykehusene har omfanget av kurs, fagmøter og seminarer variert. I 2017 varierte det mellom 90 - 190 timer med kursdeltakelse summert over alle ansatte i forsøksordningen på de enkelte sykehus. Kompetansebygging har vært innenfor administrative, odontologiske og ikke-odontologiske fagfelt. Enkelte

ansatte hevder at kompetansebyggingen kunne vært mer systematisk og i mindre grad sporadisk. Dette ville styrket muligheten for et felles løft blant odontologisk personell.

Tilsvarende som for medisinsk personell er det mange blant odontologisk personell som opplever at opplæring og kompetansebygging innen sykehusodontologi skjer når medisinsk og odontologisk personell jobber sammen. Mange opplever at dette bidrar til å skape gjensidig respekt for hverandres fagkompetanse.

Systematisk kunnskapsoppbygging og forskning

Når det gjelder kunnskapsbygging og forskning er IS-2128 tydelig på at vitenskapelige stillinger bør inngå i forsøksordningen for å legge til rette for å kunne samle inn relevant data for forskning. Forsøkssykehusene har i liten grad valgt dette. Det er ansatt få personer med forskerkompetanse. Kun enkelte prosjektledere har forskningsbakgrunn. Ved to sykehus ble det opprettet dedikerte forskningsstillinger med små stillingsprosent. Sykehusene peker på at det er vanskelig å rekruttere personell med forskningskompetanse.

I intervjuene kommer det frem at spørsmålet om forskning og prioritering av den har vært vanskelig. Både odontologisk og ikke-odontologiske personell støtter oppunder at forskning er viktig, men det savnes en mer tydeligere retning på Helsedirektoratets hensikt og målsetting med forsøksordningen. I intervjuene ble det etterspurt hvilke områder og emner innen orale helsetjenester på sykehus som skal prioriteres når det gjelder forskning. Videre hevdes det at tilrettelegging for forskning har kommet i annen rekke for andre aktiviteter:

- mobilisering av ordningen
- informasjon om ordningen
- behandling av pasienter

Flere av intervjuobjektene mener at det finnes for lite forskning om oral helse og sammenhengen med andre lidelser. Det er noen sammenheng, som er bedre dokumentert enn de fleste. Disse er blant annet sammenheng mellom orale infeksjoner og infeksjøs endokarditt og påstanden at dårlig tannhelse kan fremme lunge- og luftveisinfeksjoner. Flere forskningsartikler vi har funnet omtaler blant annet livskvalitet i sammenheng med oral helse, og sammenheng mellom refluks og søvnapné.

Ved et at forsøkssykehusene er det gjennomført en systematisk kartlegging av sammenhengen mellom munnhelsen og ortopediske inngrep (hofte). Resultatene fra kartleggingen kan ikke påvise en slik sammenheng. Forsøkssykehuset mener derfor at det er vanskelig å vurdere dette er det vanskelig å vurdere betydningen av å sannere tenner i forkant av operasjon og behandling.

3.4 Organisering og innretning av tjenesten

Utfordringer

En første observasjon som går igjen ved alle forsøkssykehusene er at det tok tid å komme i gang med prosjektet. Ved flere sykehus var det ingen infrastruktur tilrettelagt og behandlingsrom, kontorplasser, utstyr etc. måtte organiseres. I tillegg tok det tid å knytte kontakter med andre avdelinger hvor det ikke eksisterte et samarbeid før. Samtidig var det et eksisterende odontologisk helsetilbud ved flere av forsøkssykehusene og erfaringene med opprettelse av forsøksordningen var ulike. Enkelte av de ansatte i forsøksordningen hevdet at det var viktig å ikke bli oppfattet som en trussel, men at det tas hensyn til det eksisterende tilbudet. Ettersom et oralt helsetilbud på sykehus er en liten enhet mente flere at det må samarbeides og tenkes som et helhetlig odontologisk tilbud fremfor å ha flere konkurrerende tilbud. I intervjuene med ikke-odontologisk personell på

sykehusene kom det også fram at det har vært vanskelig å skille mellom forsøksordningen og andre odontologiske tilbud på sykehusene og de fleste visste ikke hva som utgjorde forskjellen. Enkelte ansatte i forsøksordningen hevdet også at det ofte var litt tilfeldig om henvisningene havnet ved forsøksordningen eller ved avdelingen. Ved flere av sykehusene ble henvisningene derfor internt videreformidlet til riktig henvisningsinstans ved behov.

Ved de fleste av sykehusene har de ansatte i forsøksordningen brukt ulike **journalsystemer** parallelt for å registrere utført aktivitet og dokumentere nødvendige og relevante opplysninger om pasientene. I intervjuene trakk ansatte i forsøksordningen frem at det var administrativt utfordrende å benytte to journalsystemer samtidig. Overføring av data fra det ene til det andre systemet skjer ofte manuelt og ved hjelp av papirutskrifter. I tillegg er det ofte ikke tilstrekkelig å overføre informasjon direkte, men den må bearbeides og gjøres forståelig for annet helsepersonell. F.eks. er ikke en utskrift av utført oral behandling fra Opus forståelig for leger og sykepleiere. I praksis ender de ansatte med å føre bortimot all informasjon i begge systemene. Mange av de ansatte ga uttrykk for at denne dobbeltføringen tar mye tid og er veldig lite effektiv ressursbruk.

Samtidig påpekte de ansatte i forsøksordningen at de er avhengig av alle journalsystemene de benytter. I sykehusenes journalsystem (DocuLive eller Dips) får de nødvendig informasjon om pasientene, herunder sykehistorie, mens journalsystemet som er tilpasset odontologi (Opus), er skreddersydd for å registrere utført oral behandling og gir en detaljert og skjematisk fremstilling av pasientenes tannstatus. Journalsystemene benyttes også til å kommunisere med eksterne aktører. Gjennom Opus kan ansatte i forsøksordningen dele informasjon med den offentlige tannhelsetjenesten. I tillegg er journalsystemene knyttet opp til ulike finansieringssystemer. Mens journalsystemene på sykehusene er knyttet opp mot innsatsstyrt finansiering med DRG-koder, har Opus funksjonalitet mot Folketrygdens refusjonssystem, dvs. oppgjør fra Helfo, ref. nærmere omtale av finansiering under. Ved spørsmål om videreføring av forsøksordningen, har flere ansatte etterspurt et journalsystem som kan dekke alle behovene slik at de ikke trenger å benytte to eller flere journalsystemer.

De fleste ansatte innenfor forsøksordningen som ble intervjuet, opplevde at det er mangel på **areal** på sykehuset, og at det er behov for flere behandlingsrom. Enkelte ansatte trakk spesielt frem at det er behov for egne behandlingsrom for tannpleiere og noen påpekte mangel av kontorplasser. Flere av intervjuobjektene fremhevet også at plassmangelen påvirker behandlingstilbudet negativt. De fleste pasientbehandlinger kan ikke gjennomføres utenfor tilrettelagde behandlingsrom og noen av intervjuobjektene erfarte at etterspørselen var høyere enn det de kunne tilby. Noen opplevde også at plassmangelen begrenset bemanningen. Ved enkelte sykehus var det for eksempel nødvendig å vente med utlysning av en ekstra stilling frem til ombygging av flere rom ble ferdigstilt.

På alle sykehus har midler fra forsøksordningen gått til utvidelse av areal og ombygging av rom til bruk for det odontologiske helsepersonellet. Ombyggingsprosessen ble av mange ansatte opplevd som utfordrende. Ved enkelte sykehus har forsøksordningen blitt flyttet rundt på sykehuset flere ganger i løpet av forsøksperioden før en fast plass for tilbudet ble etablert. For å få plass til tilbudet på de ulike sykehusene måtte blant annet arkivrom og sengeplasser vike.

Flere av de ansatte i forsøksordningen trakk fram at det har vært utfordringer med **rekruttering** i prosjektperioden. Ved flere sykehus har det vært personer innenfor forsøksordningen som har sluttet og det har vært vanskelig å tiltrekke seg kvalifiserte kandidater. Dette gjelder særlig utenfor Oslo-området, og blant tannlegespesialister. Flere årsaker ble trukket frem i intervjuene. På sykehusene behandles til dels svært syke pasienter, noe som er utfordrende og krever spesiell kunnskap. Tannleger og tannpleiere er imidlertid vant til vanlig tannlegepraksis hvor det i stor grad behandles "friske" pasienter. I tillegg er utdannelsene også i mindre grad rigget for arbeid på sykehus, til sammenligning med leger og sykepleiere. En annen faktor som ble trukket frem er lønn. Flere ansatte fortalte at deres lønn var betydelig lavere enn hva de kunne tjene i en privat praksis,

og at lønnsutviklingen på sykehusene har vært lav. Videre ble det vist til at flere stillingene i sykehusprosjektet ikke er fulltidsstillinger. Det ble pekt på at det er en stor fordel å samarbeide med andre aktører slik at personellet kan fylle opp stillingene ett annet sted.

Bortimot alle ansatte i forsøksordningen uttalte også at **samløkalisering**, fysisk tilstedeværelse og tilhørighet er viktige faktorer for et godt og velfungerende tjenestetilbud. Flere mente at tilstedeværelse av odontologisk helsepersonell på sykehuset øker bevisstheten rundt tannhelse ved å minne både medisinsk personell og pasienter på å ivareta tannhelsen. Noen hevdet også at fysisk nærhet til pasientene forbedrer tilbudet ved å gi de ansatte i forsøksordningen økt fleksibilitet i daglig drift. For eksempel bruker tannpleiere mye tid på å hjelpe pasienter på sengepost med munnstell. Det kan hende at pasienten er opptatt med annet helsepersonell når tannpleieren kommer eller at pasienten er i for dårlig form for å motta behandlingen. For slike tilfeller er det en fordel at tannpleierne har sin base i nærheten og har mulighet til å komme tilbake litt senere.

Flere av de ansatte i forsøksordningen mener at det sykehusodontologiske tilbudet må inn i vanlig **sykehusdrift**. Dette innebærer at finansieringen av tilbudet skjer på lik linje med de andre tilbudene på sykehuset med krav om å generere inntekter. Fra ledelsens side uttrykker enkelte at det er viktig å kunne styre aktiviteten på avdelingene. Integrasjon av tilbudet i sykehusets drift vil gi økt mulighet for slik styring og mindre mulighet for avdelingene til å gjøre hva de vil.

Et viktig aspekt ved et sykehusodontologisk helsetilbud som kom fram under intervjuene, var **forankring i ledelsen**. Ledelsen må ha interesse og eierskap til det orale helsetilbudet om det skal være på sykehus. Erfaringene blant de ansatte i forsøksordningen var delte på dette området - noen ledere ble opplevd som mer interesserte og med mer kunnskap til prosjektet enn andre. Generelt var inntrykket at jo høyere opp i hierarkiet, jo mindre kjente lederne til ordningen. Flere av de ansatte trakk også frem at de synes det var langt opp til ledelsen. Kanskje ett til to ledd for mye.

Finansiering

Som nevnt innledningsvis er forsøksordningen i sin helhet finansiert gjennom tilskuddsmidler i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter. I tillegg til dette har det vært mulig for sykehusene å generere aktivitetsbaserte inntekter for pasientbehandling via Helfo-refusjon eller innsatsstyrt finansiering (ISF).

Ved alle forsøkssykehusene har de ansatte prøvd å generere slike inntekter. I intervjuene med de ansatte i forsøksordningen, trakk flere fram at det har vært uklart hvor utførte aktiviteter skal registreres og således hvor inntektene skal komme fra, dvs. om de skal søke om refusjon fra Helfo eller generere inntekter gjennom den aktivitetsbaserte bevilgningen i spesialisthelsetjenesten (ISF). Det vises til at det har vært delte meninger i ledelsen om hvilke system som skal benyttes med ulik tolkning av lovverk og føringer fra myndighetene. Ved enkelte sykehus har de ansatte fått beskjed om at de ikke skal søke om refusjon fra Helfo siden det er rettet mot primærhelsetjenesten og privatpraktiserende tannleger, mens på andre sykehus har ledelsen gitt beskjed om at Helfo skal benyttes, hvor det blant annet vises til et skriv fra Helsedirektoratet som stadfester at Helfo er godkjent finansieringskilde også for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg peker de ansatte på administrative hindringer. Journalsystemene som benyttes av det odontologiske personellet, er ikke optimalt tilpasset sykehusodontologiske helsetjenester og de aktuelle finansieringssystemene. Mens Opus kun er knyttet opp til Helfo, er Dips og DocuLive kun knyttet opp til ISF. En stor utfordring med ISF er at DRG-kodene for oral behandling er svært mangelfulle og er langt fra dekkende for all aktiviteten som blir utført av det odontologiske helsepersonellet. Det eksisterer kun DRG-koder som omhandler undersøkelser og behandling av munnhulen, men selv der er det ikke mulig å registrere omfanget på behandlingen. F.eks. det er en DRG-kode for å trekke tenner (EBA-00), men det er ikke mulig å registrere om det har blitt trukket én eller ti tenner. I Opus er det mulig å registrere hver tann som trekkes, som danner

grunnlag for Helfo-refusjon. ISF har heller ikke funksjonalitet tilpasset alle yrkesgruppene. Det eksisterer ingen DRG-koder for tannpleiere så de må enten benytte kodene til sykepleiere eller tannleger.

Enkelte ansatte hevdet at det ligger mye grunnarbeid i å legge til nye DRG-koder. Det må først finnes DRG-grupper som passer for tannleger, for så å gjøre økonomivurderinger og kostnadsberegninger av dem.

Blant ledelsen på sykehusene trekkes finansieringen av det sykehusodontologiske tilbudet frem som et særs viktig moment i skaleringen av tjenestetilbudet. I prosjektperioden har det ikke vært krav om at forsøkssykehusene må generere inntekter siden ordningen er finansiert via tilskuddsmidler, men ved enkelte tilfeller har betydningen av inntekter kommet til syne. Ved et sykehus fikk f.eks. forsøksordningen kun tildelt restplasser på et narkoserom siden de ikke kunne vise til god nok inntjening som andre avdelinger som hadde behov for rommet. Ved en eventuell videreføringen av tjenestetilbudet der aktivitetene integreres i den ordinære sykehusdriften, påpekte flere i ledelsen at inntektsgrunnlaget vil bli avgjørende for om tilbudet blir opprettholdt. Ledelsen viste blant annet til stramme budsjetter hvor det er stor kamp om pengene. Flere trakk fram at det må følge med økte bevilgninger om sykehusene skal utføre orale helsetjenester. I tillegg, dersom det orale helsetilbudet ikke har god nok inntjening, vil tjenestene bli like utsatt for kostnadskutt som andre tjenester på sykehuset. Det var liten tro på at eventuelle øremerking av midler til orale helsetjenester vil verne om tilbudet på sikt. Øremerking av midler har en tendens til å bli glemt, hvor midlene etterhvert blir sett på som en del av den totale rammebevilgningen som skal dekke hele tjenestetilbudet på sykehuset. Da vil de tidligere vernede tjenestene bli like utsatt for kostnadskutt som andre tjenester. Det ble trukket fram flere eksempler hvor dette har vært tilfelle siden opprettelsen av helseforetakene.

Type sykehus

I intervjuene ble det uttrykt ulike synspunkter rundt hvilke sykehus som burde ha et sykehusodontologisk tilbud. Ingen av intervjuobjektene ga uttrykk for å begrense tilbudet til kun forsøkssykehusene, og de fleste var enige om at alle store sykehus bør ha et oralt helsetilbud. Det ble for eksempel trukket frem at kun de store regionssykehusene utfører noen typer kreftbehandling som trenger tannleger. Når det gjelder mindre sykehus er det mer delte meninger.

Noen påpekte at tilbudet på ulike sykehus bør dimensjoneres etter pasienttyper og antall pasienter som behandles på de respektive sykehusene. Enkelte fremhevet at det er spesielt viktig å ha et tilbud flere steder hvis man skal fokusere på forebygging og/eller ivareta pasienter med diagnoser innenfor rus og psykiatri.

De fleste av intervjuobjektene ser en del praktiske utfordringer med å etablere tilbud spesielt ved mindre sykehus. Rekruttering ble nevnt som en stor hindring ettersom det allerede er vanskelig å finne kompetanserike kandidater til forsøkssykehusene. Noen påpekte også at pasientgrunnlaget på mindre sykehus muligens er for lite for å forsvare ressursbruken av et oralt helsetilbud. I tillegg er det viktig for kvaliteten av tilbudet at det behandles nok pasienter for at tannlegene får litt mengdetrening, noe som kan være vanskelig på mindre sykehus.

Flere uttrykte at det burde være tannpleiere ved alle sykehus i Norge. Noen mener at dette ville skape et bedre nettverk mellom tilbudene på de ulike sykehusene og sikre at pasienter blir ivaretatt uavhengig av hvor de får behandling. Tannpleierne ville kunne fange opp problemer og ved behov henvise pasienter videre til andre sykehus der det finnes et mer utvidet tilbud.

Oppfølging fra Helsedirektoratet

Flere av de ansatte i forsøksordningen fremhevet i intervjuene at de generelt var fornøyde med oppfølgingen fra Helsedirektoratet. Det ble spesielt trukket frem at de frie rammene hjalp med å tilpasse det orale helsetilbud til eksisterende helsetilbud, og at samlingene med de andre prosjektledere var lærerike. Noen trakk frem at langfristig planlegging var noe utfordrende ettersom tilskuddsmidlene måtte tildeles på nytt for hvert år. Samtidig ble det opplevd som positivt at midler som ikke ble brukt opp ett år kunne bli overført til det påfølgende året. I tillegg har Helsedirektoratet fulgt opp forsøkssykehusene gjennom halvårlige møter, hvor de har diskutert ulike problemstillinger, blant annet hvilke pasientgrupper som burde få rettigheter til oral behandling på sykehus. Flere av de ansatte i forsøksordningen synes møtene var nyttig, samtidig som de har savnet at den oppnådde innsikten har blitt mer aktivt benyttet i styringen og innretningen av forsøksordningen fra Helsedirektoratets side.

Vedrørende de årlige rapporteringsskjemaene, trakk enkelte fram at de ikke hadde fått noen nærmere forklaring eller definisjon på de ulike behandlingskategoriene som de skulle samle inn data om. Prosjektledere ved de ulike sykehusene valgte derfor å legge til grunn sine egne definisjoner i planlegging og gjennomføring av forsøksordningen.

3.5 Samarbeid med eksterne aktører

De viktigste samarbeidspartnere på forsøkssykehusene har vært de regional odontologiske kompetansesentrene og utdanningsinstitusjonene. Erfaringene med samarbeidet har vært delte. Flere av sykehusene trekker frem at samarbeidet har vært godt, og at det har gitt flere gevinster. Blant annet har det vært mulig å ansette flere tannleger med spesialistutdanning i deltidsstillinger i prosjektet ettersom de har kombinert stillingene med deltidsansettelser på kompetansesentrene eller ved utdanningsinstitusjonene. Det gir bedre kommunikasjon mellom institusjonene og bedre forståelse for hverandres virksomhet. I tillegg har samarbeidet skapt et odontologisk faglig nettverk hvor man kan dra nytte av hverandres erfaringer og diskutere faglige og praktiske problemstillinger. Enkelte sykehus har også inngått formelt samarbeid, f.eks. felles forskningsprosjekt eller felles behandling av personer i f.eks. narkose, som har bidratt til økt kompetansebygging og på sikt en forbedring av helsetilbudet.

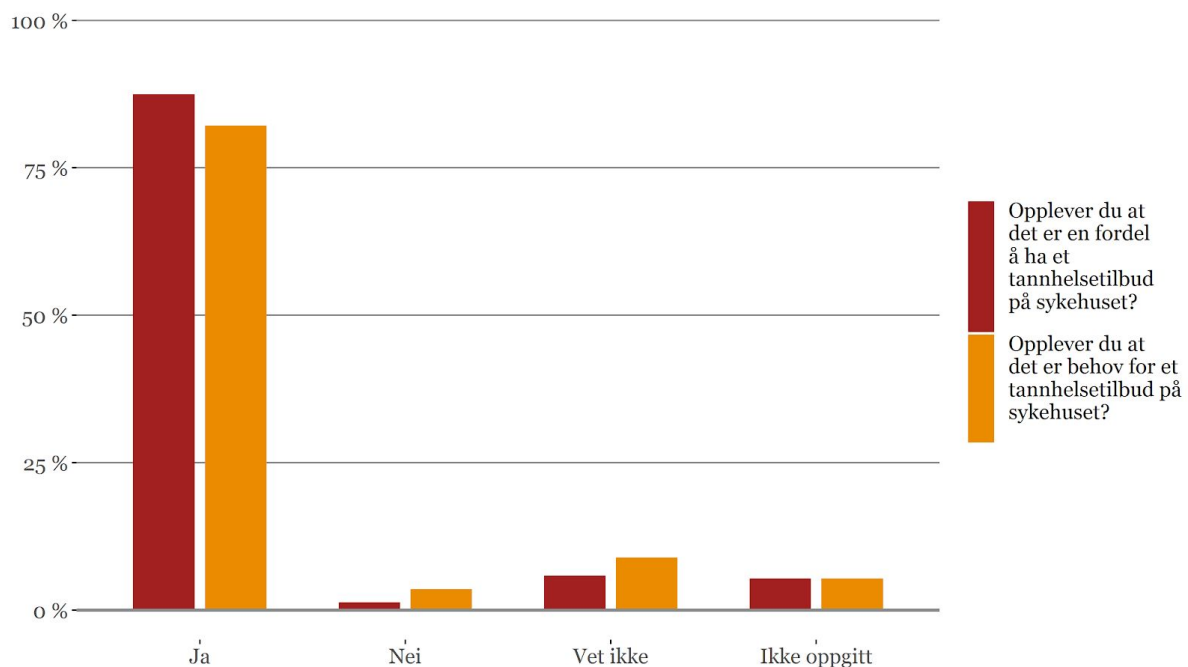
Det har vært utfordringer med hvem som skal betale for hvilke tjenester når sykehusene samarbeider om behandling av pasienter med eksternt odontologisk personell. En utstrakt ordning er at tannleger fra det offentlige eller private leier narkoserom til behandling av sine pasienter på sykehusene. På flere sykehus har dette før til uenigheter om hvilke deler av behandlingen de eksterne aktørene må betale for, f.eks. leie av rommet, nødvendig utstyr, overvåkning av anestesilege m.m., og hva sykehuset må dekke på eget budsjett. I tillegg har det oppstått diskusjoner omkring hvem som har det overordnede ansvaret for pasientene. Et eksempel som ble trukket fram i intervjuene, var komplikasjoner under behandlingen av pasienter i narkose. Ved et tilfelle der behandlingen foregikk på sykehuset i regi av en ekstern privatpraktiserende tannlege, fikk pasienten blødninger, men ingen på sykehuset ville ta ansvar for dette ettersom det ikke var deres pasient. Det endte med at pasienten måtte bli fraktet til et annet akuttmottak.

En praktisk utfordring i samarbeidet er at eksternt helsepersonell ikke har tilgang til sykehusets journalsystemer. I disse systemene ligger det viktig informasjon om pasientenes sykehistorie, evt. allergier eller resistens mot antibiotika m.m. Flere av de ansatte i forsøksordningen ga uttrykk for at det er en fordel hvis eksterne tannleger som skal foreta behandlinger på sykehuset, hadde en liten stillingsbrøk på sykehuset og på den måten fikk tilgang til journalene. En annen utfordring er at de ulike aktørene delvis benytter forskjellige journalsystem til å registrere oral behandling og oral status hos pasientene. Ansatte i forsøkssykehusene kan kommunisere med den offentlige tannhelsetjenesten gjennom journalsystemet Opus, mens privatpraktiserende

tannleger benytter andre journalsystemer. Dette ble trukket fram av de ansatte som begrensende for samarbeidet.

3.6 Behovet for orale helsetjenester på sykehus

Både pasienter, ansatte i forsøksordningen og ansatte på forsøkssykehusene, har uttalt at de mener det er **behov for orale helsetjenester** på sykehus. I spørreundersøkelsen blant brukere av orale helsetjenester ved forsøkssykehusene, svarte bortimot ni av ti av pasientene at det er en fordel å ha et tannhelsetilbud på sykehuset og i overkant av åtte av ti at det er et behov for et slikt tilbud, jf. figur 3.5.



Figur 3.5 Pasientenes opplevelse av behovet for et tannhelsetilbud på sykehuset

I intervjuene med sykehusodontologisk personell og øvrige ansatte, mente de aller fleste at det er behov for orale helsetjenester på sykehus. Flere **gevinster** ble trukket frem, både blant det sykehusodontologiske personellet og øvrige helsepersonell på sykehuset som har blitt intervjuet i forbindelse med evalueringen av forsøksordningen. De fleste mente at forsøksordningen har sørget for at pasientene får et **helhetlig behandlingstilbud**. Helsetjenestene blir også mer effektive, både mht. pasientflyt, samhandling, god og rett behandling av pasientene innenfor et lite tidsrom osv. Tilbudet fører blant annet til raskere og bedre behandlingsforløp der blant annet tidsfrister for pakkeforløp kan ivaretas og pasientene opplever mindre komplikasjoner og smerter. Enkelte pekte også på at rehabiliteringsfasen er en kritisk del av behandlingen, spesielt for kreftpasienter, og at oppfølging sørger for bedre livskvalitet hos pasientene etter avsluttet behandling.

Flere mente også at det orale helsetilbudet for enkelte pasientgrupper ikke har vært tilfredsstillende før prosjektet ble igangsatt. Privatpraktiserende tannleger har ikke alltid tilstrekkelig kompetanse til å foreta riktig behandling eller vegrer seg mot å behandle, f.eks. når en person har behov for å sanere munnhulen før operasjon eller kreftbehandling, eller i etterkant av en kreftbehandling. Med forsøksordningen opplever de at

man har bygget opp kompetanse på hvordan behandlingen bør utføres, som gir alle pasientene riktig og lik behandling.

Videre ble det påpekt at det er flere skjulte kostnader uten et oralt helsetilbud på sykehusene. Når helsepersonell ikke får gjort jobben ordentlig og ikke får levert god kvalitet, blir det trolig flere reinnleggelser. F.eks. hvis ikke en pasient får fjernet infeksjoner i munnhulen før en hjerteklaffoperasjon, kan det føre til infeksjoner på den nye hjerteklaffen i etterkant av operasjonen. Da må pasienten reinnlegges på sykehuset og det vil påløpe ytterligere kostnader til behandling. I tillegg krever det mye logistikk uten oralt helsepersonell på sykehusene, særlig i deler av landet med lav befolkningstetthet. Det er også mindre risiko knyttet til kansellering av operasjoner når sykehuset har bedre kontroll på at pasientene får undersøkt munnhulen for infeksjoner før operasjoner. Operasjonssaler som står tomme utgjør en stor kostnad for sykehuset.

Mange av de ansatte med odontologisk bakgrunn mener at forsøksordningen har bidratt til økt forståelse og kunnskap om den orale helsens betydning for den øvrige helsetilstanden, både blant ikke-odontologisk helsepersonell på sykehus og hos pasientene. "Munnen er blitt en del av kroppen" er et uttrykk som mange benytter for å beskrive utviklingen. Denne utviklingen har ifølge flere positive effekter på folkehelsen og for samfunnet generelt.

Når det gjelder **omfang** av behandlingstilbudet, dvs. hvor mange ansatte det bør være med odontologisk kompetanse, og hvilke **typer kompetanse** som bør være på et sykehus, er det delte meninger. En yrkesgruppe som mange av de ansatte med og uten odontologisk bakgrunn trekker frem er tannpleiere. Tannpleiere representerer relativt ny kompetanse for sykehusene og tilbyr en kompetanse som har vært etterspurt i lang tid. Enkelte tar til ordet for at alle sykehus i Norge burde ha tannpleiere. Flere trekker frem at det er viktig med spesialisttannleger, blant annet protetikere, og enkelte stiller spørsmål ved om det er behov for allmenntannleger på sykehus.

Mange av de ansatte med odontologisk bakgrunn har opplevd at kjennskap de orale helsetjenestene på sykehuset ikke har kommet av seg selv. En gjennomgående opplevelse på alle sykehusene er at de opplever at når de begynner å behandle pasienter på ulike avdelinger, så kommer det flere forespørsler. Enkelte av de ansatte med og uten odontologisk bakgrunn har i den anledning stilt seg spørsmålet om behovet for orale helsetjenester på sykehus hittil er undervurdert, og at det er et stort potensiale for utvidelse. Enkelte sykehus har også pekt på at de ikke har hatt midler til å ansette flere ansatte når de ønsket det, og at det således er et udekket behov på sykehuset.

4. Vurderinger

Vurderingene av forsøksordningen er i hovedsak organisert etter teamene det særlig var ment å opparbeide kunnskap om, jf. avsnitt 2.3. Under hvert tema er det gjort en vurdering av måloppnåelsen av temaet og en vurdering av den oppnådde innsikten i forsøksordningen. Vurderingene danner grunnlag for evalueringens anbefalinger, som redegjøres for i kapittel 5.

4.1 Behov for orale helsetjenester på sykehus

Vurdering av måloppnåelse

Etter vår vurdering har forsøksordningen opparbeidet mye kunnskap om behovet for orale helsetjenester på sykehus gjennom den praktiske tilnærmingen Helsedirektoratet har lagt opp til. Gjennom kartlegging av pasientgrupper, tilbud om behandling, systematisk kunnskapsoppbygging gjennom datainnsamlinger, opplæring av ikke-odontologisk personell, kompetanseheving av odontologisk personell og samarbeid med eksterne aktører m.m. har forsøksordningen oppnådd mye innsikt og tilegnet mange erfaringer om flere dimensjoner i et sykehusodontologisk helsetilbud, herunder hvor stor etterspørselen er etter denne typer tjenester på et sykehus.

Vurdering av oppnådd innsikt

Som beskrevet i avsnitt 3.6, har flertallet av de intervjuede ansatte på forsøkssykehusene (odontologisk og ikke-odontologisk personell) og eksterne aktører uttalt at det er en etterspørsel etter orale helsetjenester på sykehus. Påstanden underbygges av utviklingen i flere av helseforetakene, hvor det har blitt opprettet odontologiske helsetilbud på flere sykehus etter årtusenskiftet til tross for at dette ikke er et krav fra myndighetene og ikke er finansiert gjennom basisbevilgningen.

I den utførte spørreundersøkelsen uttrykker også pasientene at det både er en fordel og et behov for sykehusodontologiske helsetjenester. Dette er en indikasjon på at det er en etterspørsel etter tjenestene, samtidig som man må være klar over at pasientene kan svare ut i fra egne motiver. Behandling på sykehus er i dag i hovedsak vederlagsfritt, mens behandling hos privatpraktiserende tannleger er generelt forbundet med store kostnader. Dette økonomiske momentet kan potensielt påvirke svarene i undersøkelsen.

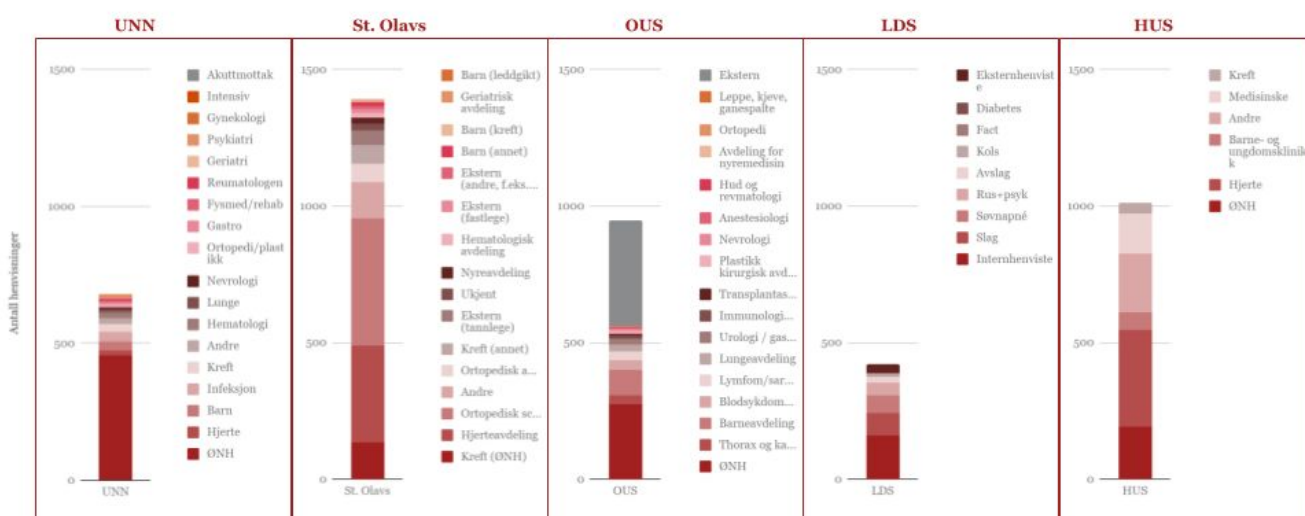
Behovet som er avdekket av de ansatte på forsøkssykehusene, omhandler flere pasientgrupper. Det er avdekket pasientgrupper som ikke har et tilstrekkelig oralt helsetilbud i dag, både pasienter som ikke har rettigheter til tannhelsehjelp hos det offentlige, og pasienter som har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, men som ikke mottar dette i praksis. Flere som har rett til stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til tannbehandling, er heller ikke kjent med disse rettighetene. I den sammenheng har forsøksordningen identifisert flere helsegevinster for pasientene ved å motta et sykehusodontologisk behandlingstilbud, jf. omtale i avsnitt 4.4. Forsøksordningen har også avdekket at det generelt er mangel på kunnskap om munnhulen. Særlig munnhulens forhold til kroppen og hvilken negativ effekt dårlig oral helse har på resten av kroppen. Den manglende kunnskapen gjelder både helsepersonell på sykehus, herunder leger og sykepleiere, og blant pasienter.

Samlet sett er vår vurdering at forsøksordningen har avdekket at det er et behov for orale helsetjenester på sykehus. I de følgende avsnittene utdypes dette behovet ytterligere.

4.2 Pasientgrupper

Vurdering av måloppnåelse

Både gjennomgangen av forsøkssykehusenes rapportering og intervjuene ved forsøkssykehusene avdekker at det er opparbeidet en del kunnskap om hvilke pasienter som kan nyttiggjøre seg orale helsetjenester ved sykehus. Sett under ett, er det enkelte pasientgrupper som går igjen på de fleste av forsøkssykehusene, noen store pasientgrupper har blitt behandlet på enkelte sykehus og så er det en del mindre pasientgrupper som har blitt behandlet omkring på de ulike sykehusene, jf. figur 4.1. I tillegg har det vært en grundigere kartlegging av enkelte pasientgrupper på flere av sykehusene, samt at enkelte sykehus har kartlagt pasientgrupper som en del av den systematiske kunnskapsoppbyggingen.



Figur 4.1 Oversikt over antall henvisninger mottatt av forsøksordningen ved de ulike sykehusene i 2017

Pasientgruppene som går igjen ved de fleste av forsøkssykehusene er i hovedsak pasienter som har kreft i hode-hals-området og pasienter som skal gjennomgå medisinske operasjoner på sykehuset. Sistnevnte pasientgruppe kommer fra ulike avdelinger på sykehuset, men særlig blir pasienter som skal gjennomgå thorax kirurgi (spesielt bytte av hjerteklaffer) og pasienter som skal foreta organtransplantasjon behandlet av det sykehusodontologiske personellet. Pasienter som har kreft i hode-hals-området kommer i hovedsak av Øre-Nese-Hals-avdelingen, hvor forsøksordningen er fysisk lokalisert i tre av fem forsøkssykehus. Denne pasientgruppen utgjør en stor del av henvisningene fra ØNH-avdelingen, som vi ser av figur 4.1 utgjør en relativt stor andel av de totale henvisningene på flere av sykehusene. I motsetning til enkelte pasientgrupper som kun har behov for å sanere munnhulen for infeksjoner, har kreftpasienter ofte behov for omfattende behandlinger og tett oppfølging av odontologisk personell i behandlingstiden, jf. nærmere omtale i avsnitt 4.2.

Blant de store pasientgruppene som har blitt behandlet på enkelte sykehus, er særlig eldre pasienter, personer med søvnapné og rus og psykiatriske pasienter fremtredende. Eldre pasienter er en sammensatt pasientgruppe som får behandling for ulike medisinske lidelser og sykdommer på sykehuset, og er ofte multimorbide pasienter. Tilstander i munnhulen kan være en del av sykdomsbilde eller en bakenforliggende årsak til sykdommer og lidelser. Personer med søvnapné blir som oftest henvist fra ØNH-avdelingen, og får behandling

om behandling ved hjelp av en apnéskinne. Dette er en relativt ny behandlingsform for søvnapné og et alternativ til CPAP-maske, og skinnen må tilpasses av spesialtrent tannlege. Rus og psykiatriske pasienter er en gruppe i befolkningen som har relativt dårlig oral helse, og som ofte har behov for omfattende oral behandling. Samtidig er det en gruppe med lav sosioøkonomisk status og de har i liten grad mulighet til å betale for behandling hos tannlege.

Av pasientgruppene som har vært grundigere kartlagt, skiller barn og unge seg ut. På tre av forsøkssykene har forsøksordningen ansatt pedontister eller knyttet til seg kompetanse fra andre aktører. Mye av fokuset på sykehusene har vært rettet mot barn med hjerteproblemer og spesielle syndromer.

Samtidig som forsøkssykehusene har opparbeidet seg en del kunnskap om pasientgrupper som kan nyttiggjøre seg orale helsetjenester, fremstår kartleggingen som relativt usystematisk. Særlig ut fra behovet for å etablere helhetlig kunnskap om orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus. Sykehusene har tilsynelatende kartlagt pasientgrupper som har størst behov for orale helsetjenester, men det later ikke til at de har gått systematisk frem og kartlagt alle avdelingene på sykehusene. En mulig forklaring kan være at Helsedirektoratet gjennom IS-2128 i liten grad ga føringer for innretning av kunnskapskartleggingen utover at det skulle planlegges for systematisk kartlegging ved første forsøksår. Slik sett savnes det en helhetlig plan for kunnskapsbyggingen som kan avdekke hvilke pasienter som kan nyttiggjøre orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus. En annen forklaring har blitt trukket frem av enkelte sykehus, hvor de rapporterer at de har begrenset kartleggingen fordi de har vært bekymret for å få for mange henvisninger som de ikke klarer å gi tilbud om behandling. For mange avvisninger kan føre til at henvisningene avtar og forsøksordningen får et dårlig rykte på sykehuset. Dette tankegangen fremstår som naturlig hvis formålet med ordningen var å gi flest mulig behandling, men tatt i betraktning at ett av forsøksordningens mål var å opparbeide kunnskap om mulige pasientgrupper har det virket mot prosjektet sin hensikt.

Vi registrerer også at rapporteringen av kartleggingen av pasientgrupper, herunder henvisninger, omfang av behandling m.m. har vært mangelfull i forsøksperioden. Rapporteringen er basert på skjema utarbeidet av Helsedirektoratet ved starten av forsøksordningen. Ved de halvårlige samlingene har Helsedirektoratet kommet med anbefalinger om hva som skal rapporteres. Gjennomgangen av disse viser at rapporteringen varierer stort på tvers av sykehusene, og ved ett av sykehusene har det ikke vært innrapportert behandling av pasienter i noen av årene. Vårt inntrykk er at Helsedirektoratet har hatt lite eierskap til de innsamlede dataene og i liten grad har fulgt opp de årlige innrapporteringene. Dette har medført at den mangelfulle rapporteringen i liten grad har hatt konsekvenser for prosjektlederne og forsøkssykehusene. I tillegg har det ikke foreligget noen nærmere forklaring eller definisjon på de ulike behandlingskategoriene som sykehusene skulle samle inn data om. Dette har ført til at sykehusene har ulike definisjoner på kategoriene, noe som gjør at dataene mindre sammenlignbare på tvers av sykehusene. En konsekvens av den manglende og ulike rapporteringen, er at innsikten om pasientgrupper oppnådd gjennom forsøksordningen ikke kan materialiseres fullt ut og at grunnlaget for å fatte videre beslutninger om det skal opprettes et permanent sykehusodontologisk tilbud er svekket.

Samlet er vår vurdering at kartleggingen av mulige pasientgrupper ikke har vært tilstrekkelig i forsøksperioden, og at den manglende systematiske innsamlingen av data gjør det vanskelig å si noe sikkert om det totale omfanget av pasienter som kan nyttiggjøre seg av tilbudet.

Vurdering av oppnådd innsikt

Når det kommer til hvilke pasientgrupper som *burde* få tilbud om oral behandling på sykehus, viser intervjuene at det er større enighet omkring noen grupper og mer delte meninger om andre grupper både blant de ansatte på sykehusene (odontologisk og ikke odontologisk personell) og blant eksterne aktører.

Pasientgruppene det er størst enighet om er pasienter med kreft i hode-hals-området, pasienter som skal gjennomgå operasjoner og barn og unge. For pasienter som har kreft i hode-hals-området, eller nærmere bestemt i munnhulen, og skal behandles med stråling er tennene i stor grad involvert. Det er behov for både tilsyn og behandling av flere typer odontologisk personell, herunder tannlege, tannpleier og periodontist, hvor behandlingen kan være ganske omfattende og spredt utover i behandlingsforløpet. Helsepersonell opplever at disse pasientene har stor nytte av det sykehusodontologiske tilbudet, og effekten fremstår særlig sterk der sykehuset ikke hadde et oralt helsetilbud før forsøksordningen ble implementert. Når det kommer til barn og unge, har den grundige kartleggingen vist udekkede behov for behandling, blant annet hos barn med kreftdiagnoser, og muligheter for å kombinere oral behandling med medisinsk behandling, f.eks. gjennom narkose. Samtidig har utfordringer ift grenses skillet mot fylkeskommunen blitt løftet frem, jf. omtale i avsnitt 4.9, og hvordan barn kan sikres et helhetlig behandlingstilbud. Barn og unge har ofte behov for oppfølging over lengre tid. Utover dette er det økende kunnskap om at pasienter kreft andre steder i kroppen får bivirkninger og senskader i munnhulen som følge av behandling³.

Ved flere av sykehusene har det vært diskusjoner omkring flere pasientgrupper om hvor de burde behandles og hvem som skal betale for behandlingen. Diskusjonen går både på grensesnittet mot det private tannlegemarkedet og til fylkeskommunen, herunder den offentlige tannlegetjenesten og de odontologiske kompetansesentrene. Blant annet er det enkelte som tar til ordet for at oppegående pasienter bør kunne behandles og følges opp av egen tannlege. Andre påpeker at det ikke er så enkelt fordi behandlingen og oppfølgingen kan være komplisert og at vanlige tannleger i for liten grad opparbeider seg kompetanse og erfaring til å gi fullverdig behandlingstilbud.

En pasientgruppe som har vært diskutert i intervjuene er søvnapnépasienter. Mens utgifter til CPAP-maske dekkes av det offentlige, kan skinner tilpasses av private tannleger og utgifter må dekkes av pasienten selv. Dette har utløst en diskusjon om pasienter som ønsker apnéskinner burde gis tilsvarende rettigheter og få dekket utgiftene til behandling som pasienter som får CPAP-maske. På flere av forsøkssykehusene har forsøksordningen tilpasset apnéskinner, blant annet etter ønske fra ledelsen. Det rapporteres at det krever mye ressurser og at etterspørselen etter skinner er stor. En annen pasientgruppe det er delte meninger om er personer innenfor rus og psykiatri. De har ofte dårlig oral helse og har store behov for behandling. Utfordringen er at behovene ofte er av enklere art, f.eks. konserverende behandling, som pasientene i hovedsak skal dekke utgiftene til selv. Dette har de imidlertid liten grad mulighet til å gjøre, noe som reiser spørsmålet om det offentlige i større grad skal dekke utgifter til behandling til denne gruppen. I tillegg er det ikke klart hvor pasientgruppen evt. skal få tilbud om behandling ettersom de i større grad har behov for behandling som tilbys i primærtannhelsetjenesten og ikke på sykehus, dvs. spesialisttannhelsetjenesten.

Vår vurdering er at forsøksordningen har avdekket at det er flere pasientgrupper som kan nyttiggjøre seg et oralt helsetilbud. Samtidig viser intervjuene at det er diskusjoner rundt flere pasientgrupper, hvorav noen er trukket fram her, og at det ikke er entydig hvilke pasientgrupper som burde få tilbud om behandling ved et eventuell permanent sykehusodontologisk tilbud. Dette skyldes flere forhold. Blant annet har ikke forsøksordningen opparbeidet tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å avgrense hvilke pasienter som bør få behandling. Det er også uklare grenseskiller mellom de ulike aktørene i den orale helsesektoren, samt at pasienter som har rettigheter til behandling ikke får et fullverdig tilbud, jf. omtale i avsnitt 4.9. I så måte fremstår det som hensiktsmessig å avklare og definere hvem den sykehusodontologiske pasienten er, dvs. hvilke pasienter som kvalifiserer til et tilbud om oral behandling på sykehus. Dette vil kreve en full kartlegging av pasientgrupper som kan nyttiggjøre seg av tjenestetilbudet, i tillegg til økt samordning og kunnskapsoppbygging på tvers av forsøkssykehusene. Gjennom intervjuene er vi kjent med at forsøkssykehusene har jobbet med å konkretisere hvem den sykehusodontologiske pasienten er, blant annet på de halvårlege møtene med Helsedirektoratet. Dette arbeidet og den innsikten som er oppnådd, er et godt utgangspunkt for videre arbeid med å definere hvem skal ha rett til orale helsetjenester på sykehus.

³ Se for eksempel <https://www.odont.uio.no/iko/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2016/wilberg-petter.html>

4.3 Type og omfang av behandling og odontologisk personell

Vurdering av måloppnåelse

Forsøkssykehusene har hatt et stort fokus på behandling av pasienter. I følge sykehusenes rapporteringer til Helsedirektoratet har i snitt sju av ti pasienter med behov for orale helsetjenester fått behandling av tannhelsepersonell på sykehuset i 2017. Tallet varierer sterkt fra sykehus til sykehus med 27 pst. behandlede pasienter på det laveste og 94 pst på det høyeste. Den store variasjonen kan skyldes ulike definisjoner av begrepene “behov” og “behandling”, som fører til ulik rapportering. I tillegg har sykehusene ulike forutsetninger og har prioritert forskjellig i prosjektperioden. For eksempel har forskning blitt prioritert sterkere ved St. Olavs Hospital og mange pasienter har blitt henvist til privatpraktiserende tannleger for utredning. På UNN derimot har de i stor grad behandlet alle pasientene selv, hvor blant annet muligheten for å henvise pasientene videre har vært mer begrenset.

En mulig årsak til at forsøkssykehusene har fokusert på behandlingene, er behovet for å gjøre det orale helsetilbudet kjent på sykehusene. På alle sykehusene har de ansatte i forsøksordningen gått aktivt ut å informert om prosjektet, blant annet ved å delta på avdelingsmøter, presentasjon av prosjektet, hospitering på avdelinger m.m. Gjennom å tilby behandling har de også nådd ut til flere pasienter, økt kunnskapsgrunnlaget og gjort tjenestene kjent for ikke-odontologisk personell.

I behandlingen av pasientene har det sykehusodontologiske personellet på flere av sykehusene utført alle “leddene” i et behandlingsforløp. Behandlingsforløpet består av undersøkelse, vurdering, behandling og oppfølging. Undersøkelse inkluderer både klinisk gjennomgang, samt eventuell videre supplerende undersøkelse f.eks. ved hjelp av røntgen. Behandling kan ta ulike former, bl.a. forebyggende, konserverende, lindrende og spesialistbehandlinger, som utføres av ulikt odontologisk personell.

Samlet sett, som følge av det omfattende behandlingstilbudet på flertallet av sykehusene, er vår vurdering at forsøksordningen har opparbeidet mye kunnskap om type og omfang av behandling, herunder praktisk erfaring om hvordan behandlingsforløpet kan organiseres og hvilke type personell som kan utføre behandlingene.

Vurdering av oppnådd innsikt

Intervjuene viser at det er stor enighet om at enkelte av leddene i behandlingsforløpet er nødvendige og dermed en del av “grunnpakken” i orale helsetjenester på sykehus. Leddene det er størst enighet om er undersøkelse, vurdering, samt forebyggende og lindrende behandling. Ved alle fem forsøkssykehusene tilbys disse tjenestene. De to førstnevnte er naturlig å gjennomføre dersom henvisningen til det orale helsepersonellet blir godkjent, mens i forhold til de to sistnevnte har behovet i stor grad blitt avdekket i forsøksordningen.

For de andre leddene i behandlingsforløpet er det vært diskusjoner om det skal tilbys på sykehuset, og i så fall til hvilke pasientgrupper. For flere pasientgrupper som har blitt henvist til forsøksordningen handler det i stor grad om å fjerne evt. infeksjoner i munnhulen. Blant intervjuobjektene har det vært delte meninger om saneringen bør utføres på sykehuset eller av privatpraktiserende tannleger. Å fjerne infeksjoner, dvs. konserverende tannbehandling, trekkes frem som relativt enkle orale inngrep som kan utføres av private tannleger, samtidig som flere påpeker at private tannleger ikke har tilstrekkelig kompetanse og erfaring til

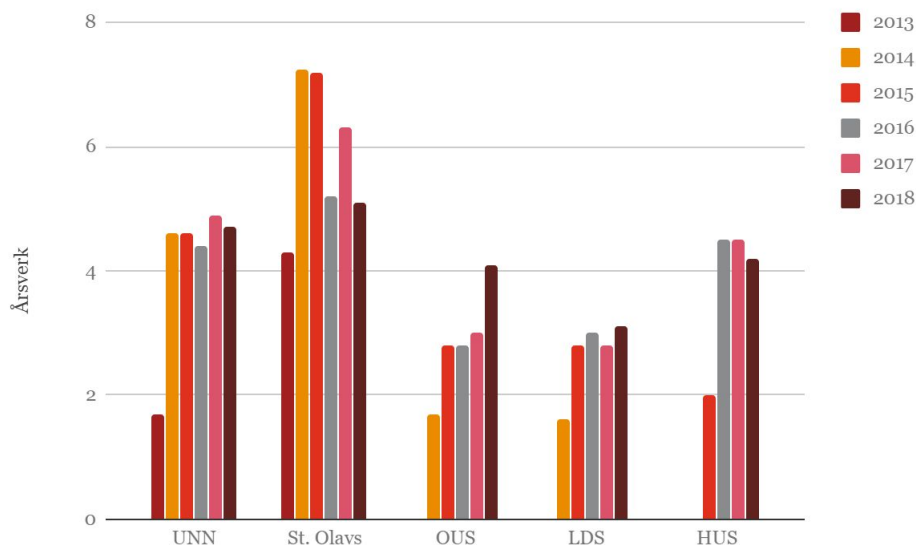
utføre arbeidet. Når det gjelder mer kompliserte behandlinger, som blant annet rekonstruksjon, har det også vært stilt spørsmål ved hvor stor del av behandlingen sykehuset skal tilby. For en del av behandlingene eksisterer det et velfungerende privat marked der pasientene får dekket deler av utgiftene til behandling. På den måten bidrar ikke forsøksordningen til å korrigere for svikt i markedet, men å tilby et rimeligere alternativ for pasientene. Intervjuene avdekker også at det er uklart hvor mye sykehusene skal dekke av oppfølgingen av pasientene. Oppfølgingen av tannhelsen skjer som regel i forbindelse med at pasienten er på sykehuset for kontroll. Spørsmålet som kan stilles er om oppfølgingen bør avsluttes når kontrollen avsluttes eller om sykehusene skal følge de opp lengre. Dette er særlig en aktuell problemstilling for barn og unge som kan ha behov for oppfølging i flere år i etterkant av inngrep. I tillegg må enkelte pasientgrupper som f.eks. pasienter med kreft i hode-hals-regionen som får strålebehandling gjennom omfattende rekonstruksjoner i etterkant, slik at etterbehandling og oppfølging naturlig hører til sykehuset.

Når det kommer til hvilke typer odontologisk personell som skal utføre behandlingene, har forsøkssykehusene i stor grad organisert seg likt. På flere av sykehusene er det tannpleierne som foretar undersøkelsene og vurderingene av pasientene, hvor tannlegen kan bidra inn i vurderingene om nødvendig. I tillegg utfører tannpleierne forebyggende og lindrende behandling. Tannlegene står for den konserverende behandlingen, mens spesialisttannlegene utfører mer kompliserte behandlinger de er spesialister på å utføre. Gjennom intervjuene har det imidlertid fremkommet at det er delte meninger. Flere av de ansatte i forsøksordningen mente at tannleger kan stå for en stor del av vurderingene og behandlingene, mens enkelte mente at problemstillingene for disse pasienter er så komplekse at kun tannlegespesialister burde vurdere og i stor grad behandle pasienter på sykehus. Sykehus er spesialisthelsetjenesten og ikke primærhelsetjenesten der tannlegen i hovedsak utøver sitt yrke. Dette kan være uttrykk for en profesjonskamp, siden tannleger er en relativt ny faggruppe på sykehus, mens oralkirurger, kjevekirurger og andre spesialister har en lenger historie på sykehus.

En sentralt spørsmål som forsøksordningen skal bygge opp kunnskap om, er hvor stort det odontologiske tilbudet skal være og således omfanget på bemanningen på hvert enkelt sykehus. Som vi ser av figur 4.2, varierer den totale bemanningen mellom forsøkssykehusene. Likt for alle sykehusene er at bemanningen har økt betydelig etter det første året i forsøksordningen, som er i tråd med forventningene for oppstartsfasen. Deretter har bemanningen fluktuert noe, men ved de fleste sykehusene har bemanningen stabilisert seg til et nivå som er tilpasset dagens midler og areal. Sammensetning av bemanningen varierer også fra sykehus til sykehus. Ved hvert sykehus var det i 2018 ansatt tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer i til sammen mellom 3 - 4 årsverk. Spesialistene på de ulike sykehusene utgjorde samme året mellom 0,1 - 1,3 årsverk med bortimot alle spesialistene ansatt i deltidsstillinger. En type spesialist som går igjen på flere av sykehusene er protetikere som utfører rekonstruksjoner, dvs. gjenoppbygging av broer, innsetting av implantater og proteser. Flere av sykehusene har også ansatt pedontister som er spesialisert på å behandle barn. I tillegg er det ansatt oral- eller kjevekirurger i forsøksordningen ved de fleste sykehus. Enkelte sykehus har også ansatt sykepleiere i forsøksordningen.

Hovedutfordringen i vurderingen av type og omfang av odontologisk personell er at forsøksordningen har hatt lite fokus på å avdekke og rapportere det totale omfanget av pasientgrupper som kan nyttiggjøre seg av et sykehusodontologisk tilbud. Den manglende systematiske kartleggingen og innrapporteringen fra sykehusene innebærer at forsøksordningen ikke gir et tydelig signal på hva som er det totale behandlingsbehovet ved sykehusene, herunder type og omfang av behandling. Ut i fra diskusjonen over er det heller ikke klart hvilke ledd i behandlingsforløpet som burde tilbys og om det skal diversifiseres på ulike pasientgrupper. Dette peker mot at det bør igangsettes et arbeid med å utforme faglige veiledere som tydeliggjør rettigheter til behandling fordelt på pasientgrupper. Når det ikke er mulig å fastsette det totale behandlingsbehovet på sykehusene, er det i sin tur ikke mulig å fastslå det totale behovet for type og omfang av odontologisk personell. Forsøksordningen har imidlertid opparbeidet seg en del kunnskap som indikerer at det ikke kan utformes en generisk "personellpakke" som kan etableres på sykehus med forskjellige pasientgrunnlag. Samlet er vår vurdering

derfor at det er behov for bedre kartlegging av de ulike “behandlingstypene” innenfor hver pasientgruppe før en kan anbefale type og omfang av behandling og innretning av personellet.



Figur 4.2 Utvikling av bemanningen i forsøksordningen for alle sykehus

Når det gjelder spørsmål om orale helsetjenester skal utvides utover forsøkssykehusene, er det argumenter både for sentralisering og spredning av tjenestene på ulike sykehus. Det kan argumenteres for at orale helsetjenester kan utvides til store akuttssykehus, siden noen av disse sykehusene delvis tilbyr de samme behandlingene som forsøkssykehusene. Imidlertid viser forsøksordningen at pasientgrunnlaget kan være for lite til at man kan forsvare kostnadene ved å tilby et forsvarlig oralt helsetilbud. Ved forsøkssykehusene har man løst dette med delte stillinger, for eksempel ved kompetansesentrene. Dette taler for at orale helsetjenester ved sykehusene bør sentraliseres eller konsentreres ved de sentrale helseforetakene i de store byene og andre store sykehus. Til tross for dette er det relativt mange (både blant sykehusodontologisk personell og ikke-sykehusodontologisk personell) som argumenterer for at tannpleiere er en viktig ressurs som burde tilsettes ved andre og mindre sykehus. Deres tjenester er verdsatt høyt og mange mener at deres kunnskap og tjenester vil være en nyttig supplerende til sykepleierne som ikke har tilsvarende kompetanse. Basert på erfaringene fra forsøksordningen er det grunn til å anta at fagmiljøet for tannpleiere vil være små, og de vil måtte fungere uten støtte fra annet sykehusodontologisk personell. Dette taler for at det vil bli relativt vanskelig å få tilstrekkelig legitimitet som faggruppe.

4.4 Helsegevinster for pasienten

Vurdering av måloppnåelse

En målsetning spesifisert i IS-2128 er å opparbeide kunnskap om hvordan tilbudet påvirker helsetilstanden hos de som får et tilbud. Kunnskapsgenereringen på sykehusene har i stor grad skjedd gjennom behandling av pasienter. Dette gjør at de ansatte i forsøksordningen får god kvalitativ innsikt i hvordan tilbudet påvirker pasientenes helsetilstand og det ble identifisert flere gevinster. Samtidig mangler det en systematisk tilnærming og kartlegging av gevinster. Vår vurdering at en slik kartlegging ville styrket kunnskapsgrunnlaget om hvilke pasienter som kan nyttiggjøre seg et oralt helsetilbud ved sykehusene.

Vurdering av oppnådd innsikt

Forsøksordningen har bidratt til å avdekke flere helsegevinster for pasientene som mottar et oralt helsetilbud på sykehuset. Blant annet bidrar tilbudet til at pasientene får raskere behandling og kortere behandlingsforløp. Spesielt for pasienter som venter kritiske operasjoner eller oppstart av kreftbehandling kan en raskere igangsettelse av behandlingen ha store effekter og i noen tilfeller være avgjørende for overlevelsen av pasienten.

Videre har det sykehusodontologiske tilbudet skapt gevinster for pasienter som tidligere ikke hadde et tilstrekkelig tilbud. Dette gjelder for eksempel psykiatriske pasienter. Disse har i løpet av årene i praksis mistet rettighetene sine i DOT når den gjennomsnittlige innleggelsestiden for pasientgruppen har sunket til under tre måneder. Forsøksordningen har gitt noen av disse pasienter et behandlingstilbud og bidratt til å avdekke behovet for å tilpasse lovverket til dagens behandlingsmåte. En videre gevinst for pasientene er at de får en mer riktig og helhetlig behandling når det finnes et oralt helsetilbud på sykehuset. Intervjuene har avdekket at det er mange tilfeller der pasientenes orale helseproblemer påvirker sykdomsforløpet uten at det blir oppdaget av behandlende leger og sykepleiere. Tilstedeværelsen av odontologisk personell på sykehuset har ført til at flere slike tilfeller blir avdekket. Forsøksordningen har økt bevisstheten og fokus på munnhulen blant ikke-odontologisk helsepersonell samt blant pasientene, som ofte ikke er bevisst over at oral helse kan påvirke resten av kroppen. Flere av intervjuobjektene har uttalt at forsøksordningen har bidratt til at "Munnhulen blir en del av kroppen".

For pasientgrupper der behandlingen nødvendiggjør oral rehabilitering med protetiske tilpasninger i etterkant av behandlingen ligger det også store gevinster i å ha en tannlegespesialist innenfor protetikkk på sykehuset ettersom protetikeren kan tilrettelegge for rehabilitering av tenner i forkant av behandlingen. For eksempel kan det gis råd om hvilke tenner som er kritiske å beholde for å ivareta muligheten å feste proteser til uten å måtte sette inn implantater. Videre kan det tas avstøpninger av tennene før de blir trukket for å bedre kunne utforme tannproteser til rehabilitering. Rehabiliteringsfasen er svært viktig for pasientene ettersom et mangelfullt tannsett i stor grad påvirker pasientenes opplevelsen av egen livskvalitet.

Utover helsegevinstene innebærer et oralt helsetilbud på sykehuset også lavere kostnader for pasientene ettersom oral behandling på sykehuset er gratis. Før forsøksordningen måtte pasienter i tillegg ofte dra hjem for å få oral behandling før oppstart av et behandlingsforløp på sykehus var mulig. Spesielt for pasienter med lang reisevei er det både tids- og kostnadsintensiv og forsøksordningen har bidratt til å redusere reisetid i forbindelse med behandlingen på sykehus betydelig.

En annen gevinst er høy pasienttilfredshet med behandlingen som ble observert av de ansatte i forsøksordningen og bekreftet i spørreundersøkelsen.

4.5 Systematisk kunnskapsoppbygging og forskning

Vurdering av måloppnåelse

Når det gjelder forskning, anbefalte Helsedirektoratet at vitenskapelige stillinger skulle legges inn i forsøksordningen og at sykehusets oppgaver, herunder forskning, måtte ivaretas innenfor det orale helsetjenestetilbudet på samme måte som øvrig tilbud i sykehuset. Gjennom intervjuene og rapportene fra sykehusene, later det imidlertid til at forsøksordningen i liten grad har etterlevd dette. Det er ansatt få personer med forskerkompetanse i forsøksordningen og det er igangsatt få forskningsprosjekter. Kun enkelte prosjektledere har forskningsbakgrunn og ved kun to sykehus ble det opprettet dedikerte forskningsstillinger

med små stillingsprosent. Dette kan ha ulike årsaker, som utfordringer med rekruttering og nedprioritering av forskning fremfor andre aktiviteter. Enkelte sykehus har også løftet fram at det ikke har vært tilstrekkelig med midler til å ansette forskere i større stillingsbrøker. Uansett årsak så er stillingsbrøkene ikke tilstrekkelig for å utøve utstrakt forskning, noe som gjenspeiles i at få av sykehusene har igangsatt egne forskningsprosjekter.

Helsedirektoratet ønsket også at forsøksordningen skulle legge til rette for å samle inn relevante data for forskning. Dette har forsøkssykehusene bidratt med i ulik omfang. Ved noen av sykehusene har det vært forsket innenfor søvnapné og bruk av søvnapnéskinner mens forsøksordningen ved andre sykehus har hatt et særskilt fokus på barn og unge. St. Olavs Hospital skiller seg ut med stort fokus på flere forskningsprosjekter om sammenhengen mellom oral helse og ortopedi., samt gjeDette arbeidet har allerede gitt noen preliminaire resultater som kan benyttes for å vurdere hvilke pasienter som kan nyttiggjøre orale helsetjenester på sykehus. Ved de andre sykehusene har man ikke kommet like langt i kartleggingen.

Det økte fokuset på forskning ved St. Olavs Hospital har påvirket omfanget av behandling som ble tilbudt. Sykehuset har ifølge de årlig rapporterte tallene behandlet den laveste andelen pasienter i forhold til antall henvisninger som ble mottatt. I tillegg har St. Olavs Hospital vært det sykehuset som har henvist flest pasienter videre til eksterne aktører innenfor det odontologiske fagfeltet. Det er i tråd med forventningene at forsøksordningen ikke evner å etterleve alle målsetningene med lik vektning og at økt fokus på ett område medfører mindre fokus på et annet område.

Etter vår vurdering har forsøkssykehusene i ulik grad bidratt med systematisk kunnskapsoppbygging, men at sykehusene har potensial for å delta mer aktivt og i større omfang enn i dag. For en eventuell videreføring av ordningen er det hensiktsmessig å definere klarere mål og forventninger på dette området og hvor mye ressurser som skal settes av til dette.

Vurdering av oppnådd innsikt

De ulike tilnærminger til forskning på de ulike sykehusene løfter spørsmålet om hvor stort behovet er for å utøve forskning innenfor oral helse på sykehus. Ettersom tilbudet er nytt er det opparbeidet lite kunnskap om effektene av behandlingen og flere av de ansatte i forsøksordningen pekte i intervjuene på at det ikke er tilstrekkelig med forskning på feltet. Intervjuene og en kort litteraturstudie viser at det eksisterer noe forskning om effekter av oral behandling og sammenhengen mellom munnhulen og resten av kroppen. Imidlertid er mye av den eksisterende forskningen fokusert omkring noen få temaer. Blant annet er sammenhengen mellom orale infeksjoner og infeksøs endokarditt vel dokumentert og det er også kjent at dårlig oral helse kan fremme lungeinfeksjoner. Andre sammenheng finnes det derimot lite forskning på.

Dette tyder på at det kan være en fordel å etablere forskningsmiljøer innenfor oral helse på norske sykehus, spesielt ved universitetssykehus. Imidlertid er det viktig å være bevisst over at forskning tar tid. Det å etablere forskningsmiljøer, bygge opp kunnskap, samle inn data, oppnå innsikt og formidle ny kunnskap krever mye tid og innsats. I tillegg er det dyrt å bedrive forskning og aktiviteten genererer ikke inntekter på lik linje med pasientbehandling. Det er derfor avgjørende å definere ønsket omfang av forskningsaktivitet på sykehusene og at det trekkes et klart skille mellom behandlings- og forskningsaktivitet. Dette kan etterleves ved å opprette dedikerte forskerstillinger innenfor sykehusodontologi. Det kan også være hensiktsmessig å benytte seg av forskningskompetanse hos eksterne aktører som universiteter og kompetansesentre.

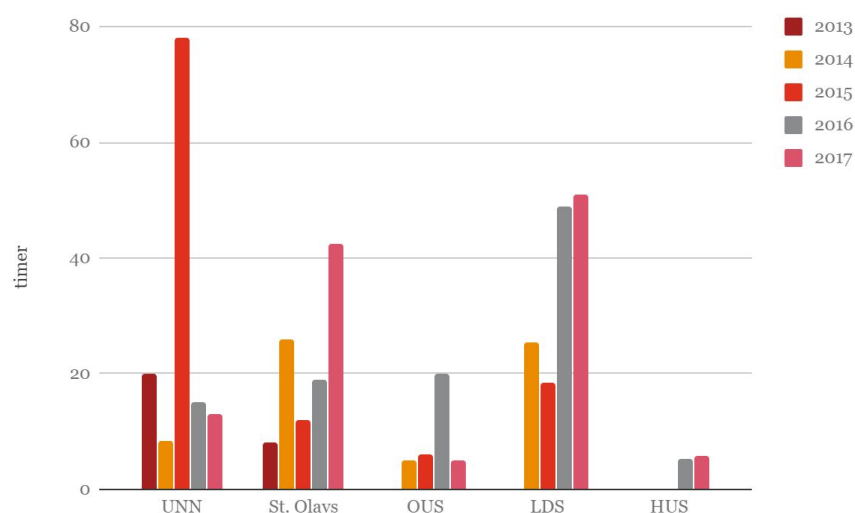
4.6 Kompetansebygging og opplæring

Vurdering av måloppnåelse

Ett mål i IS-2128 handlet om å opparbeide kunnskap om behovet for opplæring og veiledning, forebyggende tjenester mv. Når det gjelder opplæring av personer uten odontologisk bakgrunn har intervjuene avdekket at det er lite bevissthet om munnhelsen både blant ikke-odontologisk personell og blant pasientene. Dette tyder på at det er behov for opplæring og veiledning av disse persongrupper.

Opparbeidelsen av kunnskap har ved alle sykehus skjedd på en kvalitativ måte, ved å gi undervisning til både ansatte og pasienter ved ulike avdelinger. Opplæringen har variert fra år til år, og i gjennomsnitt ble det ved hvert sykehus brukt 22 timer årlig til opplæring av ikke-odontologisk personell, pasienter og noen eksterne aktører. Figur 4.3 viser at variasjonen mellom de ulike sykehus har vært tydelig. Det høye antallet timer brukt av UNN i 2015 begrunnes i at tannlegestudenter i 9. semester har vært til hospitering ved sykehuset i til sammen 72 timer.

Fremgangsmåten har ved enkelte sykehus vært mer systematisk enn ved andre, men bærer i stor grad preg av en “on the go”-approach. Det virker som om de ansatte i forsøksordningen måtte prøve seg litt frem for å finne kanaler for å spre kunnskapen sin. Det er naturlig for et lite tilbud som kommer nytt inn i sykehusdriften at det tar tid å finne sin plass i systemet. Samtidig kan det være hensiktsmessig å kartlegge opplæringsbehov og -mulighetene mer systematisk på tvers av alle avdelingene på sykehuset.



Figur 4.3 Rapporterte timer brukt til informasjon og opplæring av ikke-odontologisk personell, pasienter og eksterne aktører

Når det gjelder kompetansebygging av odontologisk personell på sykehuset, avdekker intervjuene at sykehusodontologi krever spesiell kunnskap som ikke nødvendigvis blir dekket i utdanningsløpet av odontologisk personell. De fleste av de ansatte med odontologisk bakgrunn mener derfor at det er viktig med kontinuerlig faglig videreutdanning. For å etterleve dette har de ansatte ved alle sykehus deltatt i ulike former for kurs, fagmøter og seminarer. Omfanget har variert stort fra sykehus til sykehus med mellom 90-190 timer med kursdeltakelse summert over alle ansatte i forsøksordningen på de enkelte sykehus i 2017. Også innholdet i kursene har variert i stor grad med kurs både innenfor administrative, odontologiske og ikke-odontologiske

fagfelt. Intervjuene avdekker at det kan være vanskelig å finne relevante kurs som resulterer i en mest sporadisk opparbeiding av kunnskapen som ikke er et felles løft.

Noen av de ansatte i forsøksordningen mener videre at det var lite tid og midler satt av til kompetansebygging. Ettersom forsøksordningen ved de ulike sykehus hadde relativt stor handlingsrom til å organisere aktivitetene selv, tyder dette på at kompetansebygging har blitt nedprioritert i forhold til pasientbehandling og andre aktiviteter. Likevel er vår vurdering at forsøkssykehusene har opparbeidet seg mye kunnskap om dette, og at de har avdekket at det er et stort behov for kompetanseoppbygging blant sykehusodontologisk personell.

Vurdering av oppnådd innsikt

Intervjuene har avdekket at det er lite bevissthet blant **ikke-odontologisk personell** rundt oral helse. For å ivareta pasientenes helse på best mulig måte er det viktig at pasientenes orale helse blir i større grad tatt hensyn til på sykehuset. Et eksempel på dette er innkomstjournalen som skrives ved pasientens innleggelse på sykehus. Pasienten blir undersøkt og intervjuet om sin sykehistorie. Som del av denne undersøkelsen skal munnen sjekkes. Kvaliteten av denne sjekken er derimot svært personavhengig. Mange leger ser kun på slimhinnene og glemmer å vurdere tennene eller mangler nødvendig kunnskap for å kunne si noe om pasientens tannstatus. Et annet eksempel for at det er lite bevissthet rundt oral helse er eldre pasienter som blir innlagt for underernæring. Disse pasienter kan ha dårlig tannhelse som følge av munntørrehet pga. medisinerbruk. Dette kan være en bakenforliggende årsak til at pasienten ikke får i seg nok næring, og som blir oversett av behandlende leger. En videre årsak for underernæring kan være tannproteser som sitter dårlig, spesielt når pasienten går ned i vekt. Dette gjør det ubehagelig å spise og kan resultere i vektnedgang. For denne pasientgruppen er det svært viktig at tannstatusen undersøkes ved innleggelse. Disse observasjonene tyder på at det er viktig med opplæring av ikke-odontologisk personell.

Som nevnt i vurderingen av måloppnåelse, har type og omfang av opplæringen gitt på de ulike sykehusene variert og til dels vært relativt sporadisk. For å sikre et tilfredsstillende nivå på kunnskapen om oral helse blant ikke-odontologisk personell er det lønnsomt å strukturere opplæringen på en systematisk og periodisk måte. Et godt eksempel på dette er de årlige kursene som blir holdt av de ansatte i forsøksordningen ved UNN for nyansatte sykepleiere. Det kan være hensiktsmessig å vurdere å innføre standard opplæringsløp eller kurspakker innenfor oral helse for ikke-odontologisk personell på sykehuset.

De ulike personellgruppene på sykehuset kan ha ulike behov for hva slags kunnskap de trenger. Intervjuene har avdekket at flere leger ikke ønsker å tilegne seg mye odontologisk kunnskap og foretrekker å ha et oralt helsetilbud tilstede som de kan henvise pasienter til. Likevel er det fordelaktig for legene å ha kunnskap om hvordan de kan undersøke munnhulen og identifisere potensielle problemer som infeksjoner eller belegg på tennene. Dette gir dem nok kunnskap for å sile ut pasientene som virkelig har behov for et oralt helsetilbud fremfor å henvise alle pasienter til odontologisk personell.

Sykepleierne har som regel tettere kontakt med pasientene enn legene og ser de mer regelmessig. Det er derfor også for dem hensiktsmessig å kunne identifisere potensielle problemer i munnhulen. I tillegg kan det være en fordel at sykepleierne har grunnleggende kunnskap om hvordan de kan utføre munnstell på pasienter og informere dem om hvordan pasientene kan ivareta egen oral helse. Her er det også viktig at tannpleierne er synlige og det kan være hensiktsmessig med tett samarbeid mellom tannpleiere og sykepleiere.

Ytterligere kan flere av pasientene ha utbytte av å få opplæring. De ansatte i forsøksordningen oppdaget at pasienter ofte har behov for informasjon og veiledning. Dette kan dreie seg om hvordan pasienten kan ivareta sin egen oral helse, spesielt hvis pasienten er utsatt for munntørrehet eller har sår i munnen som følge av strålebehandling. Pasienter kan også ha behov for informasjon om produkter de kan bruke til munnstell. Noen pasienter vet også for lite om hvilke rettigheter de har f.eks. i DOT. Flere av sykehusene har jobbet med å gi

informasjon til pasienter ved utarbeidelse av brosjyrer og enkelte sykehus har etablert regelmessige kurs i form av innlegg i lærings- og mestringskurs for blant annet ferdigbehandlede kreftpasienter. Dette er relativt enkle, forebyggende tiltak som kan gi store gevinster til pasientene.

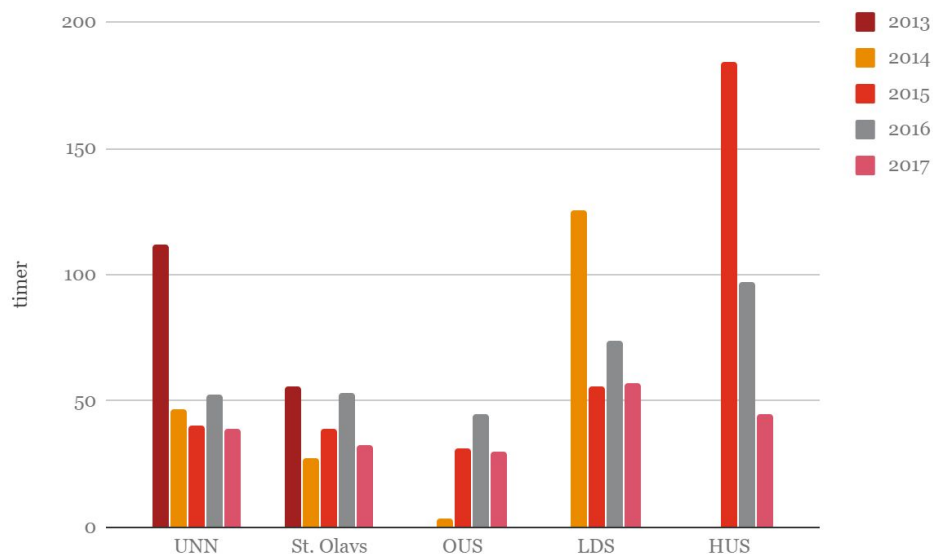
Når det gjelder **faglig kompetansebygging blant sykehusodontologisk personell** fremkommer det i intervjuene at det er store forskjell i mulighetene for opplæring for odontologisk og ikke-odontologisk personell på sykehus. Leger og sykepleiere på sykehus har et stort og velfungerende tilbud av kurs, videre- og etterutdanning. I tillegg er kompetanseheving en del av arbeidstiden fastslått i stillingen. Dette etterleves blant annet med dedikerte leseuker eller permisjon hvor legene er fritatt for pasientrelatert arbeid og kan fokusere på å sette seg inn i nye utviklinger i fagfeltet eller ta kurs.

Flere av de ansatte i forsøksordningen opplevde det som en utfordring å finne relevante kurs til egen kompetansebygging. Det skyldes blant annet at det er få kurs som er rettet spesifikt mot sykehusodontologi i Norge, ettersom det er et nytt fagfelt. I tillegg kan det være vanskelig å sette seg inn i kurstilbudet innenfor ikke-odontologiske fagfelt og vurdere hvilke kurs som kan være av interesse. Det kan derfor være hensiktsmessig at de ulike sykehusene samarbeider i å utarbeide planer for fag- og kompetanseutvikling for sykehusodontologisk personell. Dette vil spare tid for de ansatte til å finne relevante kurs og sikre en mer jevn kunnskapsbasis blant sykehusodontologisk personell. Det kan også være hensiktsmessig å benytte seg av kunnskap opparbeidet i andre land der sykehusodontologi har vært etablert i en lengre periode, som f. eks. i Sverige. Det bør vurderes deltakelse på internasjonale kurs og mulighetene for å ta online kurs kan etterlyses. Opprettelsen av den nye spesialisering i multidisciplinær odontologi, jf. nærmere omtale i avsnitt 4.8, gir også økte muligheter for formell kompetansebygging. Denne spesialiseringen er rettet mot sykehusodontologi og mulighetene for å benytte seg av enkelte kurs i videreutdanningen av odontologisk personell på sykehus kan utforskes. En videre opsjon for kompetansebygging kan være opprettelsen av fagfora for sykehusodontologi som gir sykehusodontologisk personell muligheten for å utveksle kunnskap på tvers av sykehusene. Dette er av spesiell interesse ettersom fagmiljøene for sykehusodontologi er små ved de respektive sykehus. For at slike fora lykkes, kan det være nødvendig at nøkkelpersoner innenfor sykehusodontologi deltar aktivt i foraene. I tillegg kan avholdelse av årlige møter bidra med å knytte kontakt mellom de sykehusodontologiske ansatte ved ulike sykehus.

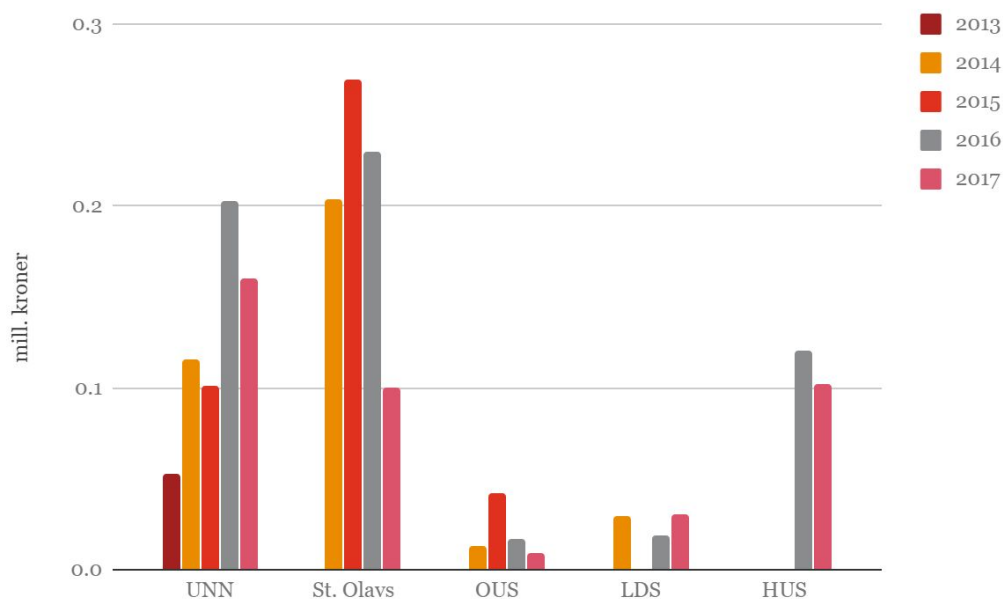
Noen av de ansatte i forsøksordningen mente videre at det er for lite *tid* satt av til kompetansebygging. Det er stor variasjon blant de fem sykehus i forsøksordningen angående hvor mye tid som ble brukt til kompetansebygging innad i forsøksordningen, jf. figur 4.4. Figuren inkluderer ikke tid brukt av enkelte ansatte til formell videreutdanning ved universitet eller høyskole. Ved tre av sykehusene var tidsbruken per årsverk til kompetansebygging i første rapporteringsåret omtrent dobbelt så høy som de etterfølgende årene. Det virker naturlig at det kreves økt fokus på kompetansebygging i oppstartsfasen av et nytt tilbud. I 2017 har antallet timer per årsverk brukt til kompetansebygging variert mellom 30 - 57 timer på de ulike sykehus. Dvs. at en fulltidsansatt i snitt ville brukt én uke i året på egen kunnskapsutvikling, noe som tilsvarer omtrent to prosent av arbeidstiden. For å sikre høy kvalitet av tilbudet er det viktig at sykehusodontologisk personell er faglig oppdatert. Det er derfor essensielt at det settes av nok tid til kompetanseheving også blant odontologisk personell.

Det ble også hevdet av flere intervjuobjekter at det var satt av for lite *midler* til kompetansebygging. Ifølge figur 4.5 som viser de rapporterte kostnader de ulike sykehus brukte til reise, kurs og kompetansebygging, er spredningen stor. Opp til 7 pst. av friske midler ble brukt til kompetansehevede tiltak. De største utgiftene ble rapportert av St. Olavs Hospital med totalt 0,8 mill. kroner brukt til reise, kurs og kompetansebygging i perioden mellom 2012 og 2017. De to Oslo-baserte sykehus derimot brukte kun rundt 80 000 kroner til reise, kurs og kompetansebygging mellom 2014 og 2017. En årsak for de store differansene er at de ansatte i forsøksordningen ved OUS og LDS i aller største grad deltok på lokale kurs og konferanser i Oslo, mens det har vært betydelig mer reiseaktivitet ved de andre sykehus knyttet til kompetansebygging. Dette er en naturlig konsekvens av at Oslo som hovedstad med høyest innbyggertetthet og lett tilgjengelighet ofte blir valgt som

møtested eller sted for kursavholdelse. Reiseaktiviteten gjelder i stor grad også studieturer til ulike sykehusodontologiske institusjoner eller deltakelse på fagdager. Ved både UNN, St. Olavs og HUS har ansatte i forsøksordningen for eksempel vært til hospitering i Sverige. Samtidig må det gjøres oppmerksom på at de gitte kostnadstallene er utsatte for mangler og feil i rapporteringen. Ved enkelte sykehus reiste de ansatte for eksempel på studieturer uten at det ble rapportert noen kostnader til reise, kurs og kompetansebygging i samme år. I tillegg er det uklart om de rapporterte tallene begrenser seg til kompetansehevende tiltak for de ansatte i forsøksordningen eller om tallene også inneholder kostnader til opplæring av ikke-odontologisk personell.



Figur 4.4 Antall timer per årsverk gått til kompetansehevende tiltak for de ansatte i tannteamet/den orale helseavdelingen i mill. kroner



Figur 4.5 Rapporterte kostnader brukt til reise, kurs og kompetansebygging i mill. kroner

4.7 Samarbeid med fagmiljøer utenfor sykehus

Vurdering av måloppnåelse

En av målsetningene for forsøksordningen er opparbeidelse av kunnskap om systematisk samarbeid med fagmiljøer utenfor sykehus. De fem forsøkssykehusene har etterlevd dette ved å inngå ulike former samarbeid med eksterne aktører. I hovedsak er det inngått samarbeid med Tannhelsetjenestens Kompetansesentrene, universitetene og fylkeskommunen gjennom DOT. Ifølge observasjonene har forsøksordningen klart å avdekke flere gevinster ved samarbeidet og flere ansatte trakk frem at det er svært viktig med god samarbeid med eksterne aktører. Samtidig har variasjonen av samarbeidet vært stor. Ved noen sykehus har samarbeidet blitt etterlevd via delte stillinger. Enkelte ansatte har kombinert sin stilling i forsøksordningen med en doktorgrad på universitetet eller annen videreutdanning og enkelte steder har de ansatte i forsøksordningen samarbeidet med fagmiljøer utenfor sykehuset til forskningsformål. Andre steder derimot begrenset samarbeidet seg i stor grad på utleie av narkoserom til DOT. Gjennom intervjuene har vi også oppdaget at samarbeidet tidvis har vært konfliktfylt. Dette handler i stor grad om utleie av narkoserom der det har vært uklarheter rundt ansvars- og oppgavefordeling som har skapt problemer. Ved enkelte sykehus har derimot personkonflikter stått i vei for etableringen av et samarbeid med enkelte aktører. Forsøksordningen har, samlet for alle sykehus klart å opparbeide kunnskap om ulike muligheter for samarbeid med fagmiljøer utenfor sykehus og det ble oppdaget både gevinster og utfordringer. Samtidig har kunnskapsoppbyggingen i stor grad skjedd via selve samarbeid og vi opplever at sykehusene kunne gått inn for en mer systematisk kartlegging av alle mulige samarbeidspartnere. Sykehusene har tatt for seg de mest åpenbare samarbeidspartnere, noe som danner et godt grunnlag. På den annen side er det potensiale for å føre samtaler om muligheter for samarbeid med flere aktører. Potensielle samarbeidspartnere kan være andre lokale eller regionale sykehus eller private og offentlige tannklinikker. Samarbeidet må herved ikke nødvendigvis handle om pasientbehandling, men kan omhandle kompetansedeling eller muligheten for å henvise pasienter mellom aktørene.

Vurdering av oppnådd innsikt

Som nevnt ovenfor har forsøksordningen klart å avdekke flere gevinster ved å samarbeide med fagmiljøer utenfor sykehuset. En stor fordel ved å samarbeide med lokale fagmiljøer er muligheten for å ansette flere spesialister i mindre deltidsstillinger på sykehuset i tillegg til deres deltidsstilling hos eksterne aktører. På den måten kan sykehusene oppnå en økt bredde i kompetanse hos odontologisk personell på sykehusene noe som resulterer i et bredere og mer helhetlig oralt helsetilbud. En videre gevinst for sykehusene er økt fleksibilitet i bemanning som resultat av å ha mulighet til å leie inn personell ved behov. Dette kan løse kortfristige bemanningsutfordringer (f. eks. ved sykdom, permisjon eller oppsigelse av ansatte) eller behov for fagkompetanse som ikke finnes på sykehuset. En ulempe med denne form for samarbeid er at det kan være krevende for odontologisk personell å håndtere deltidsstillinger ved ulike institusjoner. Flere ansatte opplever at de ender opp med å jobbe mer enn fulltid og at det er administrativt utfordrende å koble sammen stillingene spesielt hvis stillingen innebærer en tilkallingsfunksjon i akutsituasjoner.

Samarbeidet med fagmiljøer utenfor sykehuset gir også gevinster innenfor kompetansebygging. Ved å samarbeide er sykehusodontologisk personell med i å skape et større nettverk og fagmiljø å utveksle kunnskap med, noe som også kommer pasientene til gode. I tillegg kan sykehusene få gevinster ut av å benytte seg av forskningskompetanse som finnes ved andre institusjoner og samarbeide om kunnskapsoppbygging.

Ytterligere kan det være en fordel for sykehusene å etablere faste samarbeidsavtaler med eksterne fagmiljøer for å kunne henvise pasienter til. Dette kunne være en alternativ løsning til behandling på sykehuset for noen

pasientgrupper. For eksempel kunne pasienter som må få sanert tennene før operasjon, men som er friske nok til å kunne motta behandling utenfor sykehuset bli henvist til enkelte privatpraktiserende tannleger sykehuset har faste avtaler med. Dette ville spare sykehuset bemannings- og behandlingskostnader men fortsatt sikre at alle pasienter får god og lik behandling. I tillegg vil det være enklere for sykehusodontologisk personell å forholde seg til noen få privatpraktiserende tannleger med tanke på veiledning enn å forholde seg til spørsmål som kommer inn fra ulike behandlere. På den annen side kan slike samarbeidsavtaler resultere i mindre kontroll for sykehusene over pasientbehandlingen. Samtidig innebærer det flere uklarheter rundt pasientenes rettigheter til behandling og finansiering av den som må løses, jf. nærmere omtale i 4.1 og 4.9.

Når det gjelder samarbeid av ulike aktører om pasientbehandling som foregår på sykehuset har det i hovedsak vært kompetansesentrene og DOT som har behandlet pasienter i narkose. Intervjuene avdekket at det er økonomisk lønnsomt for sykehusene å leie ut narkoserom. Samtidig har forsøksordningen avdekket store utfordringer med slikt samarbeid. Ifølge intervjuene mangler det klare retningslinjer for hvem som har ansvar for pasienten, hvem som står for finansieringen og hvem som skal behandle pasienten. Det har tidligere oppstått komplikasjoner med pasienter og konflikter mellom aktørene er uønskkelige. En videre utfordring som ble omtalt i intervjuene er manglende tilgang til sykehusets journalsystem for odontologisk personell som ikke er ansatt ved sykehuset. Eksterne behandlere har dermed ikke innsikt i pasientenes sykehistorie og mangler potensielt viktige opplysninger for å sikre en trygg og faglig riktig behandling. Det finnes flere muligheter å løse disse problemstillinger. For eksempel kan det undersøkes muligheter for å gi eksterne behandlere tilgang til journalsystemet og det kan utarbeides klare retningslinjer for samarbeid om pasientbehandling. Flere av de ansatte med odontologisk bakgrunn som ble intervjuet av oss mener derimot at det bør være utelukkende personell som er ansatt på sykehuset som skal kunne behandle pasienter på sykehuset. På den måten ville sykehusene unngå ovennevnte problemer samtidig som det ville gi sykehusene flere gevinster som økt kontroll på aktivitetene, økt mulighet for styring og enklere administrasjon og planlegging av behandlinger.

4.8 Organisering og innretning

I Helsedirektoratets rapport IS-2128 ble det ikke satt noen mål om organisering og innretning. Intervjuene har imidlertid avdekket flere områder med forbedringspotensiale som omtales her.

Journalsystem

Som beskrevet i kapittel 3 har det vært utfordringer knyttet til bruk av journalsystemer ved flere sykehus. Opprinnelsen av problemet er at sykehusene bruker et annet journalsystem enn det som brukes av tannhelsepersonell. Journalsystemet Dips brukes av ikke-odontologisk helsepersonell på fire av de fem forsøkssykehusene. Systemet er tilpasset sykehusdriften og det er mulig å legge inn DRG takster for å generere inntekter via ISF. Opus er et journalsystem som brukes av den offentlige tannhelsetjenesten og flere privatpraktiserende tannleger, og de ansatte i forsøksordningen er i stor grad vant med å bruke dette systemet. Journalsystemet Opus er knyttet opp mot Helfo slik at det er enkelt mulig å registrere refusjonskrav. I tillegg er brukergrensesnittet i Opus visuelt utarbeidet, dvs. odontologisk personell er møtt med et bilde av tenner og mulighet for å trykke på enkelte tenner for å legge inn informasjon om tannstatus og utførte behandlinger. Dette er en funksjon mange av de ansatte i forsøksordningen savnet i journalsystemet Dips hvor registrering er mer tekstbasert.

Som følge av de manglende funksjonalitetene i journalsystemene, har flere av sykehusene benyttet flere system, ofte Opus i kombinasjon med og Dips eller lignende. Sykehusene har da brukt systemene parallelt og manuelt overført informasjon mellom systemene. Selv om denne dobbeltføringen sikrer det odontologiske helsepersonellet tilgang til flest mulig av de ønskede funksjonene, er det flere utfordringer knyttet til praksisen. Dobbeltføringen er ikke bare svært ressurskrevende og lite effektiv, men øker også sannsynligheten for å introdusere feil i registreringen ettersom mye av informasjonen må overføres manuelt mellom systemene.

Dette indikerer at det kan være gevinster å hente ved å kun bruke ett journalsystem og det virker naturlig å ta utgangspunkt i journalsystemene som allerede er i bruk. Både Dips og Opus trenger tilpasninger for å kunne stå alene og dekke alle nødvendige funksjoner. Som uttrykt i intervjuene med ansatte i forsøksordningen, er det essensielt å ha tilgang til pasientenes sykehistorie. I tillegg må journalsystemet være tilknyttet finansieringssystemet som skal brukes og det er ønskelig med et brukervennlig journalsystem som gjør det enkelt for de ansatte å registrere aktiviteter. Det er også verdt å vurdere gevinster ved å bruke det samme journalsystemet som resten av sykehuset. Disse ligger i hovedsak i mindre lisenskostnader og mindre administrativt arbeid for sykehuset ved bruk av ett og det samme journalsystemet på hele sykehuset. Hvilket journalsystem som er å foretrekke avhenger av hvordan de nevnte funksjoner er prioritert og hvilket finansieringssystem som skal tas i bruk for et sykehusodontologisk tilbud.

Det er åpenbart at det vil kreve både tid og midler for å tilpasse et journalsystem til ovennevnte krav. Videre er det uklart i hvorvidt de ulike journalsystemene kan tilpasses både med tanke på rettigheter og IT-arkitektur. Fordelene for odontologisk personell er derimot at det å kun bruke ett journalsystem vil spare de ansatte mye tid i hverdagen og ressursene kan benyttes på en mer effektivt og pasientrettet måte. I tillegg vil systemet være mindre feilutsatt og sykehuset vil oppnå bedre oversikt over sendte refusjonskrav.

Areal

Sykehus har som regel begrenset med plass og det kan være en utfordring å finne nok areal for å bygge opp et nytt tilbud. Dette har flere av de ansatte i forsøksordningen opplevd i prosjektperioden, jf. kapittel 3.4. Noen har blitt flyttet rundt flere ganger, mens andre måtte "kapre" et rom eller har ventet på et rom i flere år.

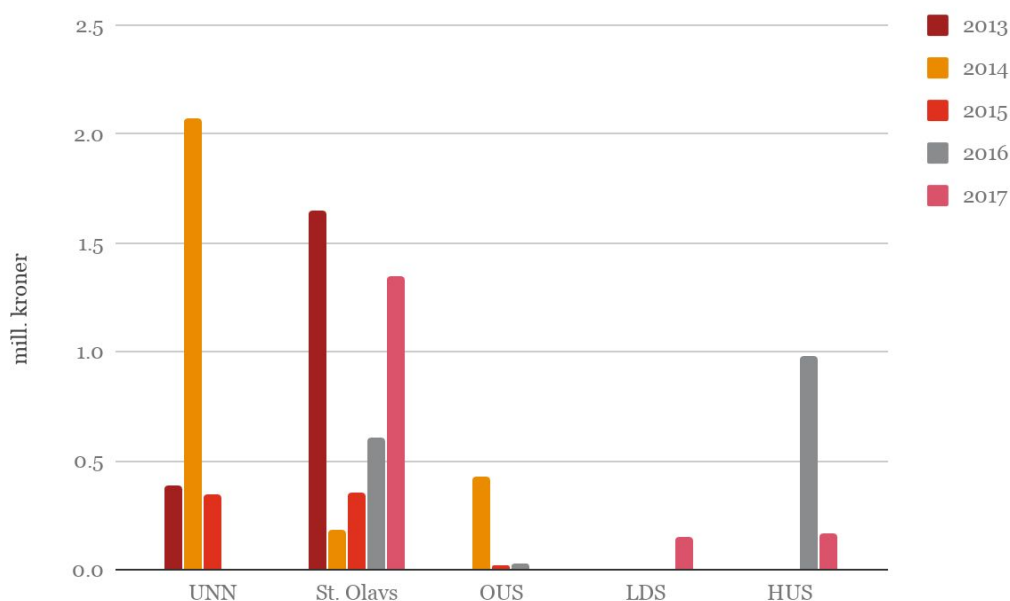
Ved de fleste av sykehusene har de ansatte i forsøksordningen opplevd at plassmangelen har begrenset enten bemanningen eller omfanget av behandlingstilbudet. Ettersom forsøksordningen har som mål å utforske behandlings- og bemanningsbehovet, er det nødvendig med justeringer i arealbruken over tid, spesielt siden antall henvisninger til forsøksordningen har vokst betydelig i løpet av forsøksperioden. Flere av de ansatte i forsøksordningen uttrykte i intervjusammenheng et ønske om egne behandlingsrom for tannpleiere og egne rom for kontorplasser. Ved flere sykehus gjennomføres i dag kontorarbeid på behandlingsrom. Overflytting av kontorplasser til egne rom krever mer plass, men øker kapasiteten til behandling ettersom behandlingsrom og kontorplasser kan brukes simultant og mer effektivt. I tillegg er det mer hygienisk å skille mellom oralmedisinsk og administrativt arbeid. Det er også lett å se behovet for at tannpleiere har tilgang til behandlingsrom ettersom de fleste undersøkelsene foregår i tannlegestolen. Om det er nødvendig å skille mellom behandlingsrom for tannpleiere og behandlingsrom for annet odontologisk personell må vurderes individuelt for hvert sykehus. Det kan være hensiktsmessig å skille hvis behandlingsbehovet er stort nok. I tillegg kan det være en fordel for de ansatte å kunne tilpasse ulike behandlingsrom de ulike behandlingsbehovene ettersom ulike personellgrupper utfører forskjellige typer behandling.

Plassmangel er en generell utfordring på de fleste norske sykehus, og ledelsen har flere tilnærminger til fordeling av areal. Ved noen sykehus må avdelingene betale internhusleie for rommene de bruker. Dette skal i teorien sørge for bedre oversikt over arealforbruk og tilhørende kostnader samt en optimert bruk av areal. Ved enkelte sykehus er tilgang til behandlingsrom avhengig av inntektsgrunnlag. For eksempel blir narkoserom noen steder tildelt de ulike avdelingene basert på høyden av inntektene behandlingen kan generere. Sistnevnte skaper utfordringer for forsøksordningen som per i dag i liten grad genererer inntekter. Uavhengig av systemet som brukes for å fordele areal blant avdelingene kan prioritering av et oralt helsetilbud i ledelsen være avgjørende for hvor mye areal som tilgjengeliggjøres.

Flere andre faktorer kan påvirke plassering av et sykehusodontologisk tilbud på sykehus. Blant annet kan mulighetene for innplasseringen begrenses, hvis det er nødvendig å samlokalisere et nytt tilbud med spesielle avdelinger, spesielt hvis disse allerede er utsatt for plassmangel. Det kan også være vanskelig å plassere et tilbud hvis det er uklart om tilbudet vil variere i omfang fremover i tid. Så langt i forsøksordningen har ikke

sykehusene tilstrekkelig kartlagt hele pasientgrunnlaget, som innebærer at behovet for areal ikke er klart i dag. Det kan være vanskelig å finne mer plass hvis tilbudet skal utvides på et senere tidspunkt, samt å finne ressurser til å tilpasse arealene til et odontologisk tilbud. På den andre siden er det ikke ønskelig fra sykehusets side å investere i ombygging og utstyr hvis tilbudet avsluttes noen år senere.

Siden forsøksordningen introduserte et nytt behandlingstilbud på de fem forsøkssykehusene, var det nødvendig å tilpasse den fysiske infrastrukturen. Dette innebar både ombygging av rom til behandlingsrom og kjøp av utstyr. Til sammen har de fem sykehusene investert nesten 9 mill. kroner i utstyr og ombygging av rom i forsøksperioden frem til 2017, jf. figur 4.6. Dette ble i sin helhet finansiert av de øremerkede tilskuddsmidlene sykehusene har fått fra HOD i de årlige Oppdragsdokumentene. Ettersom de ulike sykehus hadde ulike utgangssituasjoner, var ombyggings- og investeringsbehovet forskjellig. Dette begrunner de betydelig lavere investeringskostnader rapportert av to av sykehusene.



Figur 4.6 Utstyrsinvesteringer og ombyggingskostnader per sykehus i mill. kroner

Rekruttering

Som nevnt i kapittel 3 har flere av sykehusene møtt utfordringer tilknyttet rekruttering av odontologisk personell til forsøksordningen. Dette kan ha flere årsaker. I intervjuene kom det frem at det å jobbe på sykehus er veldig forskjellig fra å jobbe i en vanlig privat eller offentlig praksis. Pasientene som behandles på sykehus er til dels veldig syke, noe som kan være mentalt utfordrende for de ansatte men ikke minst krever veldig spesifikk kunnskap. I tillegg er fagmiljøet på sykehuset lite og de ansatte må kunne jobbe selvstendig og strukturere sin arbeidsdag på egen hånd. Flere av de ansatte i forsøksordningen hevdet at det kan være veldig tøft å jobbe på sykehus og enkelte mente at det til tider kan oppleves som ensomt. Det er forståelig at mange tannleger og tannpleiere ikke evner eller ønsker å jobbe under slike omstendigheter. Spesielt i områder med lav befolkningstetthet kan det være vanskelig å finne personell med relevant kompetanse.

En videre utfordring er at en stor del av stillingene innenfor forsøksordningen, spesielt for tannlegespesialister, er mindre deltidsstillinger. Flere av de ansatte i forsøksordningen har kombinert sin deltidsstilling på sykehuset med en deltidsstilling ved andre fagmiljøer som for eksempel på kompetansesentrene. Likevel kan det være svært krevende å kombinere to delte stillinger der flere hevder at de ender opp med å jobbe ytterligere enn en

full stilling. I tillegg kan det noen steder være vanskelig å finne potensielle aktører å kombinere en delt stilling på sykehus med.

Lønnsnivået på sykehusene er også en stor utfordring siden det er betydelig lavere enn inntektene til privatpraktiserende tannleger. Men også ved kompetansesentrene ligger lønnsnivået en del høyere enn ved sykehusene. I intervjuene trakk flere av de ansatte i forsøksordningen frem at dette oppleves som svært urettferdig. Enkelte trakk også frem at det for flere ikke er økonomisk gjennomførbart å jobbe i en full stilling på sykehuset på grunn av for lav lønn og at det kan være en bakenforliggende årsak for delte stillinger.

Ved en eventuell videreføring av tilbudet må rekrutteringsproblematikken adresseres. Når det gjelder kravene til spesifikk kunnskap kan den nye breddespesialiteten i multidisiplinær odontologi ha stor betydning. Videreutdanningen til denne spesialiseringen er under utprøving ved UiT Norges arktiske universitet siden 2012 med sitt tredje kull som blir uteksaminert i 2020. Denne spesialiseringen tar for seg flere ulike hovedfagområder og gir en breddekompetanse for behandling av voksne pasienter med særlig sammensatte behov – tverrfaglig odontologiske, psykiske og medisinske problemstillinger. Utdanningen ble evaluert i 2015 (Oxford Research) og evaluator påpekte blant annet at ved å gjøre tilpasninger i studieplanen kunne utdanningen bli egnet til å utdanne sykehustannleger. Rammeplanen for utdanningen har siden blitt justert. Dagens rammeplan bygger tydeligere på den svenske utdanningen Orofacial medicin som utdanner sykehustannleger og som gir spesialistgodkjenning (siden 2018). Spesialiseringen vil kunne være viktig for å sikre gode rekrutteringsmuligheter i fremtiden.

Et videre tiltak for å bedre integreringen av nytt sykehusodontologisk personell kan være å tilrettelegge veiledning og kurs som er tilpasset sykehusdriften. Dette vil resultere i at de nyansatte tilegner seg kunnskapen de trenger for å håndtere jobben på sykehuset.

Når det gjelder deltidsstillinger kan det være hensiktsmessig for sykehusene å etablere et godt samarbeid med eksterne aktører, som inkluderer rekruttering. Det kan være fordelaktig å utlyse delte stillinger ved ulike aktører samtidig, hvis det er mulig at én person kan kombinere stillingene for å fylle opp stillingsbrøken.

Den største utfordringen for rekruttering er det lave lønnsnivået sammenlignet med både fylkeskommunen og spesielt hos privatpraktiserende. En økning i lønnsnivået for sykehusodontologisk personell vil øke tilfredsheten blant de ansatte og tiltrekke flere kvalifiserte kandidater til stillinger på sykehuset. Det er imidlertid flere faktorer som må tas i betraktning når det gjelder lønnsnivået i den offentlige sektoren og en økning er vanskelig å oppnå. Således er en økning til lønnsnivået av privatpraktiserende tannleger og tannlegespesialister ikke realistisk. Samtidig er det grunnlag for å vurdere en utjevning av lønnsforskjeller mellom sykehusodontologisk personell og odontologisk personell som er ansatt i fylkeskommunen. Ytterligere burde lønnsnivået blant sykehusodontologisk personell tilsvare lønnsnivået av annet helsepersonell på sykehus.

Samlokalisering og tilknytning

Når det skal etableres et nytt tilbud på et sykehus kan det stilles spørsmålet om tilbudet skal være en egen klinikk eller om det skal tilhøre en eksisterende avdeling. Ved alle forsøkssykehusene har det nye odontologiske tilbudet blitt tilknyttet en eksisterende avdeling og flere gevinster med det ble nevnt i intervjusammenheng. Det kan være en fordel å være tilknyttet en eksisterende avdeling, da det orale helseteamet i liten grad har “egne” pasienter. Det behandles i stor grad pasienter som har kommet inn på sykehuset av andre årsaker enn tennene. En videre gevinst de ansatte i forsøksordningen trakk frem er at de får en tilhørighetsfølelse som gjør det lettere for dem å bli integrert i sykehusdriften. Dette kan handle om så lite som å ha noen å spise lunsj med, men som kan ha stor betydning for nyansatte spesielt siden odontologisk personell ikke er vant med å jobbe på sykehus og tilbudet er lite. I tillegg kan et nytt tilbud som blir tilknyttet en eksisterende avdeling benytte seg av den eksisterende infrastrukturen. Hvilken avdeling et oralt helsetilbud bør knyttes opp til må tilpasses lokalt. Det virker naturlig å velge en avdeling basert på overlapp i fagområder eller pasientgrunnlag. Ved

forsøkssykehusene har det nye odontologiske tilbudet blitt tilknyttet ØNH-avdelingene eller avdelinger der det allerede var ansatt odontologisk personell.

Flere av de ansatte i forsøksordningen mente også at fysisk samlokalisering skaper gevinster. Tilstedeværelsen av odontologisk personell øker bevisstheten omkring munnhelse og korte veier til pasientene øker fleksibiliteten av tilbudet.

Forankring i ledelsen

Observasjonene viser at graden av forankring av tilbudet i ledelsen varierer fra sykehus til sykehus. Ved noen sykehus trekker de ansatte i forsøksordningen frem at det er flere ledd mellom det sykehusodontologiske tilbudet og ledelsen, noe som gjør kontakten vanskelig. Andre viser til lite interesse og eierskap til prosjektet blant ledelsen. Dette kan ha sammenheng med at forsøksordningen har vært finansiert via faste tilskuddsmidler og har ikke inngått i den vanlige sykehusdriften hvor avdelingene må vise til utførte aktiviteter for å få midler via ISF. De fleste ansatte i forsøksordningen er enige om at det er viktig med god forankring i ledelsen for at det sykehusodontologiske tilbudet skal være "vellykket". Utviklingsmulighetene av ethvert tilbud på sykehus er avhengige av beslutninger som tas i ledelsen og det kan gjøre store utslag hvor interessert ledelsen er i tilbudet. Enkelte trakk i intervjusammenheng også frem at ledelsen vil få økt mulighet til styring hvis tilbudet blir finansiert gjennom sykehusets rammer.

Samhandling med ikke-odontologisk personell på sykehuset

Som nevnt i kapittel 4.5 er det lite bevissthet og kunnskap blant ikke-odontologisk personell omkring oral helse. Som følge blir pasientenes orale helse ikke ivaretatt på best mulig måte. Dette kan motarbeides ved å utarbeide bedre prosedyrer for oral sjekk hos pasienter utført av ikke-odontologisk personell. I tillegg kan det være en fordel å etablere faste tverrfaglige møtepunkter som inkluderer odontologisk personell. Dette vil gjøre det odontologiske tilbudet mer synlig og fremme tverrfaglig samarbeid.

Intervjuene viser også at ikke-odontologisk personell er usikre på hvordan pasienter skal henvises til forsøksordningen. Ved noen sykehus var det litt tilfeldig i hvilken postboks henvisningene havnet. Dette speiler observasjonen om at det har vært vanskelig for ikke-odontologisk personell å skille mellom forsøksordningen og annet odontologisk personell som er ansatt ved avdelingen. Ved andre sykehus måtte de ansatte i forsøksordningen stille krav om å motta henvisninger gjennom de offisielle kanalene da de ofte ble ringt og spurt om ikke de kunne stikke innom å se på en pasient. Registrering av pasienter gjennom formelle henvisninger kan være viktig for administrative formål som å ta ut statistikk. Dette tyder på at det kan være hensiktsmessig å utarbeide retningslinjer for interne henvisninger samt å ha mer tydelig kommunikasjon om hvor henvisninger skal sendes.

Ytterligere fremstår skillet mellom forsøksordningen og annet odontologisk helsepersonell på sykehus som kunstig innført og lite hensiktsmessig når det gjelder pasientbehandling og administrasjon. Det er naturlig at det oppstår et grenseskille når det etableres et nytt tilbud med ekstern finansiering i tillegg til eksisterende tilbud. Samtidig har de ulike tilbudene en viss overlapp i pasientgrunnlaget og type utførte behandlinger som gjør at grenseskillet i praksis blir noe uklart. De ulike sykehusene har valgt forskjellige tilnærminger til samarbeidet med eksisterende orale helsetilbud. Ved noen sykehus ble pasientene fordelt mellom tilbudene basert på type behandling som kreves mens fordelingen andre steder baserte seg på pasientens diagnose. Intervjuene avdekker at det er vanskelig å opprettholde en klar ansvarsfordeling mellom tilbudene samt at ikke-odontologisk personell har vanskeligheter for å skille mellom tilbudene. Dette tyder på at det er hensiktsmessig å integrere tilbudene som ble opprettet i form av forsøksordningen i de eksisterende orale helsetilbudene på sykehusene slik at de fremstår som ett oralt helsetilbud ved hvert sykehus.

I tillegg har sykehusene gjennom de årlige rapporteringene til Helsedirektoratet innhentet data som begrenser seg på det orale helsetilbudet forsøksordningen utgjør. Dette gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om det totale behovet for et oralt helsetilbud på sykehus. For eksempel ved Lovisenberg Diakonale Sykehuset er

bemanningen i den eksisterende sykehustannklinikken like høy som bemanningen i forsøksordningen. Dvs. at konklusjoner som baserer seg på en isolert betraktning av forsøksordningen vil ikke gjenspeile den reelle situasjonen og behovet for tjenesten vil bli undervurdert.

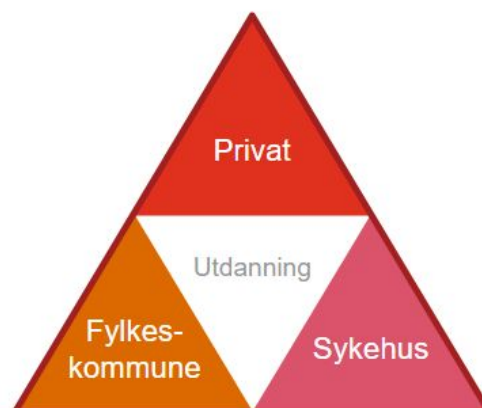
Når det er sagt har enkelte sykehus delvis rapportert tall som gjelder for hele avdelingen som innebærer forsøksordningen. Det er derimot vanskelig å lese ut av dokumentene om rapporterte tall og informasjon gjelder hele avdelingen eller kun forsøksordningen, noe som gjør det svært vanskelig å benytte data konstruktivt. For å opparbeide et godt datagrunnlag for å kunne evaluere omfanget av behovet for tjenesten kan det være en fordel å rapportere data både for forsøksordningen og for eksisterende tilbud. Dette kan være utfordrende å oppnå men vil gi mest mulig informasjon for å kunne danne et solid beslutningsgrunnlag.

4.9 Økonomiske og administrative konsekvenser

Vurdering av måloppnåelse

Et av målene med forsøksordningen var å opparbeide kunnskap om økonomiske og administrative konsekvenser som kan gi grunnlag for å vurdere eventuelle lovendringer når det gjelder rettigheter til spesialiserte orale helsetjenester ved sykehus.

Gjennom kartlegging av pasientgrupper, tilbud om behandling og samarbeid med eksterne aktører, har ansatte i forsøksordningen avdekket at det er uklare grenseskiller mellom aktørene i den orale helsesektoren når det kommer til behandling av pasienter. Over tid har det vokst fram mange aktører som tilbyr pasientbehandling, som illustrert i figur 4.7. Innen primærtannhelsetjenesten tilbys pasientbehandling av privatpraktiserende tannleger og fylkeskommunen gjennom den offentlige tannhelsetjenesten, mens i spesialisttannhelsetjenesten tilbys pasientbehandling av privatpraktiserende tannleger, regionale odontologiske kompetansesentre, utdanningsinstitusjoner gjennom universitetsklinikkene og nå også på sykehusene gjennom forsøksordningen. De uklare grenseskillene har oppstått både mellom primær- og spesialisttannhelsetjenesten og mellom aktørene innen spesialisttannhelsetjenesten. Som konsekvens blir det stilt spørsmål ved hvordan pasienter skal fordeles og hvordan behandlingstilbudet skal finansieres: Hvilke pasientgrupper skal det offentlige ta ansvar for og gi vederlagsfri behandling til, hvilke pasientgrupper skal få delvis økonomisk stønad og hvilke offentlige instanser skal tilby hvilken type behandling til hvilke pasientgrupper?



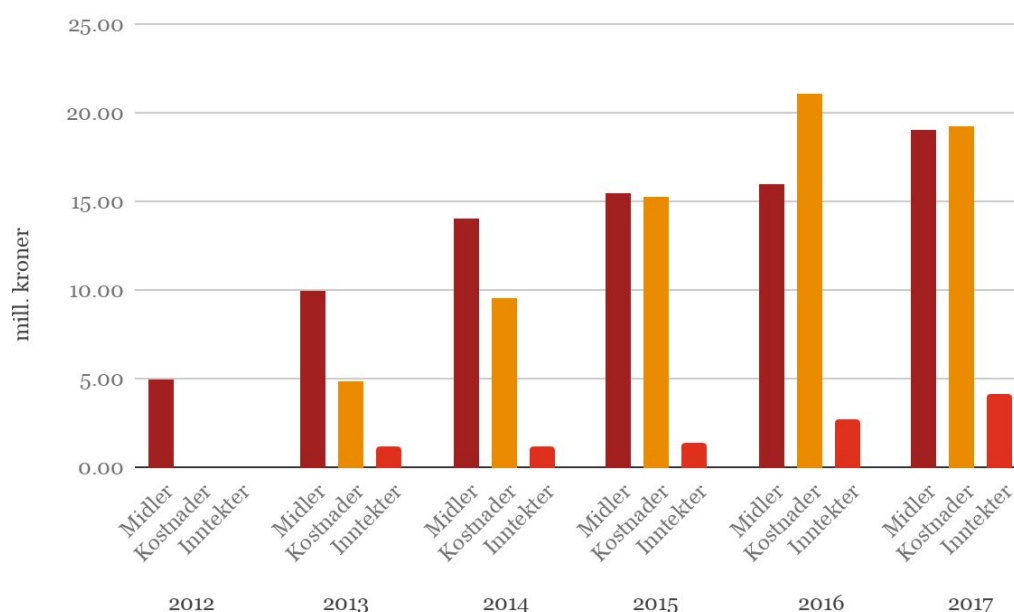
Figur 4.7 Illustrasjon av de ulike aktører innenfor den orale helsesektoren

I forsøksordningen har det odontologiske personellet på forsøkssykehusene valgt delvis ulik tilnærming i pasientbehandlingen. Til tross for at enkelte store pasientgrupper går igjen på flere av sykehusene, har de gitt

flere pasientgrupper forskjellig behandlingstilbud og kartlagt behovet på ulike avdelinger på sykehusene. Dette har trolig bidratt til at det har oppstått flere diskusjoner omkring hvilke pasientgrupper som burde få tilbud om oral behandling på sykehusene. Intervjuene viser at det er delte meninger blant personellet rundt flere pasientgrupper, ref. omtale i avsnitt 4.1. Denne ulike tilnærmingen og spredningen i pasientbehandlingen, fremstår som nyttig når det gjelder å opparbeide kunnskap om rettigheter til behandling på sykehusene. Sykehusene har brettet ut mulighetsrommet og etter vår vurdering opparbeidet mye kunnskap om pasientbehandling som har verdi for vurdering av endringer i lovverket.

Relatert til spørsmålet om rettigheter til orale helsetjenester på sykehus, er finansiering av tjenestetilbudet. Ved at flere av forsøkssykehusene har hatt et omfattende behandlingstilbud og forsøkt å generere inntekter, har de opparbeidet seg mye kunnskap om utfordringene på dette området. I rapporten om forsøksordningen (IS-2128), nevner Helsedirektoratet flere mulige finansieringsmuligheter; direkte oppgjør gjennom Helfo, innsatsstyrt finansiering (ISF) og egenandeler. I tillegg har Helsedirektoratet/HOD presisert i brev fra 2015 at sykehusodontologisk personell kan søke om refusjon fra Helfo. I intervjuene kommer det frem at det har vært uklart hvor utførte aktiviteter skal registreres og hvilket finansieringssystem som skal eller burde benyttes til å finansiere det sykehusodontologiske tilbudet. Sykehusene har valgt ulik praksis, som delvis skyldes at det har vært ulike tolkninger av lovverket. Helsedirektoratet har i forsøksperioden valgt å ikke overstyre sykehusene. På enkelte sykehus har ledelsen vært veldig klare på hva som er de "riktige" finansieringsmåtene, mens på andre sykehus har ledelsen hatt den stikk motsatte tolkningen.

Samtidig som forsøksordningen har bidratt til opparbeidelsen av mye kunnskap om utfordringer knyttet til finansiering, har det blitt opparbeidet lite kunnskap om selve inntektsgrunnlaget for det orale tjenestetilbudet. Forsøkssykehusene har hatt anledning til å generere inntekter i prosjektperioden, jf. figur 4.8. Inntektene har økt over tid, men totalt utgjør de en liten andel av de totale kostnadene ved forsøksordningen. Det er derfor uklart om et sykehusodontologiske tilbud kan generere tilstrekkelig med inntekter til at det kan forsvare sin plass på sykehus. Dette skyldes delvis praktiske hindringer, som f.eks. at det ikke er tilstrekkelig med DRG-koder for oral behandling, men det kan stilles spørsmål ved om økt koordinering og samordning på tvers av forsøkssykehusene kunne økt kunnskapsgrunnlaget. Med økt kunnskapsutveksling på tvers av sykehusene kunne man i større grad gått i dybden på hvilke finansieringssystem som er mest hensiktsmessig å benytte og vurdert løsninger på de praktiske utfordringene. Økt samhandling kunne potensielt også gitt et mer helhetlig og omforent bilde av hvordan et sykehusodontologisk tilbud kan etableres på permanent basis.



Figur 4.8 Rapporterte midler, kostnader og inntekter i forsøksordningen summert over alle fem sykehus

Samlet er vår vurdering at sykehusene har opparbeidet seg mye kunnskap om økonomiske og administrative konsekvenser ved å opprette et sykehusodontologiske helsetilbud. Samtidig stiller vi spørsmål ved den tilsynelatende lave graden av koordinering på tvers av forsøkssykehusene når det kommer til å benytte finansieringssystemene.

Vurdering av oppnådd innsikt

Det er flere årsaker til at det har oppstått uklare grenseskiller mellom aktørene i den orale helsesektoren. En sentral årsak er endringer som har oppstått i organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Den største nyere endringen er sykehusreformen i 2001 som innebar at ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble flyttet fra fylkeskommunen til de nyopprettede helseforetakene hvor staten ble eier. De spesialiserte tannlegetjenestene ble imidlertid ikke overført til helseforetakene, men liggende igjen hos fylkeskommunene. På enkelte sykehus opprettholdt fylkeskommunene sin tilstedeværelse etter reformen ved formalisert samarbeid med sykehusene og fortsatte å behandle pasienter som falt inn under deres ansvarsområdet. På andre sykehus ble tjenestetilbudet gradvis utfaset av ulike årsaker. Blant odontologisk helsepersonell ble det i intervjuene påpekt at det er praktisk utfordrende å tilby orale helsetjenester på et sykehus dersom man ikke er ansatt på sykehuset. Blant annet får man ikke tilgang til sykehusets journalsystem, som medfører at helsepersonellet ikke får tilstrekkelig informasjon om pasienten som er nødvendig for å tilby oral behandling.

I løpet av det siste tiåret har fylkeskommunene opprettet flere regionale odontologiske kompetansesentre. Sentrene skal blant annet behandle pasienter med kompliserte odontologiske utfordringer og bidra i spesialistutdanningen av tannleger gjennom tilbud av praksisplasser. En av Stortingets begrunnelse for å opprette sentrene var at fylkeskommunene ikke hadde et tilfredsstillende spesialisttannhelsetilbud til innbyggere som fylkeskommunene etter tannhelsetjenesteloven har ansvar for, og som må sees i sammenheng med sykehusreformen. En annen sentral årsak til at det er uklare grenseskiller er at lovverket ikke er tilpasset dagens tjenestetilbud. Da lovverket ble utviklet, var det langt vanligere med langtidsinnlagte pasienter på institusjoner og sykehus. Nå foregår mye av behandlingen poliklinisk og innleggelsestiden har falt drastisk. På enkelte sykehus er den gjennomsnittlige innleggelsestiden kun ett par dager. Denne utviklingen har medført at pasienter som tidligere hadde rettigheter til vederlagsfri tannlegebehandling, dvs. opphold på institusjon eller sykehus i mer enn tre måneder, ikke lenger har det, til tross for at de har samme medisinske problem. Dette har løftet spørsmålet om hvilke pasienter som bør få tilbud om vederlagsfri oral behandling og i så fall hvem som skal tilby og finansiere behandlingen. En ytterligere kompliserende faktor som kom frem under intervjuene, er at pasienter som har rettigheter til stønad til oral behandling eller vederlagsfri behandling hos offentlige aktører, ikke alltid mottar dette i praksis. Dette skaper utfordringer for andre aktører som tilbyr orale helsetjenester; skal de tilby behandling til disse pasientene, og i så fall hvem skal betale for behandlingen?

Opprettelsen av forsøksordningen later til å ha økt bevisstheten og oppmerksomheten om de uklare grenseskillene i pasientbehandlingen. I tillegg har den bidratt til å identifisere pasientgrupper som har behov for behandling som ikke får et offentlig tilbud i dag ved å tilby behandling til personer som ikke har hatt rettigheter på vederlagsfri behandling (dvs. polikliniske pasienter og pasienter som er innlagt på sykehuset i mindre enn tre måneder). Samtidig har forsøksordningen bidratt til å komplisere bildet ytterligere ved å tilby behandling til pasienter som har rettigheter til behandling i fylkeskommunen eller som har krav til stønad fra folketrygden for å dekke utgifter til tannbehandling. Forsøksordningen har tilbudt vederlagsfri behandling til pasienter som har rettigheter til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten (dvs. pasienter som er innlagt på institusjon lengre enn tre måneder, pasienter som mottar hjemmesykepleie, samt barn og unge) og pasienter som hatt rettigheter til hel eller delvis dekning av utgifter til oral behandling (etter folketrygdloven § 5-6) som har fått utført behandling hos andre aktører. I sammenheng med dette, har ansatte i forsøksordningen særskilt trukket frem grenseskillet til fylkeskommunen som uklart. Spørsmål som har blitt reist er blant annet i hvilken grad sykehusene skal tilby og finansiere behandling av pasientgrupper som barn og eldre som egentlig er fylkeskommunene sitt ansvar. I tillegg har flere av de ansatte opplevd at andre aktører, f.eks. fastleger og

privatpraktiserende tannleger, er usikre på om de skal henvise personer med kompliserte orale problemstillinger til sykehusene eller kompetansesentrene.

De uklare grenseskillene mellom aktøren i sektoren og spørsmålet om hvem som skal behandle og finansiere pasientgrupper, har flere uheldige konsekvenser. For det første går det utover personer som har behov for oral behandling. Personer som har rettigheter til oral behandling eller rett til å få dekket hele eller deler av utgiftene til en behandling, får ikke nødvendigvis det tilbudet de har rett på. I intervjuene fremkommer det at en del av det forebyggende arbeidet som ansatte i forsøksordningen utfører, består av å opplyse pasientene om deres rettigheter. Mange av pasientene har lite og mangelfull kunnskap til hva de kan få hjelp til hos det offentlige og hvor de skal henvende seg for å få denne hjelpen. Dette innebærer at pasienter som i utgangspunktet har like rettigheter etter lovverket ender opp med et ulikt behandlingstilbud, som er brudd på et viktig prinsipp innen offentlige helsetjenester. For det andre medfører det administrative kostnader for odontologisk personell. Det er ressurskrevende å foreta skjønnsmessige vurderinger av henvisninger og det kan skape stor usikkerhet.

I lys av de store endringene den orale helsesektoren har gjennomgått de siste tiårene, fremstår det som nødvendig å gjennomgå og oppdatere lovverket knyttet til det orale helsetilbudet i befolkningen. Forsøksordningen har økt kunnskapen og bevisstheten om utfordringene som sektoren står overfor og hvilke kostnader det har for samfunnet. Lovverket burde være tilpasset dagens organisering av helsetilbudet, hvor det er tydelig hvilke offentlige institusjoner som har ansvar for å tilby oral behandling til befolkningen og hvordan dette tilbudet skal finansieres. Det burde også utarbeides nasjonale retningslinjer som gjør det klart hvilke pasientgrupper som skal få tilbud om oral behandling hos hvilke aktørene. Dette vil gjøre grenseskillene mellom de ulike aktørene tydelige og sikre et mer likeverdig oralt behandlingstilbud.

Når det kommer til finansieringen av et sykehusodontologisk tilbud, er det viktig at det foreligger et velfungerende system. Å generere inntekter er en viktig del av forretningsmodellen i spesialisthelsetjenesten. I dag er finansieringssystemene for pasientbehandling i stor grad forskjellige i den orale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten finansieres i hovedsak gjennom en basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning, hvor sistnevnte også blir kalt innsatsstyrt finansiering (ISF), mens i den orale helsetjenesten benyttes i stor grad Folketrygdens refusjonssystem, dvs. direkte oppgjør fra Helfo, hvor det gis støtte til dekning av utgifter til tannbehandling til grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov. Erfaringene opparbeidet i forsøksordningen tilsier at det kan bli komplisert å bruke forskjellige finansieringssystemer avhengig av hvem som er henviser, diagnosen til pasienten og om pasienten har eller ikke har rettigheter etter lovverket, og at det er fordeler og utfordringer ved begge systemene. I intervjuene trekker ledelsen ved forsøkssykehusene frem at det er en fordel for styringen av sykehuset at det sykehusodontologiske tilbudet innlemmes i sykehusets drift på linje med andre aktiviteter. Dette innebærer at de orale helsetjenestene må benytte sykehusets finansieringssystem, dvs. innsatsstyrt finansiering. En annen fordel med dette er at ISF er koblet til sykehusets journalsystem, som ville gjort det enklere for sykehusodontologisk personell å registrere utført aktivitet. I forsøksordningen er det imidlertid identifisert flere utfordringer med finansieringssystemet. En sentral hindring er at DRG-systemet som ligger til grunn for beregninger av ISF-refusjon, ikke er dekkende for et oralt helsetilbud. Blant annet finnes det ikke koder for tannpleiere og kodene kan ikke diversifisere omfanget av behandlinger, f.eks. om det blir trukket en eller ti tenner i en behandling. I tillegg foreligger det ikke per i dag ICD-10-koder som omfatter orale diagnoser, som DRG-systemet er koblet opp mot. For at det sykehusodontologiske tilbudet skal innlemmes i ISF må det derfor utarbeides både ICD-10-koder og DRG-koder for et oralt helsetilbud. Dette er arbeidskrevende prosesser som krever et godt empirisk datagrunnlag over pasientgrupper, sykdomsforløp, behandlinger, kostnader m.m. Som påpekt tidligere, har ikke datainnsamlingen i forsøksordningen vært tilstrekkelig omfattende og systematisk til at dette arbeidet kan begynne. Det innebærer at dersom man skal igangsette et arbeid med å utarbeide et kodesystem for sykehusodontologiske tjenester, er det nødvendig med ytterligere datainnsamling på forsøkssykehusene. Journalsystemene som benyttes på sykehusene som er koblet opp mot DRG-systemet, er heller ikke tilrettelagt

for oral behandling. Det vil trolig kreve et nytt brukergrensesnitt om det skal tilbys orale helsetjenester på sykehus, ref. avsnitt 4.6.

Alternativt kan det sykehusodontologiske personellet benytte Folketrygdens finansieringssystem, dvs. refusjon fra Helfo. En fordel med dette systemet er at det er tilpasset orale helsetjenester og at det benyttes i fylkeskommunene, både i den offentlige tannhelsetjenesten og kompetansesentrene, og i deler av privat sektor. Terskel for å ta i bruk systemet er derfor lavt og det kan implementeres relativt raskt. Flere av forsøkssykehusene har allerede tatt det i bruk i prosjektperioden. Systemet er også kjent for store deler av det sykehusodontologisk helsepersonellet fra tidligere jobber. En utfordring ved å ta i bruk finansieringssystemet er at det er koblet til journalsystemet som benyttes av fylkeskommunen, dvs. Opus, og at dette journalsystemet ikke er tilrettelagt for sykehus, dvs. at det ikke kan vise pasientenes journaler. Ettersom mange av pasientene som har behov for oral behandling, har en medisinsk sykdom eller tilstand som de er inne til behandling for på sykehuset, er det svært nødvendig for det odontologiske helsepersonellet å ha tilgang til pasientenes journaler. For å benytte Helfo i dag må derfor sykehusodontologisk personell benytte to journalsystemer, som er veldig ressurskrevende, jf. omtale i avsnitt 4.6. Dersom finansieringssystemet skal tas i bruk på sykehuset, burde myndighetene derfor undersøke mulighetene for å tilpasse journalsystemene på de aktuelle sykehusene for å effektivisere ressursbruken. En annen utfordring som har blitt løftet fram i intervjuene, er at bevilgningene som skal dekke utgifter til tannbehandling via Helfo-refusjon, utgjør en fastsatt årlig ramme. Dersom sykehusodontologisk personell også skal få muligheten til å søke om refusjon fra Helfo for tannbehandling, vil det føre til et betydelig økt press på den årlige rammen. Dersom Folketrygdens finansieringssystem blir foretrukket ved et evt. sykehusodontologisk helsetilbud, må det vurderes endringer i rammebevilgningen.

Som beskrevet over er det både fordeler og utfordringer ved å ta i bruk de ulike finansieringssystemene. Hvilket finansieringssystem som skal benyttes, må derfor være basert på en helhetlig vurdering som tar hensyn til hvordan myndighetene ønsker å organisere tilbudet av orale helsetjenester og evt. endringer i lovverket og rettigheter til behandling.

4.10 Samlet vurdering

Intervjuene og vår spørreundersøkelse viser at det er et behov for orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus. Ikke-odontologisk personell gir klare tilbakemeldinger om at dette har styrket behandlingene av pasientene. Spørreundersøkelsen til avdekker at pasientene mener at det er en fordel å ha et tannhelsetilbud på sykehus. De opplever også at de er tilfreds med behandling. De legger særlig vekt på kommunikasjonen med tannhelsepersonellet og selve behandlingen.

Vår vurdering er at alle de fem forsøksordningene har gjennomført tiltak og aktiviteter som gjør at man har mer kunnskap et oralt helsetjenestetilbud organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus. Imidlertid er vårt inntrykk fra intervjuene og gjennomgangen av de årlige rapportene til Helsedirektoratet sykehusene i forsøksperioden har brukt mer tid på behandling av pasientene enn å kartlegge hele pasientgrunnlaget. En årsak til dette kan være at prosjektledelsen og de ansatte i forsøksordningen har hatt behov for å finne en plass på sykehusene og gjøre tjenestene kjent.

I tillegg er vår vurdering at forsøksordningen har avdekket at det er flere pasientgrupper som kan nyttiggjøre seg et oralt helsetilbud. Samtidig viser intervjuene at det er diskusjoner rundt flere pasientgrupper, og at det ikke er entydig hvilke pasientgrupper som burde få tilbud om behandling ved et eventuell permanent sykehusodontologisk tilbud. Dette skyldes flere forhold. Blant annet har ikke forsøksordningen opparbeidet tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å avgrense hvilke pasienter som bør få behandling. Det er også uklare grenseskiller mellom de ulike aktørene i den orale helsesektoren, samt at pasienter som har rettigheter til

behandling ikke får et fullverdig tilbud, jf. omtale i avsnitt 4.9. I så måte fremstår det som hensiktsmessig å definere hvilke pasienter som kvalifiserer til et tilbud om oral behandling på sykehus.

Ved å gjennomføre behandlinger har tjenestene blitt mer og mer verdsatt av ikke-odontologiske personell. Dette har også gitt mye praktisk kunnskap om at pasientene får et mer helhetlig tilbud. Spesielt for pasienter som venter kritiske operasjoner eller oppstart av kreftbehandling kan en raskere igangsettelse av behandlingen ha store effekter og i noen tilfeller være avgjørende for overlevelsen av pasienten. Munnhulen er et område som ikke har hatt tilstrekkelig oppmerksomhet blant ikke odontologisk personell. Gjennom foredrag og praktisk deltakelse på avdelingene har odontologisk personell bidratt til å etablere at “munnhulen er den del av kroppen”, dvs. hvilken betydning den har for helsetilstanden og sykdomsforløp. For sykehusene blir behandlingene mer effektive blant annet gjennom bedre pasientflyt, bedre samhandling, god og rett behandling av pasientene innenfor et lite tidsrom osv.

Til tross for at forsøksordningen har avdekket at det finnes helsegevinster ved å ha orale helsetjenester ved sykehus er ikke informasjonsgrunnlaget godt nok til å si noe om hvor store gevinstene er. Gevinstbildet er derfor ikke komplett og det er vanskelig å vurdere den samlede gevinsten av forsøksordningen. Det er også i liten grad gjort en systematisk kartlegging av kostnadsbilde ved å gjennomføre behandlingene. Uten kunnskap om kostnadene er det vanskelig å vurdere om den samlede ressursbruken kan forsvares, for eksempel ved å vurdere gevinstene opp mot kostnadene.

Slik sett er vår vurdering at forsøksordningen kunne ha gitt bedre grunnlag for å vurdere behovet for orale helsetjenester dersom de fem sykehusene hadde arbeidet mer systematisk. Det er først når dette kunnskapsgrunnlaget er tilstrekkelig, at det kan tas stilling til om ordningen med orale helsetjenester på sykehus skal være permanent, herunder hvilke pasienter som skal omfattes av tilbudet.

5. Anbefalinger

Vår gjennomgang av forsøksordningen ved de fem forsøkssykehusene avdekker at det er et **behov** for orale helsetjenester på sykehus. Tilbakemeldingen er unison fra pasientene, helsepersonell (odontologisk og ikke-odontologisk personell) og sykehusledelsen, og det er avdekket flere gevinster ved det orale helsetilbudet. Samtidig er vår vurdering at det opparbeidede kunnskapsgrunnlaget i forsøksperioden ikke er tilstrekkelig til å ta stilling til hvordan det odontologiske helsetilbudet på sykehusene bør organiseres og innrettes. Årsaken er at gevinstbildet ikke er komplett. Blant annet er det bare mulig å vurdere potensielle gevinster og i mindre grad mulig å si noe om hvor store de faktiske gevinstene er. Gjennomgangen av forsøksordningen finner heller ikke grunnlag for å kunne vurdere kostnadene som er forbundet med å behandle pasienter som har behov for orale helsetjenester. Slik sett er det ikke mulig å vurdere ressursbruken opp mot nytten eller gevinsten av å innføre for orale helsetjenester som en integrert del av sykehusene.

Vi anbefaler derfor at forsøksordningen videreføres ved at det etableres en **ny fase** av ordningen. Den neste fasen av prosjektet bør være tidsavgrenset med tydelige krav til forsøkssykehusene om hva som skal kartlegges og hvordan kartleggingen bør gjennomføres. De fem forsøkssykehusene har i forsøksperioden bidratt til at det etablert mye erfaring og kunnskap, og hensikten i fase to er å systematisere kunnskapen og datainnsamlingen i langt større grad, herunder hvilke pasientgrupper som bør omfattes av tjenestetilbudet, type og omfang av behandlingen og hvilke type odontologisk personell som bør inngå i det orale helsetilbudet.

I videreføringen av forsøksordningen burde det sees til det eksisterende orale helsetilbudet på forsøkssykehusene. I forsøksperioden har prosjektet hatt øremerkede midler, som har bidratt til at de i ansatte i forsøksordningen delvis har eksistert på siden av eksisterende odontologisk personell. I neste fase bør det tenkes mer helhetlig på det samlede orale helsetilbudet ettersom det er det dette handler om i stort; skal det opprettes et sykehusodontologisk helsetilbud eller ikke?

I den neste fasen av prosjektet anbefaler vi at det utarbeides en definisjon på hvem **den sykehusodontologiske pasienten** er, dvs. hvem som skal få tilbud om oral behandling på sykehus. Basert på vår gjennomgang av forsøksordningen har vi laget følgende forslag:

- Pasienten mottar behandling på sykehuset for en ikke-odontologisk sykdom eller lidelse, hvor tilstanden har en sammenheng med munnhulen
- Det er ikke mulig å gjennomføre den odontologiske behandlingen andre steder pga:
 - Immobilitet
 - Behov for rask behandling/ er i et pakkeforløp
 - Kompliserte tilfeller der det er behov for tverrfaglig behandling
- Behandlingen hos den primære tannhelsetjenesten ikke vurderes som tilstrekkelig

Definisjonen bygger på forutsetninger om at behandlingen bør gjennomføres på lavest mulig behandlingsnivå, samt at pasientens sosioøkonomisk status ikke blir en faktor i vurderingen av behandlingstilbudet. I tillegg til dette, anbefaler vi at det utarbeides faglige veiledere som tydeliggjør akkurat hvilke pasientgrupper som skal få tilbud om behandling og hvilke typer behandling de har krav på.

Bemanningen av det orale helsepersonellet må være tilpasset pasientgrunnlaget og behandlingsbehovet på det enkelte sykehus. Mange av sykehusene behandler de samme pasientgruppene, samtidig som det er stor variasjon i omfanget på behandlinger. Ved at forsøksordningen videreføres og det arbeides mer kunnskap om pasientgrunnlaget og type og omfang av behandling, vil det være lettere å vurdere innretningen på bemanningen av odontologisk personell på sykehusene.

En viktig del av fase to er økt fokus på **gevinstrealisering**. Gjennom systematisk arbeid med å realisere gevinster vil man kunne etablere verdifull kunnskap som kan bidra til å optimalisere innretningen av orale helsetjenester ved sykehus. Første steg i gevinstrealiseringsarbeidet er å identifisere potensielle gevinster. Her eksisterer det et godt grunnlag fra forsøksordningen som kan utnyttes. Dette arbeidet krever involvering og dialog med aktører og interessenter for å kunne gjennomføre en vurdering av hvor stort gevinstpotensialet er for de ulike gevinstene. Involveringen og dialogen er også viktig for å planlegge hvordan gevinstene skal realiseres. Blant ved å utarbeide gevinstrealiseringsplaner som gir oversikt over et samlet gevinstbildet, hvem som er ansvarlig for å realisere gevinstene, samt tiltak for å sikre at gevinstene blir realisert. Når gevinstrealiseringsplanen er på plass, bør det etableres rutiner og verktøy for å følge opp planen, herunder fordeling av roller og ansvar for oppfølgingen. Siden Helsedirektoratet har ansvar for forsøksordningen kan det være hensiktsmessig at de tar ansvar for oppfølgingen på tvers av sykehusene.

Et annet området hvor det behov for forbedringer er arbeidet med **opplæring og veiledning** av ikke-odontologisk personell. Vår gjennomgang viser at det har vært gjort mye godt arbeid. Samtidig bør det være mer systematisk rundt opplæringen for å øke kunnskapen om munnhulen blant ikke-odontologisk personell. Dersom f.eks. leger og sykepleiere har mer kunnskap om hvordan de kan undersøke munnhulen og identifisere potensielle orale problemer vil kvaliteten på behandlingen øke, som gir økte helsegevinster for pasientene.

De gode erfaringene med at forsøksordningen er tilknyttet en **eksisterende avdeling** bør videreføres. En viktig årsak er at dette er at det odontologiske helsepersonellet i liten grad har “egne” pasienter. De behandler i all hovedsak pasienter som har kommet inn på sykehuset av andre årsaker enn tennene, men hvor sykdommen har sammenheng med munnhulen på ett eller annet vis. Tilsvarende er det viktig at man ivaretar samhandlingen med ikke-odontologisk personell, men at dette gjøres mer systematisk for å ivareta den økende bevisstheten og kunnskapen omkring oral helse på sykehuset.

På alle forsøkssykehusene har prosjektet begrenset med **arealkapasitet**. I forsøksperioden dette vært utfordrende og det har begrenset utviklingen av det odontologiske helsetilbudet. For eksempel har det redusert muligheten for rekruttering og/eller muligheten for behandling. Ut fra dette er vår anbefaling at arealbehovet gjennomgås grundig i den hensikt å identifisere tilstrekkelig med areal til å tilby de sykehusodontologiske tjenestene.

I forsøksordningen har de fleste av sykehusene benyttet to **journalsystemer** pga. manglende funksjonalitet i systemene. Dette har vært ressurskrevende og gått på bekostning av kartlegging av pasienter m.m. Overføring av informasjon har blitt utført manuelt, noe som er lite effektivt og kilde til feilregistrering. I neste fase av prosjektet anbefaler vi at det igangsettes ett arbeid med å utvikle et journalsystem som er dekkende for det sykehusodontologiske personellet. Det innebærer at journalsystemet gir tilgang til pasientens sykehistorie og samtidig er knyttet til finansieringssystemet som skal brukes og har et tilfredsstillende brukergrensesnitt.

Utviklingen i den orale helsesektoren de siste tiårene med sykehusreformen, økt poliklinisk behandling og kortere sykehusinnleggelser, fremveksten av de regional odontologiske kompetansesentrene og opprettelsen av et sykehusodontologisk helsetilbud har ført til et **grenseskille mellom de ulike aktørene i sektoren**. Dette skyldes blant annet at lovverket ikke er tilpasset dagens tjenestetilbud. I denne evalueringen har vi derfor identifisert et stort behov for å gjennomgå grenseskillene mellom aktørene, hvor lovverket burde tilpasses dagens organisering av helsetilbudet og tydeliggjøre hvilke offentlige institusjoner som har ansvar for å tilby hvilke orale behandlinger til befolkningen og hvordan dette tilbudet skal finansieres. Neste fase av forsøksordningen hvor det arbeides med å definere hvem som bør få tilbud om oral behandling på sykehuset, vil bidra til å forberede grunnen til å gjennomgå lovverket. Vi er inneforstått med at endringer i lovverket er en tidkrevende prosess, men vi mener at tiden moden for endring, og at arbeidet bør ses i sammenheng med behandlingen av NOU 2018:16 “Det viktigste først – prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester”.

Revideringen av lovverket som gir endringer i pasientenes rettigheter til et sykehusodontologisk helsetilbud, må følges opp med et forsvarlig og velfungerende **finansieringssystem**. Å generere inntekter er en viktig del av forretningsmodellen i spesialisthelsetjenesten. Hvis det skal tilbys orale helsetjenester som en integrert del av sykehusene, mener vi at det er overveiende gode argumenter for at tjenestene finansieres tilsvarende som sykehusenes øvrige tjenester. Samtidig vil dette kreve betydelig arbeid med å lage ICD-10-koder og DRG-koder tilpasset et sykehusodontologisk helsetilbud. Vi anbefaler at man begynner å utrede mulighetene for et finansieringssystemet i neste fase av prosjektet, hvor valg av system tar hensyn til hvordan myndighetene ønsker å organisere tilbudet av orale helsetjenester og evt. endringer i lovverket og rettigheter til behandling.

Referanser

- Helsedirektoratet, Rapport IS-2128 (05/2014) Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus
- Helsedirektoratet, Rapport IS-2551 (01/2017) Seneffekter etter kreftbehandling, Faglige råd (S. 42-45)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014) Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien, Forskning og innovasjon i helse og omsorg (2015 – 2018)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) Sammen om kunnskapsløft for oral helse, Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017 -2027)
- St. meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, Framtidas tannhelsetjenester
- Innst. S. nr. 155 (2007-2008) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen, St. meld. nr. 35 (2006-2007)
- St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid
- Norges offentlige utredninger (2005:11) Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet, Et godt tilbud til de som trenger det mest, Utredning fra et utvalg oppnevnt ved Kronprinsregentens resolusjon 13. mars 2004. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 16. juni 2005.
- Tannstikka, Tidsskrift for Norsk Tannpleierforening (Nummer 02/2017, S. 12-14) Sykehustannpleie, Travel hverdag i Tromsø
- Den Norske Tannlegeforenings Tidende (2012; 122 Nr. 7, S. 543) Vil en breddespesialitet erstatte alle andre spesialiteter?
- Oslo Universitetssykehus (Rapport mars 2018) Forsøksordning for orale helsetjenester i tverrfaglig miljø
- Prop. 1 S (2011-2012) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2012
- Prop. 1 S (2012-2013) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2013
- Prop. 1 S (2013-2014) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2014
- Prop. 1 S (2014-2015) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2015
- Prop. 1 S (2015-2016) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2016
- Prop. 1 S (2016-2017) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2017
- Prop. 1 S (2017-2018) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2018
- Prop. 1 S (2018-2019) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2019

Loverk

- Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) - 01.01.1984
- Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten - 01.07.1984
- Lov om folketrygd (folketrygdloven) - 01.05.1997
- Lov om folketrygd (folketrygdloven), Del IV. Ytelser ved sykdom m.m., Kapittel 5. Stønad ved helsetjenester
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom - 01.01.2015

- Helse- og omsorgsdepartementet (Rundskriv I-7/2017) Regelverk og takster vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2018 - revidert 16. februar 2018
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) - 01.01. 2001
- Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften) - 01.01.2008