



Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus

Publikasjonens tittel: Beskrivelse av forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø i sykehus

Utgitt: 05/2014 (Skrevet i 2011, ny layout i 2014)

Publikasjonsnummer: IS-2128

ISBN-nr. 978-82-8081-311-4

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling allmennhelsetjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-2128

Hovedforfatter: Hilde Nordgarden, avdeling allmennhelsetjenester.

Medforfattere: Ragnhild Elin Nordengen, avdeling allmennhelsetjenester
Terje Vigen, avdeling sykehus tjenester

FORORD

Tilbudet om tannhelsetjenester for pasienter som er innlagt på sykehus kan bli bedre ved de fleste helseforetak. Det er i tillegg stort behov for kunnskapsoppbygging på området. Denne rapporten er utarbeidet av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2011. En bredt sammensatt referansegruppe med representanter fra ulike fagmiljøer med kjennskap til feltet, samt offentlige instanser og brukerorganisasjoner, har gitt nyttige innspill underveis i arbeidet. Rapporten utgjør det faglige fundamentet i «Forsøksordning med tannhelsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus».

Rapporten beskriver hvilke tilbud som gis i Norge i dag, samt hvilke tjenester som ytes i de andre nordiske landene. Deretter gis en vurdering av hva man vet om behovet for tjenesten i Norge, og behovet for å skaffe mer kunnskap på dette feltet. Til slutt fremkommer forslag og føringer om hvordan en forsøksordning kan organiseres og finansieres.

Personer som har størst behov for orale helsetjenester i sykehus skal prioriteres. Dette er alvorlig syke barn, personer med ulike former for kreft eller annen alvorlig og langvarig sykdom, og personer med psykiske lidelser med eller uten rusmiddelavhengighet. Personer med behov for rehabilitering eller som har geriatriske problemstillinger er også av dem som kan ha store og underkjente behov for orale helsetjenester.

Formålet med forsøksordningen er å skaffe mer kunnskap om behovet for oral helsehjelp til pasienter innlagt på sykehus. Den startet i 2012 ved to helseforetak og ble utvidet til fire helseforetak i 2014. Forsøksordningen vil også vurdere behovene til personer som ikke er innlagt, men som av ulike grunner har behov for tannbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det er videre et mål å utvikle god pasientflyt mellom helseforetaket, tannhelsetjenesten og primærhelsetjenesten for å sikre god samhandling og helhetlig behandling av pasientene. Videre er det et mål å få kunnskap om finansielle og organisatoriske forhold.

Samlet sett vil forsøksordningen fremskaffe kunnskap til arbeidet for å sikre et forsvarlig helsetilbud i spesialisthelsetjenesten som inkluderer oral helse.

Mai 2014

Jon-Torgeir Lunke
Avdelingsdirektør

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
INNLEDNING	6
SAMMENDRAG	7
1. BAKGRUNN	8
1.1 Mandat	8
1.2 Organisering av arbeidet	9
1.3 Terminologi	10
1.4 Bakgrunnsdokumenter	10
1.5 Rettslig grunnlag	12
1.6 Finansiering av pasientbehandling i oralt helsetjenestetilbud i sykehus. Dagens regelverk	13
1.7 Eksisterende tilbud om orale helsetjenester i norske sykehus	15
1.8 Hvor stort er det udekkede behovet og hvem trenger det?	20
1.9 Prioritering	25

INNHOOLD

2.	HVORDAN ER TILBUDET I ANDRE NORDISKE LAND	26
2.1	Sverige	26
2.2	Danmark	28
2.3	Finland	28
3.	HELSEDIREKTORATETS VURDERINGER AV ORALE HELSETJENESTER PÅ SYKEHUS	30
3.1	Generelt om orale helsetjenester på sykehus	30
3.2	Oppgaver	30
3.3	Sykehusnivå	31
3.4	Prioritering av og samhandling rundt pasienter	32
3.5	Behov for kompetanse	33
3.6	Behov for lokaler og utstyr	34
3.7	Organisatoriske forutsetninger	35
4.	FORSØKSORDNING MED OPPSTART I 2012 – HELSEDIREKTORATETS ANBEFALINGER	36
4.1	Målsetting	36
4.2	Gode fagmiljø / samhandling	36
4.3	Sykehusnivå/region	37
4.4	Gradvis oppbygging	38

INNHold

4.5 Erfaringer og systematisk kunnskapsoppbygging	38
4.6 Nødvendig behandling	40
4.7 Hvem trenger informasjon og hvordan nå dem?	40
4.8 Pasientforløp	41
4.9 Behov for utstyr og personell	42
4.10 Kostnader ved oppbygging av forsøksordningen	42
4.11 Finansiering av pasientrettet arbeid i forsøksordningen	43
4.12 Kompetansemessige utfordringer	43
4.13 Kriterier for valg av forsøkssykehus	45
4.14 Evaluering av forsøksordningen	45
4.15 Prosjektorganisering:	45

INNLEDNING

Dette dokumentet ble utarbeidet i 2011. Det ble lagt inn i Helsedirektoratets rapportmal i 2013 og publisert i mai 2014. Det faglige innholdet er ikke endret, men noe av teksten er omformulert.

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

Arbeidet ble organisert som et prosjekt med en intern arbeidsgruppe, styringsgruppe og prosjektleder. Det ble også opprettet en bredt sammensatt referansegruppe.

Helsedirektoratet har i rapporten valgt å gå bort fra uttrykket "tannhelsetjenester" til fordel for "orale helsetjenester", som oppfattes som mer dekkende. Det presenteres en gjennomgang av hvilke tilbud som allerede finnes ved norske sykehus og hvordan tilbudet er i våre naboland. Sverige bruker betydelig mer ressurser på sin "sjukhustandvård" enn andre nordiske land, men også der beskrives udekte behov for orale helsetjenester hos personer med sammensatte behov. Behovet for orale helsetjenester ved sykehus vurderes i forhold til tilgjengelig litteratur, og til slutt presenteres Helsedirektoratets faglige anbefalinger for forsøksordningen.

SAMMENDRAG

Helsedirektoratet mener en forsøksordning må gå over minst fem år for at det skal være anledning til å bygge god kunnskap om behovene. I rapporten beskrives hvordan direktoratet vurderer behov for utstyr og personell ved forsøkssykehusene, og kostnader ved den planlagte ordningen skisseres.

Målsettingen med ordningen er å bygge ny kunnskap om blant annet:

- Behovet for tjenesten og hvilke pasienter som kan nyttiggjøre seg et slikt tannhelsetilbud
- Type og omfang av behandling i tverrfaglig miljø ved sykehus
- Behovet for opplæring og veiledning, forebyggende tjenester mv
- 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
- Hvordan tilbudet påvirker helsetilstanden hos de som får et tilbud

For å skaffe erfaringer og data beskrives tre hovedstrategier:

1. Informasjon til fagmiljøer og opplæring av aktuelle fagpersoner
2. Kartlegging, utredning og eventuelt behandling av henviste pasienter. Pasienter skal kunne henvises internt fra andre avdelinger på sykehusene, men det skal også være mulig for lokal helsetjeneste å henvise pasienter på grunnlag av sammensatte og kompliserte medisinske behov.
3. En mer grundig kartlegging, undersøkelse og eventuelt behandling av selekterte pasientgrupper ved sykehuset. Dette er et verktøy for å skaffe kunnskap om hele grupper hvor man kan forvente at det er udekkede og neglisjerte behov.

Hvert forsøkssykehus må vurdere hvilke pasienter som skal kartlegges ut fra eget pasientgrunnlag.

Helsedirektoratet anbefales at følgende grupper prioriteres i kartleggingsdelen av forsøksordningen:

- 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

1. BAKGRUNN

1.1 Mandat

I april 2011 ga Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) Helsedirektoratet i oppdrag å beskrive en forsøksordning med tannhelsetjenester 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 denne fremgår det at tannhelsetjenester for innlagte pasienter ved sykehus er mangelfull, og at det er stort behov for kunnskapsoppbygging når det gjelder slike tjenester. I Innst. S nr. 155 (2007-2008) sier Helse- og omsorgskomiteén seg enig med de ulike høringsinstanser om tannhelsetjenester ved sykehus, og viser til Tannhelseutvalgets forslag (NOU 2005:11) om en forsøksordning for dette. Komiteén konstaterer også at tannhelsefeltet har problemer med hensyn til organisering og samhandling og etterlyser en bedre kommunikasjonslinje mellom fylkeskommunen og spesialisthelsetjenesten, slik at pasienter som i dag faller mellom to stoler, får bedre behandling. Oppdragsbrevet fra HOD peker også på at Helse- og omsorgskomiteén i Innst. 212 S (2009-2010), jf St.mld. nr 47 (2008-2009), «Samhandlingsreformen», mener det er en utfordring at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok. Helsedirektoratet har også i brev av 28.september 2010 med vedlegg gitt en oppsummering av foreliggende kunnskap

angående tannhelsetjenester ved sykehus, og en vurdering av kunnskapsgrunnlaget. Det framgår av redegjørelsen at det er stor variasjon i tilbudet av tannhelsetjenester ved sykehus både når det gjelder omfang, innhold og organisering. Videre er det mye som tyder på at mange sykehuspasienter ikke får den tannhelsehjelpen de har behov for.

HOD ba om at beskrivelsen minst skulle inneholde

- Organisatoriske, utstøys- og kompetansemessige forutsetninger som må være til stede for å kunne tilby et tverrfaglig tilbud om odontologisk behandling til pasienter hvor denne behandlingen har sammenheng med medisinsk behandling i sykehus, uavhengig av alder. Den odontologiske behandlingen skal omfatte både spesialistbehandling og andre odontologiske tjenester. Videre skal nødvendigheten av aktuell samhandling med fagmiljøer/helsetjenester utenfor sykehuset inngå i beskrivelsen. Det skal utarbeides standarder for pasientforløp.
- Hvilke sykehusavdelinger som er aktuelle for forsøk.
- Behovet for ulike forsøksordninger avhengig av type sykehus.
- Nødvendig samarbeid mellom forsøkssykehus og kjeve-/oralkirurgiske avdelinger/enheter på sykehus, med regionale odontologiske kompetansesentre og med medisinsk/odontologisk fakultet.
- Rekrutteringsmessige forutsetninger for å etablere forsøk.

- Struktur for systematisering av kunnskapsoppbygging i forsøksordningen hvor funn, erfaringer og data fra ordningen gir ny kunnskap om behovet for odontologiske tjenester på sykehus, type og omfang av behandling i tverrfaglig miljø, og systematisk samarbeid med fagmiljøer utenfor sykehus, dvs. både tannhelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Kunnskapsoppbyggingen må også omfatte kompetansemessige forutsetninger og økonomisk/administrative konsekvenser av slik karakter at det kan utgjøre grunnlagsmateriale for å vurdere eventuelle lovendringer når det gjelder rettigheter til spesialiserte tannhelsetjenester /tannhelsetjenester ved sykehus.
- Aktuell evaluering av forsøksordningen.

I oppdragsbrevet ble det også bedt om at erfaringer med odontologiske tjenester ved sykehus, inkludert oralkirurgisk virksomhet, i blant annet Sverige og Danmark, legges til grunn, og at berørte fagmiljøer trekkes inn i arbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet forutsatte at forsøksordningen skal forankres i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at den skal skje i regi av og med formell tilknytning til spesialisthelsetjenesten, hvor spesialisthelsetjenesten har arbeidsgiveransvar. Dette er, slik Helsedirektoratet ser det, viktig for at oral helse skal bli sett på som et likeverdig tilbud i sykehusmiljøet.

Beskrivelse av ”organisatoriske forutsetninger” forstår Helsedirektoratet derfor som en beskrivelse av organisering innad i sykehuset samt hvordan samhandlingen med aktører både internt og eksternt skal organiseres.

I oppdragsbrevet står det at forsøksordningen skal omfatte «tverrfaglig tilbud om odontologisk

behandling på sykehus hvor denne behandlingen har sammenheng med medisinsk behandling i sykehus». Imidlertid nevnes også at «en rekke barn blir født med sykdom, syndrom eller lidelse som omfatter store og kompliserte medisinske og odontologiske behov for diagnostikk, medisinsk og kirurgisk behandling og oppfølging. Mange av disse må følges opp av sykehus over flere år, også i voksenlivet. Flere av dem er født med få anlegg til blivende tenner, eller har en vekstutvikling av kjever mv. som innebærer at de i løpet av oppveksten og frem til fullt utvokste kjever, har behov for omfattende kirurgiske og odontologiske behandlinger med kjeveoperasjoner, tannproteser og tannregulering». Videre står det i oppdragsbrevet at «de odontologiske problemstillingene kan bli neglisjert eller mangelfullt ivaretatt som følge av manglende tverrfaglig spesialistmiljø på sykehus med tannlegespesialister eller med annen odontologisk kompetanse.»

Helsedirektoratet mener at forsøksordningen i tillegg må omfatte pasienter med kompliserte tilstander i munnhulen, selv om pasientene ikke har behov for andre tjenester ved sykehuset.

1.2 Organisering av arbeidet

Helsedirektoratet valgte å organisere arbeidet som et prosjekt med intern arbeidsgruppe, styringsgruppe og prosjektleder (Vedlegg 1). Det ble opprettet en referansegruppe med representanter fra eksterne fagmiljøer og organisasjoner. Det ble innhentet skriftlige og muntlige innspill fra referansegruppen, både i oppstartsfasen og underveis i arbeidet.

1.3 Terminologi

Som det fremkommer senere i rapporten vil tilbud om tannhelsetjenester i sykehus inkludere undersøkelse og behandling av hele munnen, noen ganger også omliggende vev. Begrepene «tannhelse» og «tannhelsetjenester» er innarbeidede begreper, som for tannleger betyr mer enn kun tenner. Den samme forståelse er antagelig ikke like godt innarbeidet i andre fagmiljø i sykehus eller hos brukere. Helsedirektoratet anbefaler derfor å bruke begrepene "oral helse" og "orale helsetjenester i sykehus".

1.4 Bakgrunnsdokumenter

Oppdragsbrevet fra HOD til Helsedirektoratet fra HOD tok utgangspunkt i stortingsmelding nr. 35 (2006-2007), Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, Framtidas tannhelsetjenester og i helse- og omsorgskomiteens innstilling jmf om denne: Inst. S. nr 155 (2007-2008). Dette omtales under avsnitt 1.1 Mandat.

Stortingsmelding nr. 47, Samhandlingsreformen, omtales også i oppdragsbrevet, og utdypes noe her. Meldingen peker på tre hovedutfordringer i dagens og framtidens helse- og omsorgstjenester:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok. Tjenestene er fragmenterte.
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Orale helse eller tannhelse er ikke nevnt spesielt i Samhandlingsreformen, noe helse- og

omsorgskomiteén tok opp i Innst. 212 S jf St.meld. nr. 47: «Tannhelse er, slik komiteen ser det, et viktig forebyggende tiltak som kan hindre innleggelse og plager for den enkelte.

Sykdommer i munnhulen påvirker den allmenne helsetilstanden på samme måte som annen sykdom, og dårlig tannhelse er en risiko for utvikling av andre sykdommer ved at bakterier spres gjennom blodløpet. Ved kroniske somatiske sykdommer kan grunnlidelsen eller medisinerbruk på grunn av sykdommen føre til økt risiko for tannskader og sykdom i munnhulen. Både når det gjelder ernæring, velvære og psykisk helse, er en god tannhelse viktig.

Komiteen viser for øvrig til behandlingen av St.meld. nr. 35 (2006–2007), Framtidens tannhelse, og Innst. S. nr. 155 (2007–2008), der det blant annet ble påpekt av komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre at «tannhelsefeltet har problemer med hensyn til organisering og samhandling. Det burde vært en bedre kommunikasjonslinje mellom forvaltningsnivåene, slik at pasienter som i dag faller mellom to stoler, hadde fått bedre behandling». Videre: «Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at det må fremmes en egen sak om tannhelse i lys av samhandlingsreformen med tanke på organisering og oppgavedeling.»

I planleggingen av orale helsetjenester i sykehus må det tas hensyn til sykehusenes funksjoner og hvordan de vil utvikle seg i framtiden. I Meld.St. 16, Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) beskrives hvordan regjeringen vil at spesialisthelsetjenesten skal utvikle seg: De regionale helseforetakene videreføres og skal fungere som redskap for å gjennomføre nasjonal helsepolitikk, og skal, gjennom sitt sørge-for-ansvar, sikre spesialisthelsetjenester til hele

befolkningen i sin region. De regionale helseforetakene eier underliggende helseforetak, det vil si somatiske og psykiatriske sykehus og en rekke andre institusjoner i spesialisthelsetjenesten. En desentralisert sykehusstruktur skal fortsatt ligge til grunn, og lokalsykehusene skal videreutvikles for å ha en viktig funksjon i den helhetlige helsetjenesten også i fremtiden. Regjeringen har foreslått at lokalsykehus minst skal inneholde tilbud om døgnbehandling innen spesialisthelsetjenesten, et bredt tilbud av dagtjenester, tilgang til nødvendig kompetanse for rask og effektiv diagnostikk, et lokalt tilpasset akutttilbud og jordmortjeneste. Det er i dag variasjon i tilbudet ved de ulike lokalsykehusene. Pasienter som ikke kan tas hånd om i lokalsykehus tas hånd om på høyere nivå, dvs. sykehus med område-, regionale-, flerregionale-, eller nasjonale funksjoner. Flere sykehus har funksjoner på flere nivå.

Innenfor psykisk helsevern er trenden den samme, og det er blant annet etablert distriktpsykiatriske sentra rundt i landet som skal ta seg av personer med psykisk sykdom, og det er planer for lignende desentralisering av rusomsorgen.

Helsedirektoratet ga i 2009 ut en Handlingsplan for habilitering av barn og unge som også tar opp temaet tannhelse: «Tannhelsetjenesten har en utfordring i det å være en organisasjon som samhandler, utveksler informasjon og utvikler seg slik at tannhelsepersonell regnes som relevante samarbeidspartnere i habiliteringsarbeid.» I dokumentet pekes det spesielt på at det finnes få spesialister i pedodonti i Norge, og at den type kompetanse er viktig for funksjonshemmede barn og unge. Et tiltak som foreslås er at det ansettes

pedodontist ved de regionale odontologiske kompetansesentrene som er under utvikling.

Statens folkhälsoinstitut i Sverige påviste i en rapport fra 2008 at mer enn ti ganger så mange personer med funksjonsnedsettelse har dårlig tannhelse sammenliknet med den øvrige befolkningen. De går også sjeldnere til tannlege enn den øvrige befolkningen¹.

Socialstyrelsen i Sverige gjennomførte i første halvdel av 2000-tallet et ettersyn med instanser som jobber med barns munnhelse, dvs. habiliteringstjenester, allmenntannhelsetjenesten og spesialistklinikker i pedodonti. Bakgrunnen var at barn og ungdom med medfødte eller ervervede funksjonshemninger kan ha økt risiko for utvikling av munnsykdommer og orale funksjonsforstyrrelser som krever tverrfaglig samarbeid. De konkluderte med at det er helt nødvendig med et økt og strukturert samarbeid mellom habiliteringen og tannhelsetjenesten omkring barn og unge med funksjonshemninger². Samarbeid er nødvendig for at man tidlig skal kunne identifisere behov og vanskeligheter i arbeidet med å holde munnen frisk, motvirke sykdomsutvikling og forbedre orofacial funksjon. Samarbeid rundt det enkelte barn bør starte tidlig. Socialstyrelsen har også beskrevet at tannbehandlingstilbudet til hjerneslagpasienter ikke er tilfredsstillende i Sverige, og anbefaler at alle disse pasientene må tilses av tannlege eller tannpleier innen et år etter de ble syke. Bakgrunnen er at mange etter et slag får redusert evne til egenomsorg³.

¹ Statens folkhälsoinstitut, Sverige (2008) Onödig ohälsa Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning

² Socialstyrelsen, Sverige (2005). Munnen – en del av kroppen Tillsyn i västra Götaland och Halland med inriktning på munvård för barn och ungdomar med funktionshinder

³ Socialstyrelsen, Sverige: Nationell utvärdering 2011 – Strokevård – Delrapport: Landstingens insatser

Veileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten, som ble utgitt av Helsedirektoratet i 2009 slår fast at «kommunen har ansvar for oppfølging av generelle helseproblemer og helsetilstander, herunder forebyggende tiltak og vedlikeholdstrening av ferdigheter. Dette er oppgaver som ivaretas av fastlege, fysioterapitjeneste, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten med videre. Ved behov må disse instansene samarbeide med relevante spesialisthelsetjenester.»

1.5 Rettslig grunnlag

Den offentlige tannhelsetjenesten skal i følge tannhelsetjenesteloven § 1-3 gi et regelmessig, oppsøkende og vederlagsfritt tilbud til barn og ungdom, psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon samt grupper av eldre, langtidssyke, uføre i institusjon og hjemmesykepleie når institusjonsoppholdet eller pleien har vart sammenhengende i 3 måneder eller mer. Tannbehandling som har sammenheng med eller påvirker den sykdom pasienten er innlagt for eller får pleie for, skal ytes vederlagsfritt selv om institusjonsoppholdet eller pleien ikke har vart i 3 måneder. Dette gjelder også institusjoner i spesialisthelsetjenesten og institusjoner som har avtale med helseforetak/RHF.

Formålet med LOV 1999-07-02 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), er å fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning, bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, til et likeverdig tjenestetilbud, til at ressursene utnyttes best mulig, til at tjenestetilbudet tilpasses pasientenes behov og at tjenestetilbudet er tilgjengelig for pasientene. Det er

helseforetakenes ansvar at befolkningen i regionen blir tilbudt spesialisthelsetjenester. Loven slår også fast at sykehusene har ansvar for pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Lov-1999-07-02-63 Pasientrettighetsloven slår fast at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Prioriteringsforskriften (FOR-2000-12-01-1208) utdyper dette ved at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp når

- pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
- pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
- de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt

Alle tre vilkår må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 andre ledd. Pasientene gis derved forrang i forhold til andre som også vurderes å ha behov for spesialisthelsetjenester.

FNs barnekonvensjon fastslår at psykisk og fysisk funksjonshemmede barn har rett til å leve et fullverdig og anstendig liv under forhold som sikrer dets verdighet, fremmer selvtillit og letter barnets aktive deltakelse i samfunnet. Et funksjonshemmet barn har rett til særskilt omsorg. Barnet skal få undervisning, opplæring, helsetjenester, rehabiliteringstjenester, forberedelse til arbeidslivet og rekreasjonsmuligheter for å oppnå best mulig

integrering og individuell utvikling. Barn har rett til å få den best mulige medisinske behandling og hjelp til å komme seg etter sykdom. Staten skal arbeide for å redusere spedbarns- og barnedødelighet, sikre at alle barn får nødvendig legehjelp, gi god helsemessig omsorg til mødre etter fødselen, bekjempe sykdom og gi orientering og utdanning om helse og riktig ernæring.

Etter pasientrettighetsloven § 2-5 har pasienter med behov for langvarige og koordinerte tiltak fra helsetjenesten rett til å få utarbeidet en individuell plan. Dette gjelder både tiltak som hører inn under kommunehelsetjenesteloven, og tiltak under lovene om spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern.

Individuell plan nevnes ikke i tannhelsetjenesteloven. Det fremkommer imidlertid i Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) at en rekke fylkeskommuner og kommuner, samt Den norske tannlegeforening og Helsedirektoratet mener at forholdet til tannhelsetjenesten bør vurderes i lovforslaget om individuell plan. Helsedirektoratet uttaler her at:

«Tannhelsetjenester hører med i et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuer med store behov for omsorgstjenester har ofte store behov for tannhelsetjenester. Individuell plan synes å være et godt redskap for å nå de med store behov for tannhelsetjenester. Kommunen bør samarbeide med tannhelsetjenesten og lage rutiner for dette.»

1.6 Finansiering av pasientbehandling i oralt helsetjenestetilbud i sykehus. Dagens regelverk

I dag er finansieringssystemene for pasientbehandling i stor grad forskjellige i tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning. Basisbevilgningen utgjør 60 prosent og den aktivitetsbaserte bevilgningen 40 prosent. Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes bl.a. av antall innbyggere i en region og dens alderssammensetning, og er uavhengig av produksjon av helsetjenester.

Den aktivitetsbaserte bevilgningen, også kalt innsatsstyrt finansiering (ISF), er avhengig av hvor mange som får behandling og av type pasienter/behandlinger. ISF omfatter somatisk spesialisthelsetjeneste. Poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet inngår ikke i ordningen men utløser refusjon via egne takster. All pasientbehandling som skal gi grunnlag for ISF-refusjon må skje på oppdrag fra et regionalt helseforetak.

Til grunn for beregningen av ISF-refusjonen ligger DRG-systemet. DRG står for Diagnose Relaterte Grupper. DRG-systemet er basert på medisinsk og administrativ informasjon som sykehusene rutinemessig registrerer. Kostnadsinformasjon innhentes årlig fra sykehusene og sammen med rapporterte aktivitetsdata benyttes denne for å fastsette refusjonen knyttet til de ulike DRG-ene. Kostnadsvektene som fremkommer gjennom beregningene er basert på gjennomsnittskostnader.

Det finnes DRG-er som omhandler undersøkelser og behandling av munnhulen og

det er dermed mulig å finansiere deler av oral helsetjeneste i sykehus via DRG-systemet.

Poliklinikkforskriften (FOR 2007-12-19 nr. 1761) fastslår at det er anledning til å kreve egenandel fra pasienter som behandles poliklinisk, blant annet ved «undersøkelse, behandling eller kontroll utført av relevant legespesialist, psykologspesialist eller tannlegespesialist, eller som er utført av leger, psykologer og tannleger uten eller under spesialisering, spesialist i allmenntannlege, sykepleiere, jordmødre og audiografer». Denne egenandelen inngår i egenandelstak 1.

Poliklinikkforskriften fastslår at pasienten normalt skal være henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut utenfor vedkommende sykehus for at godtgjørelse ytes, og for at egenandeler etter denne forskriften kan kreves. Det vil si at det ikke kan kreves refusjon dersom pasienten er henvist fra tannlege.

Pasientbetaling ved noen særskilte behandlingstilbud kan som hovedregel kreves av alle pasienter, også av pasienter som er fritatt for å betale egenandel. Pasientbetaling er ikke godkjent egenandel og inngår ikke i egenandelstak 1. Slik betaling kan derfor ikke føres på egenandelskortet og inngår ikke i beregningsgrunnlaget for frikort. Innen feltet oral helse er dette kun aktuelt ved rehabilitering av tannsett ved marginal periodontitt.

Hensikten med Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling er å gi hel eller delvis støtte til grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov.

Trygderefusjonen er begrenset til undersøkelse og behandling av sykdommer eller skade, forebyggende behandling dekkes ikke. Stønad gis bare dersom pasienten ikke har rettigheter

etter annen lovgivning. I Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege eller tannpleier for sykdom (FOR 2007-12-13 nr. 1412) defineres de aktuelle gruppene som det ytes stønad til:

1. Sjelden medisinsk tilstand
2. Leppe-kjeve-ganespalte
3. Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller i hoderegionen for øvrig
4. Infeksjonsforebyggende behandling
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 ved varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne.
15. Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven (nytt punkt 15 fra 010114).

I forskriften gis utfyllende bestemmelser som ikke utdypes her.

Forskriften fastsetter videre at ”utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege i helseforetak dekkes etter forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 (poliklinikkforskriften). Dersom behandlingen/undersøkelsen ikke dekkes etter forskrift 19. desember 2007 nr. 1761, kan det ytes stønad etter bestemmelsene i denne forskriften”.

1.7 Eksisterende tilbud om orale helsetjenester i norske sykehus

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomførte Eeva Widström i 2007-2008 en spørreundersøkelse rettet til landets fylkestannleger og landets sykehus for å kartlegge forekomst og behov for tannhelsetjenester i sykehusene. Dette resulterte i to rapporter:

1. Hvordan fungerer spesialisttannhelsetjenesten, sykehustannhelsetjenesten og det akutte tannhelsetilbudet ut fra fylkestannlegens synspunkt (2008)
2. Behovet for tannhelsetjenester ved sykehus. Rapport fra spørreundersøkelse (2008)

Førtifire av 67 sykehus svarte på henvendelsen. Av disse hadde 13 ansatt tannlege eller tannlegespesialist. I tillegg kjøpte fire av sykehusene tjenester fra privatpraktiserende tannleger. Flere sykehus hadde oppdrag for Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), spesielt i forbindelse med tannbehandling i generell anestesi. I disse tilfellene kommer tannleger ansatt av DOT til aktuelle sykehus og gjennomfører tannbehandling i samarbeid med anestesipersonell ansatt i sykehuset. I de fleste tilfellene dekkes sykehusets utgifter av DOT.

Elleve av 17 fylkestannleger mente tjenestetilbudet på sykehus var underdimensjonert, mens 4 mente tilbudet var tilfredsstillende. Også mange av sykehusene (57 % av de som responderte) mente tilbudet var for lite, og 22 sykehus mente det var behov for egne, spesialutdannede sykehustannleger. Tretten sykehus svarte ikke på dette spørsmålet eller mente de ikke kunne ta stilling, mens ni sykehus ikke så behov for egne sykehustannleger. Det er også publisert en

artikkel om denne undersøkelsen⁴ hvor det fastslås at det er problemer med organisering av det mest krevende oralmedisinske og odontologiske tilbudet. Det fremkom også at det med unntak av et fåtall sykehus var åpenbart at sykehusene ikke fungerte som en siste henvisningsinstans for pasienter det er vanskelig å behandle andre steder. Det savnes en hensiktsmessig organisasjon, personalressurser og finansiering for å kunne inkludere orale helsetjenester til sykehusenes helsetilbud. Det finnes lite informasjon om hvor den mest krevende tannbehandlingen tas hånd om i de ulike regioner.

Det er igangsatt et samarbeidsprosjekt mellom Tannhelsetjenesten i Buskerud fylkeskommune og Barneavdelingen og Habiliteringsavdelingen, Vestre Viken HF. Hensikten med prosjektet er å kartlegge eksisterende rutiner for henvisning og oppfølging samt å etablere rutiner for samarbeid og samhandling og henvisnings- og oppfølgingsrutiner mellom sykehusavdelingene og tannhelsetjenesten. Helsedirektoratet har mottatt foreløpige resultater fra spørreundersøkelser rettet mot ansatte på Barneavdelingen og Habiliteringsavdelingen (barn). På Barneavdelingen var det 66 ansatte som svarte på spørreundersøkelsen, 46 sykepleiere, 8 hjelpepleiere og 12 leger. Åtte hadde videreutdanning i onkologi eller pediatri. Femtiseks rapporterte at de hadde fått opplæring i tann- og munnstell under utdanningen, men kun et fåtall hadde fått slik opplæring på arbeidsplassen. Litt over halvparten mente de hadde god nok kompetanse til å utføre tann- og munnstell på pasienter, men dette utføres i størst grad av pasientene selv eller deres foresatte. Halvparten av respondentene hadde opplevd at pasienter

⁴ Widström E, Nordengen R, Bergdahl M (2009). A survey of the availability of specialists dental and oral medicine services at hospitals in Norway. OHDMBSC Vol VIII 22-27

hadde plager i tenner eller munnhule under behandling eller utredning, og litt under halvparten hadde kjennskap til følgetilstander i tenner og munnhule for ulike pasientgrupper. Femtite svarte at de hadde behov for å øke sin kompetanse på dette området. Nitten hadde henvist pasienten til tannlege (offentlig, privat eller i sykehus). Tilsvarende spørreskjema ble besvart av 12 personer som jobbet på Habiliteringsavdelingen (barn), fordelt på syke-, verne- og hjelpepleiere, fysioterapeuter og psykologer. Da disse i stor grad drev poliklinisk virksomhet var en del spørsmål ikke relevante, men åtte respondenter oppga at de hadde behov for å øke sin kompetanse på området. Åtte hadde også henvist pasienter til tannhelsetilbud på grunn av plager eller følgetilstander i munnhulen. Disse resultatene antyder at det finnes udekkede behov blant alvorlig syke og funksjonshemmede barn. På bakgrunn av resultater av spørreundersøkelsen, er det gjennomført undervisning og veiledning av pleiepersonell. En ressursgruppe bestående av representanter fra Barneavdelingen og prosjektleder lager veiledende rutiner for tann- og munnstell. Erfaringer fra samarbeidsprosjektet i Buskerud så langt, viser at det har vært lite fokus på oral helse blant helsepersonell. Etter gjennomført veiledning og undervisning av helsepersonell på Barneavdelingen er tilbakemeldingen at de vurderer det som en faglig oppdatering og utvikling, og at de føler seg inkludert ved deltagelse. Det er et mål at helsepersonell skal vurdere og henvise aktuelle pasienter til tannhelsetjenesten på hjemstedet, og det er helt avgjørende at helsepersonell har kompetanse på å utføre tann- og munnstell.

Tannhelsetjenesten i Buskerud innledet i 2009 også et forpliktende samarbeid med Lærings- og mestringssenteret ved Drammen sykehus. Det er senere opprettet samarbeid med Lærings- og

mestringssenteret ved Ringerike sykehus. Tannpleier bidrar med fast undervisning/veiledning av pasienter med type 1 og type 2 diabetes på alle startkurs. I tillegg er forebyggende tannhelseinformasjon på nyreskolen, og et samarbeid med slagforum under planlegging. Lærings- og mestringssentrene er en arena hvor man møter mange brukere som er i kontakt med primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Med utgangspunkt i samhandlingsreformen er det planlagt flere lokale lærings- og mestringssentre ved de kommunale helse- og omsorgssentrene, og disse er potensielle samarbeidspartnere for både tannhelsetjenesten og oral helsetjeneste i sykehus.

Det odontologiske tilbudet som er best utbygget og integrert i norske sykehus i dag er kjevekirurgi /oral kirurgi /oral medisin. I St.meld. nr. 35 fremkommer det at ca 15 sykehus i Norge har en kjevekirurgisk/oral kirurgisk avdeling. Ved de fleste er det spesialister i oral kirurgi og oral medisin. Disse spesialistene tar hånd tann-, kjeve- og ansiktstraumer, og deltar i det tverrfaglige traumeteamet. De gjør også elektiv kirurgi både poliklinisk (fjernelse av cyster, biopsier, etc) og når det kreves innleggelse (ortognat kirurgi, rekonstruktiv kirurgi, kjeveleddskirurgi, særlig komplisert rehabilitering med implantater med mer)

Som nevnt over foregår det tannbehandling i narkose ved flere sykehus i Norge, og alle fylker har mulighet for dette selv om kapasiteten varierer. Årsmeldinger fra tannhelsetjenesten / årsmeldinger for alle fylker gir informasjon om tilbudet som gis i fylket. Noen fylker har jobbet aktivt for å øke kapasiteten av tannbehandling i narkose, da ventetidene har vært svært lange. Ut fra tall innmeldt til databasen KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) og

tannhelsetjenestens egne årsmeldinger, kan det beregnes at Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) behandler fra 0,1 % (Oslo) til 0,5 % (Sogn og Fjordane) av sitt prioriterte klientell i narkose. I 2010 ble totalt 3032 pasienter behandlet i narkose i regi av DOT. I følge tall fra KOSTRA varierte andelen henviste pasienter som måtte vente mer enn 3 måneder på tannbehandling i narkose fra 0 – 100 %. Gjennomsnittlig andel som måtte vente over tre måneder blant de fylkene som rapporterte tall var 50 %. Det fremkommer ikke av KOSTRA-tallene hvor mye lenger enn 3 måneder disse pasientene måtte vente på behandling. Det er likevel slik at akutte behandlinger ofte prioriteres, og i Oslo var korteste ventetid for behandling i narkose 10 dager i 2010 (personlig kommunikasjon). Dette er, til tross for at det er svært kort ventetid sammenlignet med gjennomsnittet, lang tid for personer med smerter eller behov for tannbehandling på grunn av traume. I sistnevnte tilfelle vil en så lang ventetid kunne føre til tap av tenner som med adekvat behandling kunne vært reddet.

Haukeland universitetssykehus er et av få norske sykehus som har ansatt sykehustannlege. Tannklinikken ved Haukeland er en integrert del av kjevekirurgisk poliklinikk og er bemannet med en tannlege, 1,5 tannpleiere og en tannhelsesekretær. Tilbudet ble opprettet i 1983, og det foreligger en samarbeidsavtale mellom sykehuset og Den offentlige tannhelsetjenesten. De ansatte ved tannklinikken er tilknyttet Hordaland fylkeskommune i sine hovedstillinger. Tannlegen og tannpleier i fulltidsstilling har i tillegg 20 % konsulentstilling i helseforetaket og er dermed sikret tilgang til alle sykehusets journalsystemer. Det gjøres blant annet oral screening og nødvendig behandling av alle pasienter som skal ha organtransplantasjoner, større hjertekirurgi, høydose cellegiftbehandling og strålebehandling

mot hode og / eller hals. De tilser pasienter som får problemer fra munnhulen under kreftbehandling, gjør akuttbehandling på inneliggende pasienter og gjør protetiske rekonstruksjoner av munn og ansikt. Tannpleieren driver forebyggende behandling. Det drives også undervisning av annet helsepersonell både internt i sykehuset og ved forskjellige utdannings-institusjoner, og det utarbeides skriftlig informasjonsmaterieil til forskjellige pasientgrupper. Teamet samarbeider med forskjellige prosjektgrupper rundt utarbeidelse av arbeidsrutiner ved sykehusavdelinger, og driver rådgivning til behandlere utenfor sykehuset. Det drives også noe forskning ved avdelingen.

Ved St. Olavs hospital i Trondheim ble det opprettet et tannteam i 2004. Teamet består av en tannlege i 50 % stilling, tannhelsesekretær i 90 % stilling og tannpleier i 100 % stilling. Det har vært ønske om å oppbemanne teamet, men sykehuset har ikke hatt ressurser til dette. Teamet tar seg primært av pasienter med kreft i hode/halsområdet både før, under og etter kreftbehandling. De deltar i tverrfaglige møter med Øre-nese-halsavdelingen og tilbakemeldingene fra pasientene er gode. Det er også et samarbeid med andre avdelinger med tanke på tilsyn og sanering før hjertekirurgi og nyretransplantasjoner. Tannpleier i teamet ser til barn med kreft og fanger opp barn med behov for behandling, samt gir råd og veiledning vedrørende munnhygiene. De samarbeider også med snorkegruppen og Den offentlige tannhelsetjenesten (utleie av klinikk til narkosebehandling). I Statsbudsjettet 2012 ble det bevilget 2,5 millioner kroner til en forsøksordning med tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø i sykehus. St. Olavs hospital kom med i denne ordningen fra 2012.

I Troms fylke foregår det samhandling mellom tannhelsetjenesten og sykehusene på flere områder.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN) er lokalisert sammen med Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Tromsø. "Tannbygget" som huser disse to institusjonene ligger nært Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), men ikke inne i sykehuset.

Det er ansatt to spesialister i oral kirurgi på TkNN (100 % + 80 %). Kirurgen i 80 % stilling, har deltidsstilling på UNN (40 %) og har beredskapstillegg for å rykke ut til UNN ved behov. På TkNN er det fire operasjonsstuer og det er ansatt operasjonssykepleier i tillegg til tannhelsesekretærer. Det gis foreløpig ikke generell anestesi på TkNN. Flaskehalsen på UNN er operasjonsstuer og anestesipersonell.

Pedodonti-teamet som består av spesialist, tannpleier og tannhelsesekretær, er ansatt på TkNN. Det går faste runder en gang i uka på Barneavdelingen. Behandling som utføres poliklinisk skjer hovedsakelig på TkNN, mens tannbehandling i narkose skjer på UNN Tromsø.

Det har vært opprettet stilling for sykehustannlege ved UNN Tromsø forholdsvis lenge (ca 20 år). Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms er arbeidsgiver. Til å begynne med var stillingsprosenten 40. Nå er stillingen 100 % og knyttet til TkNN. Etterspørselen er økende.

Det har vært allmenntannlege innen psykiatrien ved UNN siden 70-tallet lokalisert til en egen tannklinik ved Åsgård sykehus. Antallet institusjonsplasser i psykiatrien er siden den gang redusert. Det har vært en periode på grunn av generell tannlegemangel hvor pasientene ikke har blitt behandlet i sykehusets lokaler, men nå er tilbudet reetablert. Personellbruken

er i dag 20 % tannlege, 20 % tannpleier og 60 % tannhelsesekretær. UNN deltar fra 2012 i forsøksordningen med tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø i sykehus.

TkNN har innledet et samarbeid med RVTS (regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) om psykologisk og odontologisk hjelp til tannbehandling av personer som har opplevd vold og traumatisk stress. RVTS er en del av UNN.

Ved Sørlandet sykehus arbeider det en allmenntannlege to dager per uke, og tilbudet har eksistert i ca 20 år. Tannlegen er ansatt av Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) og gjør tannbehandling i narkose halvparten av denne tiden. Resterende tid brukes til tjenester for sykehusets avdelinger. Det er ikke knyttet tannpleier til teamet. Tannlegen har også en "tilsynsfunksjon" og konsulteres direkte fra leger som ønsker tilsyn og utredninger i forbindelse med annen behandling i sykehuset. Tilbudet er ikke offisielt kunngjort fra ledelsen ved sykehuset, og informasjon spres mer eller mindre ved "munn-til-munn" metoden. Det er DOT som har investert i alt behandlingsutstyr som benyttes ved sykehuset og som også kjøper alt engangsutstyr til behandling, men det foreligger en velfungerende oppgjørsordning. DOT faktureres ikke for anestesitjenester, selv om det er et tema som regelmessig tas opp til diskusjon.

Teamet har eget kontor for administrasjonsarbeid med fullt datautstyr oppkoblet mot DOTs elektroniske journalsystem (OPUS). Aktiv behandling utføres på egen operasjonsstue der det er tilgang til EPJ og røntgenutstyr. Tannlegen har også tilgang til sykehusets EPJ, slik at tannlegen er underlagt samme kvalitetssikring og rutiner som leger ved behandling av pasienter som trenger narkose.

Teamet mottar årlig mange henvisninger fra anestesivdelingen med forespørsel om dokumentasjon av tannskader som har oppstått under intubasjon. Det tilrettelegges også for undervisning av anestesipersonalet vedrørende forsiktighetsregler ved porselensarbeider, implantater, periodontitt og lignende. Det mottas ukentlig henvisninger fra andre avdelinger med spørsmål om utredning av mulige odontogene årsaker til infeksjon, tannskader etter ulykker og vold, smerteutredninger og lignende. Øre-nese-halsavdelingen har spesialistkandidater som teamet samarbeider med om mulige odontogene årsaker til tilstander i hode og halsområdet. Det er også samarbeid med alderspsykiatrisk avdeling og avdeling for rehabilitering. Videre er det samarbeid med kjevekirurgisk seksjon ved Sørlandet sykehus HF, Arendal og med Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør.

Ved Oslo universitetssykehus er det en relativt stor avdeling for kjevekirurgi og sykehusodontologi hvor det er ansatt leger, oralkirurger, kjeveortopedier, protetikere og allmenntannlege, 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. Avdelingen operer også omtrent 250 pasienter årlig med skjelettavvik i ansiktet. En egen seksjon lokalisert på OUS-Rikshospitalet har ansvar for pasienter med leppe-kjeve-ganespalter og inngår som et av to team i Norge som følger og behandler disse pasientene (det andre er lokalisert til Helse Vest). Det er også en avdeling ved OUS-Rikshospitalet som tar seg av rehabilitering av munn/ansikt etter cancerbehandling, andre følgetilstander etter kreftbehandling, screening og eventuell behandling av voksne som skal ha

organtransplantasjon, tilsyn av pasienter fra andre avdelinger i sykehuset, temporomandibulære lidelser, dentoalveolær kirurgi, implantatbehandling med mer. Også ved OUS-Radiumhospitalet er det ansatt oral kirurg, allmenntannlege, tannpleier og tannhelsesekretær, alle i deltidstillinger. Det er ingen ekstra tilbud til barn ut over kirurgi og narkosebehandling som utføres av DOT. Oslo universitetssykehus deltar fra 2013 i forsøksordningen med tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø i sykehus.

TAKO-senteret (TAnnhelseKOMPetansesenteret) ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) i Oslo er et nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne medisinske tilstander (SMT). Senteret samler kunnskap og forsker om orale problemstillinger knyttet til SMT, og viderefremidler denne kunnskapen både til personer med sjeldne medisinske tilstander og deres pårørende og til fagpersonell/studententer. Det gjøres også behandling i kompliserte tilfeller. De ansatte ved senteret representerer flere odontologiske spesialiteter i tillegg til at det er ansatt logoped og fysioterapeut for en helhetlig tilnærming til munnhulen. Det foregår også nært samarbeid med leger både ved LDS og andre sykehus som Oslo Universitetssykehus. Da man ved Oslo Universitetssykehus/Rikshospitalet har spesialkompetanse på barneanestesi men ikke tannhelsepersonell som kan gjøre vanlig odontologisk behandling av barn, reiser TAKO-senterets ansatte noen ganger per år til Rikshospitalet for å gjøre behandling i munnhulen på barn i narkose. Man forsøker da så langt som mulig å koordinere dette med andre undersøkelser eller inngrep som må gjøres i narkose. Dette samarbeidet er tidkrevende og utfordrende, og en avdeling for orale helsetjenester inkludert i sykehuset ville

enkler kunne samarbeide omkring slike problemstillinger. Tilknyttet avdelingen er også en sykehustannklinik som tar seg av oral helse hos personer med psykiatrisk diagnose i kombinasjon med rusproblematikk. Lovisenberg diakonale sykehus deltar fra 2014 i forsøksordningen med tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø i sykehus.

1.8 Hvor stort er det udekkede behovet og hvem trenger det?

Høsten 2007 tok Akershus universitetssykehus initiativ til å utvikle et prosjekt i samarbeid med Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) i Akershus og Oslo og Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Prosjektet skulle kartlegge behovet for et mer organisert tannhelsetilbud ved sykehuset og ble kalt Samarbeid Sykehusodontologi. I sin sluttrapport (2011) skriver prosjektgruppen at det ikke kan rettferdiggjøres ut fra informasjonen som forelå at odontologisk behandling av inneliggende pasienter kan sysselsette et tannhelseteam på fulltid ved sykehuset. Likevel mener de å ha holdepunkter for at behovet for odontologisk rådgivning rettet mot innlagte pasienter og overfor sykehusets fagmedisinske- og sykepleiermiljøer er betydelig. Det må bemerkes at datagrunnlaget i prosjektet var lite, og det kan ikke trekkes bastante konklusjoner fra dette prosjektet. Sykehusodontologi ble definert som et "service-fag" for inneliggende pasienter og eksternt henviste pasienter ble ikke inkludert, heller ingen barn. En forsøksordning med orale helsetjenester i sykehus skal supplere med flere data fra en bredere målgruppe.

I dag er munnen fysisk, men ikke organisatorisk, en del av kroppen. Sykdom i munnen kan ha sammenheng med annen sykdom, og oral uhelse og behandling av dette kan påvirke

generell almenntilstand. De fleste med behov for utredning eller behandling av tannhelseproblemer kan likevel få dette i offentlig eller privat tannhelsetjeneste. Noen vil imidlertid ha behov for større og ofte tverrfaglig kompetanse for å kunne motta adekvat behandling i munnhulen, og noen av disse igjen vil ha behov for å få utført tjenestene i et tverrfaglig miljø i sykehus.

Samhandlingsreformen peker på at selv om det i dag trolig er mange som behandles i spesialisthelsetjenesten som kunne vært ivaretatt i primærhelsetjenesten, skal sykehusene fortsatt være hjørnesteinen i helsetjenesten. Det er viktig at bare de som trenger det blir henvist til sykehusene og at de øvrige sykdomstilfeller blir tatt hånd om i primærhelsetjenesten på en forsvarlig måte. Dette krever kompetanseheving i primærhelsetjenesten. Det er naturlig at de samme prinsippene skal gjelde for oral helsehjelp, men på dette området mangler ofte hjørnesteinstilbudet i sykehusene. Derfor er det grunn til å anta at mange av de med de alvorligste eller mest sammensatte orale helseproblemene faller utenom og ikke får den hjelpen de trenger. I tillegg til å behandle de som ikke kan tas hånd om i primær helse- og omsorgstjeneste, skal spesialisthelsetjenesten også drive forskning, opplæring av helsepersonell, pasienter og pårørende. Når munnen i kun liten grad blir fokusert på i spesialisthelsetjenestens arbeid, følger det at forskning og kompetanseheving om munnhulen i spesialisthelsetjenesten heller ikke ivaretas godt nok.

En rekke studier og rapporter har påvist sammenheng mellom tilstander i munnhulen og generell helse. Eksempelvis har flere studier funnet sammenheng mellom periodontitt (infeksjonsrelatert nedbrytning av tennenes

støtteveg) og økt risiko for kardiovaskulær, cerebrovaskulær og perifer arteriesykdom⁵. En motsatt problemstilling er når kroppens immunforsvar av en eller annen grunn er redusert og dermed fører til økt infeksjonsrisiko i munnhulen som i resten av kroppen. Basert på litteratur og innspill fra referansegruppen skisseres det i den videre teksten eksempler på diagnoser og problemstillinger som kan trenge, helt eller delvis, å bli tatt hånd om i en avdeling/seksjon for orale helsetjenester i sykehus.

Det er velkjent at kreftbehandling med cytostatika og/eller stråling mot hode/halsregionen kan gi akutte og kroniske bivirkninger i munnhulen. Pasienter som skal gjennomgå slik behandling bør være så friske som mulig i munnhulen før behandlingsstart for å unngå unødige komplikasjoner. Likevel er det vist i en svensk doktorgradsstudie at leger og sykepleiere viser mindre interesse for munnhulen enn for andre deler av kroppen til pasienter som behandles for kreft⁶. I en norsk oversiktsartikkel⁷ konkluderes det med at slike problemstillinger krever et tverrfaglig samarbeid der odontologisk helsepersonell er en naturlig del av det onkologiske teamet. Det er også behov for økt kunnskap, informasjon og utdanning om orale problemstillinger ved kreft og kreftbehandling for å oppnå en optimal kreftomsorg. Munnhulen er særlig sårbar for skader etter cytostatika og strålebehandling, og de orale komplikasjonene kan være så alvorlige at kreftbehandlingsintensiteten må reduseres, og i verste fall er ikke pasienten i stand til å fortsette behandlingen. En arbeidsgruppe

⁵ Zoellner H (2011) Dental infection and vascular disease. *Semin Thromb Hemost.* Apr;37(3):181-92.

⁶ Öhrn K (2001). Oral health and experiences of oral care among patients during radio-or chemotherapy. Doktoravhandling. Uppsala: University of Uppsala

⁷ Herlofson BB, Løken K (2006). Hvordan påvirkes munnhulen av kreftbehandling? *Nor Tannlegeforen GTid*;116:414-8

nedsatt av Helsedirektoratet for å vurdere hvilke grupper kreftpasienter som har fått behandling som gjør at det kan være grunnlag for senere systematisk oppfølging for å fange opp og behandle seneffekter, minner om at tannskader og tannkjøttssykdommer er vanlig hos en del kreftoverlevende. Det er av betydning at slike forhold kan forebygges og saneres uten spesielle kostnader for pasientene⁸. Spesielle utfordringer er knyttet til kreftbehandling av barn, da mange former for kreft hos barn krever relativt omfattende behandling for å oppnå helbredelse. Barn er tre ganger mer utsatt for akutte orale bivirkninger av kreftbehandling enn voksne. Barnets vekst og utvikling påvirkes av behandlingen. De har potensielt mange leveår foran seg og de er dermed ekstra utsatt for senvirkninger av kreftbehandlingen. Senvirkninger som rammer munnhulen er for eksempel vekstforstyrrelser i kjevene etter stråling og arrestert tannutvikling etter stråling og/eller cytostatikabehandling⁹.

Andre aktuelle somatiske tilstander som kan kreve at orale helsetjenester gis i sykehus er forskjellige former for autoimmun sykdom, som Sjøgrens syndrom og revmatoid artritt, personer med uavklarte smertetilstander eller infeksjoner, alvorlig hjertesykdom og personer som har behov for eller har fått utført organtransplantasjon.

Socialstyrelsen i Sverige har i en nylig rapport konkludert med at tannbehandlingstilbudet til hjerneslagpasienter ikke er tilfredsstillende og anbefaler at disse pasientene må tilses av tannlege innen ett år etter at de ble syke. Bakgrunnen er at mange etter hjerneslag får

⁸ Helsedirektoratet (2010). Oppfølging av kreftoverlevende med særlig fokus på seneffekter. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av helsedirektoratet. Dokument på høring

⁹ Allen G, Logan R, Gue S (2010) Oral manifestations of cancer treatment in children. A review of the litterature. *Clin J Oncol Nurs* 14:481-90.

nedsatt evne til egenomsorg¹⁰. Mange andre tilstander medfører også redusert evne til egenomsorg. Noen av disse vil ha så alvorlig sykdom at det mest hensiktsmessige vil være å tilby tilsyn i sykehus, selv om de fleste vil kunne motta tilbudet hos lokal tannlege. En tilfredsstillende oral helsehjelp for slike pasienter forutsetter god samhandling mellom tannhelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Noen lidelser rammer hovedsakelig munnhulen og er så alvorlige og/eller vanskelige at de krever utredning og behandling i et tverrfaglig tilbud i sykehus. Eksempler på slike lidelser inkluderer medfødte misdannelser, kompliserte smertetilstander og alvorlige slimhinnelidelser. Et eksempel som også tas opp i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet er medfødt mangel av mange tenner. Dette forekommer for eksempel ved syndromet ektodermal dysplasi, men kan også forekomme isolert. Den orale rehabiliteringen er like komplisert og krever like stor grad av tverrfaglighet om pasienten har en syndromdiagnose eller ikke. Det er viktig at slike pasienter følges kontinuerlig av et tverrfaglig team fra barneårene til endelig oral rehabilitering i voksen alder. Slik systemet er i dag er det ingen slik kontinuitet, da pasientene fra de er 20 år ikke lenger har rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten og ofte må bruke private tannlegespesialister. Selv om tilstanden gir rettighet til å få dekket utgifter til tannbehandling via trygden, medfører dagens system at pasientene må dekke store mellomlegg siden tannlegenes honorar ofte er langt høyere enn refusjonstakstene. I tillegg kan

¹⁰ Socialstyrelsen, Sverige: Nationell utvärdering 2011 – Strokevård – Lelrapport: Landstingens insatser

noen ha behov for narkose under den relativt belastende behandlingen som kreves (innsetting av tannimplantater), noe de må bekoste selv. Mange steder finnes det ikke tilbud om narkose for andre enn den offentlige tannhelsetjenestens prioriterte klientell.

Pasienter med temporomandibulær dysfunksjon (TMD) kan også nevnes som eksempel. De utgjør en stor gruppe, men kun et fåtall har så alvorlig TMD at de trenger behandling i spesialisthelsetjenesten. For noen pasienter er de kroniske smertene invalidiserende. Helsedirektoratet har i brev til helse- og omsorgsdepartementet av 5.2.2011 anbefalt at et dedikert helseforetak får i oppdrag å utrede og behandle personer med invalidiserende TMD, og at foretaket på sikt kan tenkes å være en nasjonal behandlingstjeneste for spesielle grupper TMD pasienter med særskilte kliniske problemer eller behandlingsresistans.

Enkelte oralkirurgiske inngrep, er av en slik karakter at de krever behandling i sykehus. Dette gjelder blant annet kirurgisk fjernelse av større cyster og tumorer og behandling av store abscesser på grunn av tanninfeksjon. Slik behandling tilbys ved flere norske sykehus i dag, men tilbudet er fortsatt ikke godt nok i alle deler av landet.

Ved alvorlige traumer mot hodet er også munnhulen og tenner utsatt. For en vellykket behandling av slike traumer er oral- og kjevekirurger selvsagte medlemmer av traumeteam rundt i landet. Dessverre har ikke disse nok mengdetrening og kunnskap om tanntraumer, med den mulige følge av at traumene ikke behandles eller feilbehandles. Ved tanntraumer er tidsfaktoren og behandlingsvalget av avgjørende betydning for prognosen, og adekvat og rask behandling vil gi et bedre totalt behandlingsresultat. Det finnes

eksempler på at slik nødvendig behandling ikke er gitt fordi kompetent tannlege ikke var tilgjengelig i sykehuset.

En del mennesker klarer ikke å gjennomføre behandling i munnhulen uten beroligende medikamenter (sedasjon) eller narkose. Sedativa til friske pasienter kan gis på et vanlig tannlegekontor, mens bruk av sedasjon til personer med en mer sammensatt og komplisert lidelse og all generell anestesi, krever anestesipersonell til stede. Dette gjøres hovedsakelig på sykehus i Norge og vil ikke i særlig grad kunne gjøres på lavere nivå. Det generelle utgangspunktet er at alle pasienter skal tilbys en form for behandling som er tilpasset deres mestringsnivå, og at behandlingen skal være minst mulig ubehagelig og mest mulig smertefri. I dette ligger ikke bare hensikten om å gjøre pasienten i stand til å mestre et aktuelt behandlingsbehov, men også målsetningen om å forebygge fremtidig angst og vegring for tannbehandling. De viktigste indikasjonene som angis for bruk av anestesi og sedasjon i tannlegepraksis kan deles i to kategorier som må sees i sammenheng med hverandre:

- 1) dårlig mestringsevne og
- 2) stort behandlingsbehov.

En publisasjon fra 2003¹¹ fastslår at behovet for tannbehandling i narkose i Norge antagelig er mye større enn tilbudet. En del fylkeskommuner har jobbet med å bedre tilbudet de senere år, men tilbudet er antagelig fortsatt underdimensjonert.

Norge har forpliktelser etter barnekonvensjonen, og innen feltet oral helse er det stilt spørsmål, blant annet fra Norsk forening

¹¹ Raadal M (2003). Sedasjon og anestesi ved tannbehandling – behov og tilbud. Vedlegg til Terapianbefaling: Benzodiazepiner for kontroll av angst og vegring ved tannbehandling. Statens legemiddelverk, publisasjon 2003:03.

for pedodonti, om forpliktelsene overholdes. Dette med bakgrunn i at Den offentlige tannhelsetjenesten har ansatt få personer med spesialistkompetanse om barn med funksjonshemming, barn med store medfødte orale avvik, alvorlig syke barn med mer. Slik situasjonen er per 1.9.2013 er det bare 9 fylker som har ansatt eller har planer om å ansette pedodontist. To av fem regionale kompetansesentre som er i drift har ansatt pedodontist, og de tre som ikke er i drift ennå har planer om dette. Det er ingen rutine at barn som skal organtransplanteres får tilsyn av tannlege eller tannpleier før behandling. Et slikt tilsyn kan være viktig for å unngå livstruende infeksjoner og oppnå gode behandlingsresultat, også ved kreftbehandling. Rutinene er heller ikke gode nok for voksne i Norge i dag, men for barn synes det å være fraværende ved de fleste store sykehus. Norsk forening for pedodonti rapporterer at de er kjent med flere tilfeller der alvorlig syke barn har blitt utsatt for unødvendig medisinsk risiko på grunn av ubehandlet sykdom i munnhulen. Fylkestannlegen i referansegruppen (Troms) har ikke kjennskap til at det har blitt henvist barn til DOT i hans fylke med spørsmål om undersøkelse og eventuell sanering før behandlingsstart, men forteller at det er relativt ofte at voksne henvises for dette. Unntaket i Troms de siste årene er Tannhelsetjenestens kompetansesenter (TkNN), men da er det pedodontist som har tatt initiativ til å gi oppsøkende tilbud i barneavdelingen på UNN.

Habilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltagelse sosialt i samfunnet. Begrepet knyttes vanligvis til bistand til personer med tidlig ervervede eller medfødte

funksjonsnedsettelse. Det er kommunen som primært har ansvar for habiliteringstilbudet til den enkelte, men mange har behov for tilbud fra habiliteringsavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Eksempler på tilstander som utløser rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er mistanke om eller påvist gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming eller kognitiv svikt, omfattende språk- og kommunikasjonsvansker, demens, skader og sykdom i nerve- og/eller muskelsystemet, alvorlige atferdsvansker og omfattende motorisk utviklingsforsinkelse/-forstyrrelse^{12,13}. Oral helse og funksjon er svært viktig for sosial deltagelse og ivaretas for denne gruppen best i tverrfaglig miljø. Et tilbud om orale helsetjenester ved sykehus vil være et viktig bidrag både når det gjelder utredning og behandling, og når det gjelder samhandling med primærhelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Det er for eksempel mange brukere av habiliteringstjenesten som har behov for narkose ved behandling. Det kan være aktuelt å koordinere slik behandling med andre prosedyrer som krever narkose, og denne samhandlingen kan understøttes med et tilbud om oral sykehustjeneste. Det er understreket tidligere fra Helsedirektoratet at det er tvilsomt om fylkeskommunene har lykkes med sin plikt til å gi et oppsøkende tilbud til voksne med psykisk utviklingshemming, og et tilbud om orale helsetjenester i sykehuset kan bidra til å yte nødvendig helsehjelp til de med de mest sammensatte behovene.

Mange med alvorlig psykiatrisk lidelse og ruslidelse har stort behov for forebygging, utredning og behandling av oral uhelse. Alderspsykiatriske pasienter er også en gruppe

¹² Helsedirektoratet (2010): Prioriteringsveileder Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten

¹³ Helsedirektoratet (2010): Prioriteringsveileder Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten

som ofte glemmes. En forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester (FUTT-prosjektet) har vist at personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser har dårlig oral helse. Nærhet (geografisk) til behandlingen, behov for å bli fulgt av kjent personell, kontinuitet i behandlingstilbudet og nok kunnskap i teamet til å skape trygge rammer for både pasient og fagpersoner, kan trekkes frem som viktige grunner til at disse personene antas å ha behov. Mange vil kunne bruke tannhelsetjenester lokalt, men de orale helseproblemene avdekkes ofte i sin fulle bredde mens pasienten er innlagt i sykehus. Dette fører til mange og vanskelige besøk på tannlegevakten. Ved avrusing blir ofte pasientene mer smertepregede, og smerter fra munnhulen er vanlig i denne gruppen. Når pasientene er innlagt i sykehus er de ofte der lenge (i motsetning til i somatiske avdelinger) og er tilgjengelige for behandling. Pasienter med rusproblematikk er hyppigere enn andre utsatt for generelle infeksjoner (for eksempel endokarditt), og ikke alle kan forklares med smitte via sprøyter. Sykdom i munnhulen er en mulig årsak til slike infeksjoner. Ved behandling, som ofte er omfattende, er det behov for god smertelindring og i mange tilfeller narkose.

Ved Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS) ble det i 2006 startet et sykehustannhelseprosjekt finansiert av daværende Helse Øst. Prosjektet varte i tre år, og var rettet mot pasienter tilknyttet LDS med rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse. Totalt 260 pasienter ble undersøkt og behandlet, og det fremkom at det i gjennomsnitt var gått 5 år siden siste tannbehandling. Sekstio prosent oppga problemer med munntørrhet, de fleste i så uttalt grad at det var vanskelig å spise. Tannhelsen var dårlig og mange hadde smerter. I prosjektets sluttrapport ble det konkludert med at en sykehusforankret tannhelsetjeneste

kan sikre personer med dobbeltdiagnose et bedre tannhelsetilbud, men at det likevel er vanskelig å nå de aller svakeste. Samarbeidet mellom sykehustannklinikken og øvrige enheter tilknyttet LDS førte til at mange pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse ble i stand til å nyttiggjøre seg tannbehandlingstilbudet. Pasientene ga klart uttrykk for at tannbehandling var en viktig del av en vellykket totalrehabilitering og integrering i samfunnet. For å kunne gi et mer entydig og fullstendig bilde av tannhelsesituasjonen hos denne gruppen pasienter er det nødvendig med en mer omfattende undersøkelse. Helse Sør-Øst har etter endt prosjektperiode bevilget midler for en permanent sykehustannklinik ved LDS for samme målgruppe¹⁴.

1.9 Prioritering

I teksten over er det gitt eksempler på tilstander og problemstillinger som kan kreve et tilbud om orale helsetjenester i sykehus. Likevel er det ikke nødvendigvis slik at diagnose i seg selv skal utløse rett til orale helsetjenester i sykehus. Variasjon i alvorlighetsgrad og funksjonsnedsettelse ved alle medisinske diagnoser og også valg av behandling kan virke inn på behovet. Det er også viktig å understreke at mange alvorlig syke pasienter i dag ikke er innlagte, eller kun er innlagt i kortere perioder. Mange av disse mottar polikliniske tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Derfor blir det også vanskelig å definere behov ut fra hvem som er innlagt i sykehus eller ikke.

I Norrbotten i Sverige prioriteres pasienter med orale helseproblemer etter vurdering av funksjon og prognose. Pasientene plasseres i grupper etter individuell vurdering.

¹⁴ Haugbo H et al. Rusavhengighet, psykiatri og oral helse. Rapport fra et sykehusprosjekt i Oslo. *Nor Tannlegeforen Tidende* 2010;120:912-7.

Ansvarsområdet til "sjukhustandvården" omfatter etter denne modellen gruppe 4, 3a, og 3b i nedadstigende prioritet:

- Gruppe 4 er pasienter som utsettes for medisinsk risiko eller kan få betydelig nedsatt allmenntilstand dersom behandling i munnhulen ikke gjennomføres.
- Gruppe 3a er pasienter med alvorlig, kronisk sykdom, ofte sammensatt sykdomsbilde og/eller funksjonshindringer og pasienter med alvorlig redusert autonomi
- Gruppe 3 b er pasienter med omfattende akutt eller kronisk sykdom og/eller funksjonshindringer og pasienter med begrenset autonomi og omfattende utrednings- og rehabiliteringsbehov
- Gruppe 2a er pasienter med akutt eller kronisk sykdom og pasienter med redusert autonomi der det er utrednings- og rehabiliteringsbehov. For denne gruppen må det avgjøres i hvert enkelt tilfelle om det er behov for oral helsehjelp i sykehus eller ikke.

Etter denne modellen faller to grupper utenfor sykehusets ansvarsområde:

- Gruppe 2b er pasienter med mindre alvorlig akutt eller kronisk sykdom
- Gruppe 1 er pasienter med odontologisk behov av andre grunner enn allmenn sykdom og pasienter med mild allmenn sykdom.

Det er ikke gitt at man i Norge kan ta i bruk denne modellen, men den gir et eksempel på hvordan man kan prioritere og hvordan man kan trekke grenser mellom lokal tannhelsetjeneste og et tilbud om orale helsetjenester i sykehus. Det anbefales at man skaffer erfaringer og kunnskap i en forsøksordning som kan legge føringer for å lage prioriteringsveileder(e) på dette feltet også i Norge.

2. HVORDAN ER TILBUDET I ANDRE NORDISKE LAND

2.1 Sverige

I Sverige er landstinget lovpålagt å gi nødvendig tannbehandling til voksne, og et tilbud i sykehusene er en selvsagt del av spesialisttannhelsetjenesten. Alle regionale sykehus har ansatte sykehustannleger og tannpleiere. Siden 1999 har sykehusene hatt et program for "Tandvård som ledd i sjukdomsbehandling". "Sjukhustandvården" tilbyr nødvendig oralmedisinsk behandling og tannbehandling til voksne pasienter med svekket immunforsvar, pasienter med kreft i hode/hals, pasienter som skal gjennomgå hjertekirurgi og organtransplantasjoner og andre alvorlig syke pasienter. De tilbyr også behandling til pasienter som har vanskeligheter med å få dette andre steder grunnet psykiske lidelser eller alvorlig angst for tannbehandling. Sykehustannlegene er en del av det medisinske teamet. Nesten all behandling er gratis for pasientene, på lik linje med annen somatisk behandling. Det finnes ca 175 sykehustannleger som fyller 130 heltidsstillinger i Sverige. Det tilsvarer ca 1,5 heltidsstillinger per 100.000 innbyggere. "Sjukhustandvården" støtter og kompletterer den øvrige tannhelsetjenesten, og mottar henvisninger både fra det medisinske miljø og offentlig og privat tannhelsetjeneste. I følge notat fra Helse- og omsorgsdepartementet får svenske sykehus ca 600 mill. kroner i statlige midler pr år til tannbehandling for pasienter på sykehus.

Det er ingen formelle krav til kompetanse for svenske sykehustannleger, men det kreves oftest at man har videreutdanning for å kunne arbeide med svært syke pasienter i sykehus. For barn og ungdommer er det pedodontister som har ansvar for tannbehandlingen, og i flere län i Sverige er det organisert spesialisttannhelse, inkludert pedodonti, i forbindelse med sykehustannhelsetjenesten.

I Västra Götaland har man definert et nytt emneområde med kombinasjonen "sjukhustandvård og oral medicin", og kalt det "orofacial medicin". Det er et treårig utdanningsprogram som omfatter både klinisk tjeneste og teoretisk utdanning i form av seminarer, egne kasusbeskrivelser, multidisiplinært samarbeid, planlegging av tannhelsetjenester, forebyggende arbeid, helseøkonomi, epidemiologi, etikk, vitenskapelige studier og praktisk undervisningstrening. Utdanningen ligner på flere måter den som gis i faget pedodonti, da dette også er en bredspesialitet der omsorg for alvorlig syke og funksjonshemmede barn har en viktig plass, sammen med behandling av barn som vegrer seg, tverrfaglig samarbeid, forebyggende arbeid med mer. I 2011 har fire landsting i samarbeid startet en lignende utdanning i Örebro.

I Sverige finnes det en eller flere spesialistklinikker for pedodonti i alle län, mange

av disse er lokalisert på eller i nærheten av sykehus. Denne lokaliseringen fører til et godt samarbeid mellom pedodontist og det medisinske miljø.

Gjennom endringer i den Svenske tandvårdslagen og i Lagen om allmän försäkring ble statlig støtte til tannbehandling for voksne reformert i 1999. Landstingene fikk økt ansvar, blant annet for personer som har behov for særlige tannhelsetjenester som ledd i sykdomsbehandling i en begrenset tidsperiode. Pasientene kan selv bestemme om de vil gå til privat tannlege eller til Folk tandvården, og skal betale maksimalt 900 kroner per år for tjenesten. Oftest er det sykehus som henviser pasienter til tannhelsetjenesten for undersøkelse, utredning og eventuell behandling. Kun behandling, inkludert forebyggende behandling, som inngår som et ledd i sykdomsbehandlingen dekkes. Intensjonen med reformen var at medisinsk behandling ikke skal behøve å utsettes eller avbrytes avhengig av hvilken tannbehandling pasientene har råd til. Disse særskilte tjenestene kan i noen tilfeller bestå av kun utredning eller behandling av inflammasjoner i munnslimhinnen. I andre tilfeller kan tannekstraksjoner og rotbehandling for å fjerne infeksjon og inflammasjon inngå uten at det betales for erstatninger av tenner. Ved behov for bytte av materialer eller ved misdannelser kan imidlertid også protetisk behandling dekkes. Enkelte behandlingsforslag skal forhåndsgodkjennes av landstinget.

Behandling/pasientgrupper som omfattes av ordningen er:

1. Tannbehandling som følge av omfattende medfødt misdannelse i kjeveområdet eller ansiktet
2. Tannbehandling på grunn av defekt som skyldes sykdom i kjeveområdet eller ansiktet
3. Behandling av tannskade som har oppstått under epileptisk anfall
4. Infeksjonssanering av pasienter som skal gjennomgå visse kirurgiske inngrep der fullstendig infeksjonsfrihet er et medisinsk krav
5. Tannbehandling av pasienter som på grunn av sykdom, medisiner, eller nedsatt immunforsvar har fått forandringer i munnslimhinnen
6. Pasienter som gjennomgår utredning der det mistenkes en odontologisk sammenheng med pasientens grunnsykdom
7. Pasienter som gjennomgår strålebehandling i øre-, nese-, munn- eller halsregionen.
8. Pasienter med langvarige og store smerter i ansikts- eller kjeve-regionen (orofasiale smertesyndrom)
9. Pasienter som utredes og behandles for alvorlig søvnapne
10. Behandling ved ekstrem tannbehandlingsangst
11. Skifting av tannfyllinger på grunn av avvikende reaksjoner på dentale materialer
12. Bytting av tannfyllinger som ledd i medisinsk rehabilitering
13. Pasienter med Sjögrens syndrom
14. Pasienter med nedsatt salivafunksjon som følge av strålebehandling

Rundt 33 000 personer fikk tannbehandling som ledd i sykdomsbehandling i 2005. Det tilsvarer omtrent 48 per 10 000 personer i alderen 20 år og eldre. Sekstifem prosent fikk sin behandling i Folk tandvården/Sjuktandvården, da mange tilfeller krever særskilte kunnskap og erfaring som i hovedsak finnes i denne tjenesten. Om lag 30 % ble behandlet i privat praksis og ca 5 % ved Sveriges tannlegehøyskoler (Socialstyrelsen, 2007).

2.2 Danmark

Også i Danmark har lokale fylker siden 2007 vært forpliktet til å organisere oralmedisinsk spesialisttjeneste i sykehusene.

”Specialtandplejen” (Special Care Dentistry) i hver kommune tar seg av forebygging og behandling av orale sykdommer hos personer med varig funksjonshemming, autisme, cerebral parese, psykisk utviklingshemming, barn med odontofobi og andre som krever ekstra kompetanse. Tilbudet er lagt til kommunene slik at det skal være kort vei for brukere. Man har i tillegg sett behovet for å organisere en regional ”Specialtannpleje” med høyere ekspertise. Her tilbys utredning og behandlingsplanlegging rundt pasienter som behandles i de kommunale specialtandplejer. Regionene tilbyr også behandling i narkose i sykehusenes regi. For eksempel jobber 6 tannleger, 1 spesialttannlege og 3 tannpleiere i ”Afdeling for regional specialtandpleje” i Region Midtjylland (opptaksområde: 1,2 millioner). Avdelingen har ca. 1.600 pasienter som får kontinuerlig og regelmessig tannpleie, og i 2010 ble det gjennomført tannbehandling i narkose på 350 voksne og 280 barn. Omtrent halvparten av barnepasientene var friske utenom sin orale sykdom, og for disse var bruk av anestesi påkrevet på grunn av barnets umodenhet eller behandlingsangst.

I Danmark er det fem regioner, og i hver region finnes der en avdeling for kjevekirurgi. De kjevekirurgiske avdelinger utfører komplisert kjevekirurgi og ivaretar dessuten fokussanering og annen form for akutte orale tilstander, som oppstår mens pasienter er innlagte på sjukehus.

På specialtannpleieområdet er utfordringen i Danmark at kommuner og regioner i varierende grad har bygget ut specialtannpleietilbudet

(faglig og geografisk). Det savnes dessuten en spesialistutdannelse på området.

For sykehuspasienter som under innleggelsen får behov for akutt tannlegehjelp er det ofte behov for relativ lang transport mellom det sykehuset pasienten er innlagt på til nærmeste sykehus som har en kjevekirurgisk avdeling. Tannhelsepersonell savnes i de fleste sykehus, og dette fører ofte til at munnhelse blir lavt prioritert. Videre er det slik at tannlegene på de kjevekirurgiske avdelinger til daglig har andre hovedfunksjoner og derfor har lite trening i og mangler utstyr til å utføre vanlig tannbehandling (f. eks. endodonti), når det er behov for dette.

Det er kommunene som har finansieringsansvaret for pasienter tilknyttet kommunal eller regional specialtannpleie, og det finnes en årlig maksimal egenbetaling for pasienten (2011: 1.680,- dkr). Behandling på kjevekirurgiske avdelinger er vederlagsfri for pasienten og finansieres av regionene.

2.3 Finland

I Finland er tannhelsetjenesten organisert sammen med helsetjenesten.

Primærhelsetjenesten i hver kommune tilhører et distrikt, og hvert distrikt har et sykehus som organiserer spesialiserte oralmedisinske tjenester og tannhelsetjenester. Både offentlige og private tannleger kan henvise pasienter til disse sykehusene når de ikke selv kan behandle eller dersom pasienten har behov for en konsultasjon hos spesialist. Distriktene tilhører igjen universitetssykehusregioner som tilbyr de mest avanserte tannhelsetjenestene. I Finland finner man derfor et spesialisert oralmedisinsk tilbud ved alle 21 distriktssykehus og alle fem

universitetssykehus¹⁵. I følge sykehusenes egen statistikk har 18 personer per 1000 innbyggere per år fått tann- eller munnpleie ved sykehusene. I tillegg har omtrent 1.5 personer per 1000 innbygger per år vært innlagt på sykehus for behandling av tenner eller munnhule. Disse pasientene debiteres enten en poliklinikkavgift per besøk eller det mottas døgntilrette som for andre pasienter i sykehuset.

¹⁵ Widström E et al (2010). Oral health care and dental treatment needs in the Barents region. *Int J Circumpolar Health*;69:486-99

3. HELSEDIREKTORATETS VURDERINGER AV ORALE HELSETJENESTER PÅ SYKEHUS

3.1 Generelt om orale helsetjenester på sykehus

Helsedirektoratet mener at orale helsetjenester i sykehus ikke skal være et "service-tilbud", men fungere som avdeling/seksjon på lik linje med andre avdelinger i sykehuset. Det er viktig at det gis lik tilgang til å benytte sykehusets fellesfunksjoner, som journalsystemer, portørtjeneste, røntgenavdeling, laboratorietjenester, anestesitjenester og lignende.

Selv om tallmaterialet om behovet for orale helsetjenester er begrenset, viser tilgjengelige studier og erfaringer at det er behov for å tenke bredt i planleggingen av orale helsetjenester i sykehus. Før en konkret forsøksordning beskrives skisseres noen tanker fra Helsedirektoratet om fremtidige orale helsetjenester ut fra de innspill som har kommet.

Det er behov for å skaffe data før det kan vurderes endelig hvordan tilbudet skal dimensjoneres. Antagelig vil etterspørselen etter slike tjenester øke med tilbudet, og Helsedirektoratet ser for seg at tilbudet på sikt utvikler seg slik det har gjort i Sverige, med unntak av orale helsetjenester til barn i sykehus. Dette bør forankres i sykehuset og ikke baseres

på samarbeidsavtaler med den offentlige tannhelsetjenesten. Likevel er det svært viktig å legge til rette for godt samarbeid mellom sykehus, tannhelsetjeneste og annen helse- og omsorgstjeneste.

3.2 Oppgaver

Sykehusenes oppgaver er nedfelt i Lov om spesialisthelsetjenesten:

1. pasientbehandling
2. utdanning av helsepersonell
3. forskning og
4. opplæring av pasienter og pårørende

Disse oppgavene må ivaretas innenfor det orale helsetjenestetilbudet, på samme måte som øvrige tilbud i sykehuset.

Pasientbehandling: Sykehusene fungerer som henvisningsinstans for utredninger og behandlinger som den primære helsetjenesten ikke har kompetanse og/eller utstyr til å utføre. Helsedirektoratet mener at også "Avdeling /seksjon for orale helsetjenester", skal fungere som en henvisningsinstans for både primærhelsetjenesten (inkludert tannhelsetjenesten) og spesialisthelsetjenesten, hvor pasienter med behov for tverrfaglig og komplisert utredning og/eller behandling tas hånd om.

Forebyggende arbeid både på individ- og gruppenivå, vil være viktige oppgaver for en oral helsetjeneste i sykehus. Sykehusmiljø utvikler mye og ”tung” kunnskap som kan brukes til å heve kompetansen om primærforebyggende tiltak på kommune- og fylkesnivå. Like viktig er sekundærforebyggende tiltak hos pasienter som er utsatt for skader og bivirkninger på grunn av sin bakenforliggende sykdom eller tilstand. Slikt forebyggende arbeid kan drives både på individnivå og overfor pasientgrupper. Som en viktig del av dette arbeidet inngår utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende, som utdypes nedenfor.

Utdanning av helsepersonell: Utdanning av helsepersonell om munnhelse og munnstell vil bli en svært viktig oppgave for et oralt helseteam i sykehus. Gjennomføring av en god tannhygiene på pasienter som ikke klarer det selv, annet forebyggende arbeid og samarbeid rundt dette, informasjon til pasienter og identifisering av orale helseproblemer, vil være oppgaver som hver enkelt avdeling i sykehuset må få kunnskap om. Det finnes noe utarbeidet materiell til bruk i slik undervisning, blant annet ble det laget et elektronisk læringsverktøy i samarbeidsprosjektet ved Akershus Universitetssykehus. Dette har som formål å styrke sykepleietjenestens kompetanse med hensyn på tilnærming, enkel diagnostikk og hensiktsmessig munn- og tannpleie. Slike igangsatte tiltak kan det med fordel bygges videre på.

På sikt vil det også være aktuelt at avdelinger på sykehus involveres i grunnutdanning av helsepersonell, som sykepleiere, leger, tannleger og tannpleiere, og i etter- og videreutdanning av tannleger og tannpleiere.

Forskning: Det er allerede avdekket at kunnskapen om behovene for orale helsetjenester i sykehus er mangelfull. Dermed vil dette være høyaktuelt i en oppstartsfasen. Ut over dette finnes det flere eksempler på god klinisk forskning i sykehus, der oral helse er en parameter. Tverrfaglig samarbeid i forskningsprosjekter gir god kvalitet, men kan også være en egnet måte til å bygge gode relasjoner mellom fagmiljøene. Dette kan igjen fremme godt tverrfaglig samarbeid rundt de andre oppgavene som skal løses i sykehuset.

Opplæring av pasienter og pårørende:

Når man er alvorlig eller kronisk syk kan det være mange utfordringer og problemer knyttet til oral helse. Et oralt helseteam i sykehus må gi veiledning og råd til pasienter om hva som kan forventes av orale bivirkninger av medisinsk behandling, hvordan slike kan lindres, individuelt tilpassede metoder for pleie av munn og tenner, opprettholdelse eller styrking av orale funksjoner etc.

3.3 Sykehusnivå

Noen pasienter med omfattende helseproblemer har tilbud i sykehus med nasjonale eller flerregionale funksjoner, og oral uhelse kan i flere tilfeller være kompliserende faktorer. Som eksempler kan nevnes pasienter i alle aldre som skal gjennomgå organtransplantasjoner, og barn som skal gjennomgå avansert hjertekirurgi. Det finnes enkelte pasientgrupper som allerede har et tilbud om oral helsetjeneste på disse nivåene: sjeldne medisinske tilstander (TAKO-senteret), leppe-kjeve-ganespalter (OUS og Haukeland) og personer med uvanlige tilstander i hode- og ansiktsregionen (craniofacialt team ved OUS). Det er imidlertid for liten kapasitet til å behandle alle pasientene innenfor nåværende

tilbud. Derfor er det behov for å styrke det orale helsetilbudet til disse pasientene. Videre er det behov for et tilbud om avansert oral røntgendiagnostikk i Norge som med fordel legges på et slikt nivå. Det er behov for avansert utstyr og god kompetanse innen dette feltet, men per i dag er tilgangen til spesialister i kjeve- og ansiktsradiologi liten. Samarbeid med andre sykehus og tannhelsetjenesten kan gjennomføres ved hjelp av telemedisinske løsninger i kombinasjon med pasientkonsultasjoner på nasjonalt nivå når det er behov for bruk av spesialisert utstyr. Pasienter med behov for slik høyspesialisert helsehjelp vil vanligvis ha sammensatte og kompliserte tilstander med store krav til tverrfaglighet. Selv om pasientmengden vil være relativt liten er det for disse pasientene særdeles viktig med god oral helse. Sykehus med nasjonale og flerregionale funksjoner vil også ha funksjoner på lavere nivå, og dermed øker pasientgrunnet.

Sykehus med regionale funksjoner har ansvar for avansert behandling av alvorlig syke pasienter, som for eksempel de fleste former for kreft. Siden sykehusene også har område- og lokale funksjoner foreslås det at man i denne sammenhengen foreløpig ser på nivåene samlet. Hvilket tilbud som skal gis ved de forskjellige sykehus må vurderes ut i fra sykehusenes øvrige tilbud. I oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet nevnes spesielt personer med sykdom, syndrom eller lidelse som omfatter store og kompliserte medisinske og odontologiske behov for diagnostikk, medisinsk og kirurgisk behandling og oppfølging. Helse- og omsorgsdepartementet mener at det på sykehus med slike funksjoner er hensiktsmessig å legge vekt på å tilby komplisert (re)habilitering av munnhulen til personer med behov av

forskjellige årsaker (tannagenesier, syndrom, traume, rusproblem, psykiatri).

3.4 Prioritering av og samhandling rundt pasienter

I henhold til Samhandlingsreformen bør det kun gis tilbud om orale helsetjenester i sykehus til pasienter som ikke kan behandles på lavere nivå. Det dreier seg altså om de alvorligst syke, de med de mest sammensatte behovene, eller de mest kompliserte orale (re)habiliteringsbehovene. Eksempler på pasienter med slike behov 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, oralmedisinske tilstander, blødningsproblematikk, farmakologiske bivirkninger, akutt besvær fra munnen hos personer i livets slutfase med mer.
- 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, behandlingsumodenhet, 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

Ut over å gi eksempler er det ikke ønskelig å definere hvilke diagnoser og tilstander som skal

få behandling i sykehus. Dette fordi alvorlighetsgraden av de fleste medisinske diagnoser varierer fra person til person, og fordi det er for lite kunnskap om alle mulige diagnoser som kan medføre et slikt behov.

Det må på sikt utarbeides prioriteringsveiledere for hvem som har rett til orale helsetjenester i sykehus. Prioriteringsveiledere gir anbefalinger om rettighetsstatus og frister til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. En forsøksordning om orale helsetjenester i sykehus skal fremskaffe kunnskap som kan brukes i utarbeidelsen av slike prioriteringsveiledere. På området kjevekirurgi og munnhulesykdommer, oral kirurgi og oral medisin er det utarbeidet en prioriteringsveileder som omfatter mange av de isolerte munnhulelidelsene. Det må videre tas hensyn til andre prioriteringsveiledere som kan omtale diagnoser og problemstillinger som også kan ha behov for orale helsetjenester.

Dessuten er det naturlig å se på tverrfaglighet og tilgang til støttefunksjoner i sykehus som viktige faktorer når det skal avgjøres hvilke pasienter som skal få et tilbud om orale helsetjenester i sykehusene. Det kan være at den planlagte behandlingen alene ikke er spesielt krevende, men at bakenforliggende sykdom krever tverrfaglig tilnærming.

De fleste pasienter vil trenge oral helsehjelp i sykehus i en begrenset periode. Med bedring i allmenn helsetilstand vil mange igjen kunne nyttiggjøre seg et lokalt tilbud. Andre vil ha behov for deler av sin orale helsehjelp i sykehus, eksempelvis diagnostikk og behandlingsplanlegging, mens deler av helsehjelpen kan gis i tannhelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten. Dette gir utfordringer i forhold til samhandling og pasientflyt, særlig fordi tannhelsetjenesten, som eneste

helsetilbud, er organisert på fylkeskommunalt nivå og har liten tradisjon for samhandling med spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det er naturlig at Den offentlige tannhelsetjenesten tar ansvar for mange kronisk syke og svake grupper, gjerne i større grad enn i dag. Likevel er det slik at mange voksne som utvikler alvorlig generell sykdom tidligere har gått til privatpraktiserende tannlege og vil fortsette hos denne etter sykdomsperioden. Derfor må privat sektor også inkluderes i samhandling og pasientforløp. Fordi en i Norge har lite erfaring på dette feltet kan det ikke beskrives her hvordan prioritering, samhandling og pasientforløp best utvikles. En forsøksordning vil være et første skritt på veien til å utvikle gode rutiner.

3.5 Behov for kompetanse

For å kunne ivareta alle oppgaver som er beskrevet ovenfor må både personell med klinisk erfaring og forskningskompetanse være representert i avdelingen/seksjonen. Helsedirektoratet mener det er hensiktsmessig at tannlegene som ansettes har formalisert spesialistkompetanse eller kan vise til lang erfaring og breddekompetanse som er relevant i sykehus. Dette for å gi det orale helsetilbudet legitimitet i spesialisthelsetjenesten. Det er gunstig om ledere har forskerkompetanse i tillegg til en klinisk spesialitet.

God kompetanse om oral helse i sykehus kan opparbeides ved lang erfaring i sykehusmiljø, og det finnes noen allmenntannleger i Norge i dag som på eget initiativ har skaffet seg tilstrekkelige kunnskaper. Imidlertid er disse få, og det er ingen struktur for videreføring av den kompetansen de har opparbeidet seg. Det vil være gunstig om deres kompetanse kan benyttes som ressurs i videre oppbygging av et tilbud i Norge. I Sverige har en erfaring med at

allmenntannleger gjennom kursing og erfaring opparbeider seg nødvendig breddekompetanse etter at de ansettes som sykehustannleger. Dette er antagelig lettere i Sverige enn det per i dag er i Norge, da det er kurs innen både medisinske fag og psykiatri som tannlegene kan delta på. En har også sett behovet for en mer formalisert spesialistutdanning av sykehustannleger i Sverige, som beskrevet tidligere.

På oppdrag fra statlige helsemyndigheter startet Universitetet i Tromsø i 2011 utprøving av en spesialistutdanning i "klinisk odontologi". En viktig pasientgruppe er voksne pasienter med komplekse, odontologiske problemstillinger. Studiet tar også for seg fagområdet "sykehusodontologi", og ferdige kandidater vil være aktuelle også for ansettelse i sykehus. Klinisk leder av utdanningen har erfaring som sykehustannlege i Sverige og mener den kan være godt egnet for utdanning av sykehustannleger. Forsøksutdanningen i klinisk odontologi blir evaluert i 2014.

Det er behov for ekstra kompetanse om barn i en avdeling/seksjon for orale helsetjenester i sykehus som har barneavdeling. Tannlegespesialister i barnetannpleie (pedodontister) har tre års spesialutdanning på barn, og utdanningen tilsvarer på mange måter klinisk odontologi hos voksne. Dette er en yrkesgruppe som i dag stort sett er fraværende i norske sykehus. Det er få yrkesaktive pedodontister i Norge i dag, og det er få utdanningsplasser. Fra og med 2013 er det bevilget midler over Statsbudsjettet til økt satsting på denne spesialiteten.

Moderne radiologi er komplisert, og bruk av moderne utstyr krever spesialkompetanse på tolkning. Derfor mener Helsedirektoratet det er

behov for kjeve- og ansiktsradiolog i sykehus. Det er mulig en kjeve- og ansiktsradiolog kan dekke flere sykehus, eller bistå øvrig tannhelsetjeneste, ved hjelp av telemedisinske løsninger. Det antas også å være behov for andre tannlegespesialister men omfanget er mer usikkert. Behovet anbefales utredet i forsøksordningen. Utarbeidelse av gode samhandlingsrutiner med tannhelsetjenesten utenfor sykehus i tillegg til annet medisinsk personell, vil kunne være en viktig faktor for å sikre brukerne et godt nok tilbud.

Tannpleiere og tannhelsesekretærer som ansettes i ordningen vil også ha behov for kunnskaper 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 i utlandet.

3.6 Behov for lokaler og utstyr

Et tilbud om orale helsetjenester i sykehus krever gode fasiliteter for undersøkelse og behandling. Avdelingen lokaliseres mest hensiktsmessig inne i sykehuset, slik at pasienter ved behov enkelt kan fraktes mellom avdelinger. Lokalisering inne i sykehus er også viktig med tanke på tverrfaglig samarbeid om utredning og behandling av pasienter. Dessuten er gjensidig kompetanse-utveksling med andre fagmiljøer lettere når fagmiljøene er samlokalisert. Dette gjelder også med tanke på forskningssamarbeid.

Av utstyr og lokaler anser Helsedirektoratet at det vil være behov for:

- Klinikker som er utstyrt slik at man kan gjøre alle former for odontologisk behandling av alvorlig syke og funksjonshemmede pasienter.

- Digitalt odontologisk røntgenutstyr. Det er nyttig med Cone beam CT i moderne odontologisk diagnostikk. En slik maskin ville også være nyttig for en ØNH-avdeling, da den er spesielt designet for bruk på hode og kjever.
- Tilgang til behandling i narkose, helst anesthesiutstyr på tannklinikken.
- Mobil dentalunit og røntgenutstyr til bruk på ande operasjonsstuer (tverrfaglig behandling, komplisert anestesi)
- Tilgang til postoperative tjenester.
- Tilgang til sengepost for de alvorligst syke

Noen sykehus har allerede egnede lokaler for å drive denne typen virksomhet. Ved andre sykehus vil det være behov for å bygge nytt. Investeringsbehovet ved det enkelte sykehus vil derfor være avhengig av hvilke fasiliteter som er til stede fra tidligere.

3.7 Organisatoriske forutsetninger

En avdeling eller seksjon for oral helse kan gjerne være knyttet opp mot en allerede eksisterende kjevekirurgisk avdeling eller en ØNH-avdeling, men det forutsetter en engasjert leder som ønsker tilbudet velkomment og ser nytteverdien av det. Blant annet FUTT-prosjektet som er beskrevet tidligere, har vist hvor viktig motiverte og engasjerte ledere er for å lykkes. Når det skal tilbys en ny og ukjent tjeneste i sykehusmiljøet må den inkluderes i vanlige tjenestelinjer. Det er viktig at leder deltar i fellesmøter med andre klinikker, og får mulighet til å komme med innspill og uttalelser når det gjelder sykehusets generelle drift. Formelle og uformelle møteplasser i sykehuset kan med fordel benyttes. Her kan øvrige ansatte i sykehuset og kolleger innen feltet oral helse, bli kjent med hverandre.

Det er viktig at det utarbeides skriftlige avtaler eller prosedyrer for samarbeid med eksterne samarbeidspartnere som er nye for sykehuset. Dette gjelder i størst grad Den offentlige tannhelsetjenesten, men også privatpraktiserende tannleger kan være aktuelle. Andre aktuelle samarbeidspartnere for både pasientbehandling og forskning er regionale odontologiske kompetansesentra (eid av fylkeskommunene), samt universitet og høyskoler som utdanner tannleger og tannpleiere. Når det gjelder samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, har sykehusene erfaring med dette, og bør kunne tilby hjelp og støtte til den nye orale helseavdelingen i en oppstartsfasen.

4. FORSØKSORDNING MED OPPSTART I 2012 – HELSEDIREKTORATETS ANBEFALINGER

4.1 Målsetting

Målsettingen med forsøksordningen er å bygge ny kunnskap om:

- Behovet for tjenesten og hvilke pasienter som kan nyttiggjøre seg et oralt helsetjenestetilbud
- Type og omfang av behandling i tverrfaglig miljø
- Hvordan tilbudet påvirker helsetilstanden hos de som får et tilbud
- Behovet for opplæring og veiledning, forebyggende tjenester mv
- Systematisk samarbeid med fagmiljøer utenfor sykehus
- Pasienttilfredshet
- Personalets tilfredshet og mottakelse i sykehusmiljø
- Økonomiske og administrative konsekvenser som kan gi grunnlag for å vurdere eventuelle lovendringer når det gjelder rettigheter til spesialiserte orale helsetjenester på sykehus

For både å kunne bygge opp en slik tjeneste samt å skaffe gode nok data til å nå målsettingen, mener Helsedirektoratet det er behov for en forsøksperiode på minst 5 år: 2012-2017. Dette utelukker ikke at nye forsøkssykehus kommer med innenfor denne tidsperioden etter hvert som kunnskap gradvis fremkommer.

4.2 Gode fagmiljø / samhandling

Det finnes i dag avdelinger for oral kirurgi og oral medisin ved ca. 15 norske sykehus, på alle sykehusnivå. Enkelte større sykehus, har også annet tannhelsepersonell som beskrevet i teksten over. For å nå målene i en forsøksordning er det viktig at ordningen forankres i eksisterende gode fagmiljø, hvor det samtidig er mulighet for å danne større faggrupper med interesse for oral helse. På denne måten får man retning og kraft på de spørsmål som ordningen skal gi svar på. Disse sykehusene og miljøene vil også ha et fortrinn som eksempelsykehus og være motor i erfaringsutveksling og oppbygging av tilsvarende tilbud i helseforetak som ikke har erfaring med oral sykehustjeneste.

Det er viktig å understreke at en forsøksordning ikke må "stjele" ressurser fra et allerede eksisterende miljø, men bygge videre på og bruke de fasiliteter og erfaringer disse miljøene allerede har. Både regionale odontologiske kompetansesentra og de odontologiske fakultetene er tenkt involvert i tannlegers spesialistutdannelse, og har tverrfaglige spesialistmiljø tilknyttet seg. Derfor ville det være gunstig om forsøksordninger legges til sykehus som har slike miljø i geografisk nærhet. Det kan gi gode muligheter for å se på

samhandling mellom organisasjonene. Det vil også gi gode muligheter for gjensidig kompetanseutvikling, og spesialistkandidater kan ha kontakt med flere miljø i sin utdanning. Sist men ikke minst øker mulighetene for rekruttering av personell med nødvendig kompetanse, noe som anses å være en stor utfordring. Likevel kan god motivasjon for å knytte ordningen til seg kunne veie opp for manglende etablert fagmiljø i geografisk nærhet. Det forutsetter at det aktuelle foretaket vise vilje og evne til å samarbeide med slike fagmiljø andre steder i landet, og har en god plan for personellrekruttering.

Når det gjelder samhandling rundt enkeltpasienter beskrives dette også andre steder i dokumentet. Direktoratet understreker nødvendigheten av at oral helse blir vurdert i arbeidet med individuell plan hos de pasientene som har rett til dette. Antagelig vil behovet for å inkludere oral helse i arbeidet med individuell plan i mange tilfeller erkjennes ved utredning/behandling i oral helsetjeneste i sykehuset. Likevel er det ofte hensiktsmessig at planene utarbeides lokalt da det viktigste forebyggende orale helsearbeidet skjer der pasientene oppholder seg til daglig. Derfor må det utvikles samhandlingsmodeller som inkluderer lokal tannhelsetjeneste, fastlege, og kommunal helse- og omsorgstjeneste. For å gi pasientene den behandlingen de trenger på rett nivå, kreves også gode samhandlingsrutiner mellom tjenesten i sykehus og lokal tannhelsetjeneste. Det oppfordres til å danne møteplasser mellom ansatte i sykehuset og lokal tannhelsetjeneste, der aktuelle faglige spørsmål og prioriteringen kan diskuteres. Dette vil også kunne være forum for kompetanseheving og kompetanseutveksling.

4.3 Sykehusnivå/region

Dagens sykehuspolitikk tar sikte på at flest mulig av de som trenger behandling i sykehus skal få dette lokalt. Samtidig vil mange av de mer kompliserte og sammensatte problemstillingene og behandlingene gjøres på større sykehus. Som dokumentert i teksten ovenfor er det sannsynlig at det er personer med de alvorligste tilstandene og mest sammensatte helsebehovene som har størst behov for tjenesten. Antagelig vil det også være lettere å rekruttere kvalifisert personell til større sykehus. Helsedirektoratet foreslår derfor å starte forsøksordning i to regionale helseforetak på sykehus med de mest høyspesialiserte funksjonene i regionen. En viktig forutsetning er at sykehusene viser motivasjon og gjennomføringsevne.

For å danne best mulig kunnskapsgrunnlag om behovet for orale helsetjenester på ulike nivå og få best mulig data om samhandling og pasientflyt mellom sykehus på ulike nivå, vil det være gunstig om en underveis i forsøksordningen kan starte tilbud også ved mindre sykehus, i en eller flere forsøksregioner. Aktuelle pasientgrupper på lokalt nivå vil blant annet være pasienter med psykisk og/eller rusrelatert sykdom. Derfor er det gunstig om et distriktpsikiatrisk senter og/eller en rusbehandlingsinstitusjon ligger i geografisk nærhet til sykehuset.

For best mulig ivaretagelse av målene med forsøksordningen må aktuelle forsøkssykehus samarbeide om tilbudet på tvers av regioner. Særlig kartleggingsdelen av ordningen kan fordeles mellom regionene, hvor man blant annet kan ta hensyn til andre aktuelle satsningsområder i sykehusene.

4.4 Gradvis oppbygging

Helse- og omsorgsdepartementet har signalisert at det for 2012 vil bevilges et begrenset beløp til orale helsetjenester i sykehus, og at tjenesten må bygges gradvis opp. Dette er fornuftig fordi man ikke kjenner til hvor stort behovet er. Å fremskaffe riktige tall om behovet for et tilbud som i dag kun finnes i begrenset grad er utfordrende, da man kan forvente at etterspørselen vil øke etter hvert som tilbudet blir mer kjent og integrert i forsøkssykehusene. Ut fra dokumentasjon, blant annet fra Sverige, forventes det at mange med behov ikke blir identifisert, verken av tannhelsetjenesten eller helse- og omsorgstjenesten. Å få kunnskap om disse personene er spesielt utfordrende og vil kreve lang tid å utvikle. Slik kunnskap er viktig for å estimere reelt behov, ikke bare erkjent behov.

Helsedirektoratet mener det er hensiktsmessig at bevilgede midler for 2012 benyttes til oppbygging av nye eller utvidelse av eksisterende fasiliteter i aktuelle sykehus, og planlegging av neste fase: informasjon, kartlegging, behandling, og opplæring. Det må ansettes ansvarlig personell (prosjektledere) for oppbyggingsfasen. Det anbefales å starte tidlig med informasjonsarbeid til andre fagavdelinger i sykehuset og aktuelle samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten og tannhelsetjenesten.

Fase 1 – første år (2012):

- Tilsetting av en prosjektleder ved hvert aktuelt sykehus. Prosjektleder bør ha forskerkompetanse og kompetanse innen oral helse for alvorlig syke, funksjonshemmede og/ eller personer med psykiske lidelser.
- Informasjonsvirksomhet parallelt med egen kompetanseutvikling og planlegging av aktivitet

- Innkjøp av utstyr
- Tilsetting av ytterligere personell (tannpleier, tannhelsesekretær)
- Starte behandling av pasienter.
- Planlegging av aktivitet neste år, herunder strukturert kunnskapsoppbygging og forskning.

Fase 2 – de to neste årene (2013-2014):

- Tilsetting av flere tannleger / tannlegespesialister
- Planlegging av systematisk kunnskapsoppbygging
- Fortsette informasjonsvirksomhet og kompetanseutvikling av alt tilsatt personell
- Øke pasientbehandlingen
- Etablere samhandlingsopplegg innad i sykehuset og eksternt, både for behandling av pasienter og kartlegging/forskning

Fase 3 – tredje til femte år (2014-2017)

- Tilsette flere fagpersoner dersom behov
- Fortsette systematisk kunnskapsoppbygging og eventuelt justere metoder
- Fortsette informasjonsvirksomhet og kompetanseutvikling av alt tilsatt personell
- Fortsette pasientbehandling
- Fortsette samhandling og eventuelt justere verktøyene
- Kunnskapsoppsummering

Med tanke på at sykehus har akutfunksjon er det nødvendig at avdeling/seksjon for orale helsetjenester har drift, og at prosjektleder/tannlege er tilgjengelig alle ukens arbeidsdager. Dette er også viktig med tanke på tilgjengelighet overfor andre faggrupper i sykehuset.

4.5 Erfaringer og systematisk kunnskapsoppbygging

For systematisk kunnskapsoppbygging og for å skaffe erfaringer og data beskriver

Helsedirektoratet tre strategier som kan løpe parallelt:

1. **Informasjon og opplæring.** Det lages en strategi for hvordan informasjon og opplæring skal formidles til aktuelle faglige grupper i og utenfor sykehus. Underveis og etter at informasjon og opplæring er gitt, evalueres og justeres strategiene.
2. **Kartlegging, utredning og eventuelt behandling av henviste pasienter.** De internhenvises fra andre avdelinger i sykehuset, eller de henvises fra tannhelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Sykehus med de mest høyspesialiserte funksjonene vil dessuten kunne få henvisninger fra sykehus med mindre spesialiserte funksjoner. Ved å kartlegge denne gruppen kan man få et bilde av hvilke pasienter som henvisende instans anser har behov fra tjenesten, og om dette endrer seg etter hvert som tilbudet blir mer kjent og mer integrert i sykehuset. Videre fremskaffes kunnskap om behandlingsbehov, kostnader, finansielle, administrative og praktiske forhold som påvirker kvalitet i og tilgang til tjenesten.
3. **En mer grundig kartlegging, undersøkelse og eventuelt behandling av selekterte pasientgrupper i sykehuset.** Dette er et oppsøkende tilbud til hele grupper hvor man kan forvente udekkede og neglisjerte behov, og det er et verktøy for å skaffe kunnskap om disse gruppene. Etter undersøkelse gis de som trenger det behandling i sykehuset, mens de som vurderes ikke å ha behov for behandling i sykehus henvises til tannhelsetjenesten utenfor sykehus.

Det anbefales at følgende grupper prioriteres i kartleggingsdelen av forsøksordningen:

- a. Barn med langvarig alvorlig sykdom (> 3 mnd) eller funksjonshemming som har tilbud om behandling eller oppfølging i barneavdeling, inkludert habiliteringstjenesten

- b. Voksne med tilbud i sykehusets habiliteringstjeneste
- c. Personer i alle aldre med langvarig psykiatrisk sykdom som behandles i sykehuset
- d. Voksne med kreft (alle former)
- e. Andre kronisk syke

Struktur for kunnskapsoppbygging

Data som anses viktig å registrere ved direkte pasientrettet arbeid (både for henviste pasienter og i kartleggingsarbeid) er:

- Bakgrunnsdata, som alder og kjønn, bosted (kommune), utdanning, inntekt, og eventuelt andre sosiale variabler
- Medisinsk diagnose
- Henvisningsgrunn og hvem som henviser
- Utførte undersøkelser
- Orale diagnoser
- Tidligere behandlingstilbud
- Behandlingsbehov
- Medisinsk risiko ved behandling
- Behov for tverrfaglig samarbeid
- Utført behandling
- Oppfølging av pasienten etter behandling på sykehuset, pasientforløp, samhandling med den primære tannhelse- og helsetjenesten
- Ernæringsstatus og almenntilstand (før og etter behandling)
- Pasienttilfredshet
- Utgifter til behandling
- Bruk av sykehusets øvrige ressurser, som anestesipersonell, postoperative tjenester, portørtjeneste etc.
- Om eventuell behandling dekkes via trygdeytelser eller finansieres på annen måte.
- utfordringer knyttet til de forskjellige finansieringssystemene

Helsedirektoratet legger til grunn at det må avklares med regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om det må søkes godkjenning derfra før man gjennomfører slike registreringer og kartlegginger som beskrevet over.

Andre data som er viktige å registrere:

- Ansattes tilfredshet med arbeidet
- Hvilke samhandlingsverktøy som brukes og hvilke som fører til best samhandling og pasientflyt (epikriser, møteplasser eventuelt EPJ med mer)
- Registrerte samhandlingspartene i pasientbehandling, utredning og kompetansebygging
- Kriterier for godt samarbeid innad og utad
- Andre faktorer som bidrar positivt eller negativt for måloppnåelse.

Mange av de kvantitative og diagnostiske dataene kan enkelt registreres ved hjelp av skjema og lignende. Det vil også være behov for å samle noen kvalitative data, for eksempel om tilfredshet og kriterier og faktorer for å oppnå godt samarbeid og måloppnåelse.

Direktoratet anbefaler at forsøkssykehusene samarbeider om registrering og systematisering av data slik at innhentet erfaring og fremskaffet kunnskap blir mest mulig sammenlignbar.

4.6 Nødvendig behandling

Der det identifiseres behandlingsbehov som må tas hånd om i sykehus skal dette tilbys. Det må i hvert tilfelle avgjøres hva som er nødvendig behandling. Helsedirektoratets veileder "God klinisk praksis i tannhelsetjeneste" kan være til hjelp, selv om også andre hensyn må tas i behandling av barn, kronisk syke og funksjonshemmede. Svenska pedodontiföreningen har laget dokumentene "Prioriteringar och patientsäkerhet för barn och ungdomar" og "Mun- och tandvård vid cancerbehandling av barn och ungdomar". Dette er nyttige hjelpemidler. Nordisk forening for funksjonshemmede og oral helse – Svensk

seksjon – har også utarbeidet egne retningslinjer for behandling av funksjonshemmede¹⁶. Det må tas hensyn til at det for mange grupper ikke er utarbeidet nasjonale anbefalinger for tannbehandling. Dessuten må det noen ganger tas andre hensyn i behandlings-valgene for syke sammenlignet med friske. Eksempelvis kan trangstilling av tenner i munnhulen hos personer med redusert evne til egenomsorg gi stor fare for infeksjon og inflammasjon i gingiva. Det kan også bli nødvendig å inkludere andre typer behandling enn hos friske, så som fremstilling av individuelt tilpassede oralmotoriske hjelpemidler, mer bruk av midlertidige erstatninger etc.

Erfaringer og systematisk kunnskapsoppbygging i forsøksordningen er verktøy som kan brukes i utarbeidelse av kriterier for hva som er nødvendig oral behandling

4.7 Hvem trenger informasjon og hvordan nå dem?

Pasienter som omfattes av tilbudet må få informasjon om det. Disse nås via annet fagpersonell, enten i sykehuset, tannhelsetjenesten eller annen helse- og omsorgstjeneste. For å kunne identifisere hvilke pasienter som har behov for ekstra oppfølging eller oral helsehjelp vil de aktuelle faggruppene ha behov for økt kompetanse, og de er en viktig målgruppe for informasjonsarbeid.

Generell informasjon til andre helsearbeidere kan med fordel gis som en "pakke" der det også informeres om hvem som har rettigheter etter Tannhelsetjenesteloven og etter Lov om

¹⁶ Nordisk Förening för Funktionshinder och Oral Hälsa och Handikappförbunden (2011). Att förbättra munhälsan hos personer med funktionsnedsättning – barn, vuxna och äldre.

Folketrygd. Eksempler på fagmiljø med behov for spesifikk informasjon om rettigheter og oral helse i faggruppens målgrupper er for eksempel onkologiske, psykiatriske og geriatiske miljø.

Ansatte i forsøkssykehusene kan nås via ledermøter, avdelingsmøter, informasjonsskriv og sykehusets intranett. Det er særlig viktig å informere de sykehusavdelingene som tenkes kartlagt i den første fasen.

Tannhelsetjenesten i det aktuelle fylket kan informeres via ledelsen, stabsmøter og Tannlegeforeningens medlemsmøter. Det kan utarbeides skriftlig informasjon om hvordan et samarbeid tenkes foregå i praksis, som for eksempel pasientforløp og strategi for kompetanseutveksling. Helsedirektoratet anbefaler dialogformen ved utvikling av samarbeid/samhandling. Det er viktig å oppnå toveiskommunikasjon der begge parter deltar i utvikling av samarbeidet og utforming av en eventuell samarbeidsavtale. Et annet virkemiddel for å få samarbeidet så friksjonsfritt som mulig kan være bruk av bistillinger. Ansatte i forsøks-ordningen kan for eksempel ha bistilling i Den offentlige tannhelsetjenesten. Fastleger kan nås med informasjon om tilbudet via praksiskoordinator og samhandlingsutvalg, mens kommunal helse- og omsorgstjeneste kan nås via samhandlingsutvalg. I tillegg kan det benyttes skriftlig informasjon og deltakelse på fagmøter.

Informasjonen som gis må følges opp og repeteres jevnlig. Dette vil ta mye tid, særlig i oppstartsfasen. Trolig vil det dukke opp behov for samarbeid med fagpersonell som ikke er nevnt i dette dokumentet.

4.8 Pasientforløp

Forsøksordningen skal fremskaffe data som kan danne grunnlag for framtidig prioritering slik spesialisthelsetjenesteloven krever. Det vil likevel være behov for å skissere pasientforløp i en forsøksordning.

Henviste pasienter (intern og eksternt):

Henvisningen mottas og vurderes i teamet. Om nødvendig innhentes ytterligere informasjon om pasienten, enten fra henviser eller andre som kjenner pasientens helse. Dette forutsetter samtykke fra pasient/foresatte. Dersom det vurderes at det ikke er behov for oral helsehjelp i sykehus returneres henvisningen med en begrunnelse og eventuelle forslag til hvor pasienten i stedet kan henvises, og eventuelt med råd om behandling. Noen pasienter kan vurderes å ha et annet behov i sykehuset, da kanaliseres henvisningen videre til rett avdeling. Om pasienten vurderes å ha behov for oral helsehjelp tas vedkommende inn for en undersøkelse, vurdering og eventuell behandling. I noen tilfeller er det kun diagnostikk som krever sykehustjenester, mens all eller deler av behandlingen kan gjøres i lokal tannhelsetjeneste. Når pasienten er utredet og/eller behandlet sendes epikrise til henviser og eventuelt andre behandlere og pasient/foresatt. Videre oppfølging og kontroller planlegges og utføres på det nivå som i hvert enkelt tilfelle vurderes nødvendig. Ikke alle pasienter som har behov for oral helsehjelp har fast tannlege lokalt som kan delta i behandlingsløpet eller følge dem opp. Det vil da være en oppgave for de ansatte i forsøksordningen å hjelpe til å etablere kontakt med lokal tannhelsetjeneste. For pasienter med kompliserte og sammensatte behov er dette spesielt viktig. Det kan være utfordrende å gi dem et godt tilbud. Mange slike pasienter

betraktes som for ressurskrevende og tunge, noe som blant annet kom frem i FUTT-prosjektet som er beskrevet tidligere i teksten. Mange av tannlegene som deltok i prosjektet beskrev negative holdninger og for liten tid til å behandle slike «tunge» pasienter.

Forsøksordningen må identifisere slike problemer, beskrive pasientene og fremskaffe tall på hvor mange dette dreier seg om. Dette fordi det kan gi grunnlag for å vurdere behovet for å inkludere pasientene i et offentlig tannhelsetjenestetilbud.

Kartlegging, oppsøkende tilbud:

Oralt helseteam oppsøker aktuell avdeling og undersøker de pasientene som samtykker. Dersom det identifiseres behov for spesiell oppfølging eller behandling informeres pasienten, og det avklares på hvilket nivå dette skal gjøres. Øvrig behandling og oppfølging som for henviste pasienter.

4.9 Behov for utstyr og personell

Noen sykehus har allerede egnede lokaler for å drive denne typen virksomhet, ved andre sykehus vil det være behov for å bygge nytt. Investeringsbehovet ved de valgte forsøkssykehusene vil derfor være avhengig av hvilke fasiliteter som er til stede fra tidligere.

Helsedirektoratet ser det som nødvendig at det i oppstartsfasen ansettes to personer i full stilling (prosjektledere) i de aktuelle helseforetakene. De bør ha høy kompetanse, gjerne både spesialist- og forskerutdanning (Ph.d). Manglende forskerkompetanse kan eventuelt kompenseres ved et godt samarbeid med regionalt odontologisk kompetansesenter, universitet, eller annet forskerkompetent personell i sykehuset. Med tanke på pasientgruppene som Helsedirektoratet vil prioritere høyest i en kartleggingsfase (barn og

funksjonshemmede), er det ønskelig om en av de som ansettes er pedodontist, mens den andre må ha kjennskap til behandling av voksne pasienter.

I forsøksordningens andre fase skal det gjøres kartlegging av voksne i habiliteringstjenesten og behandling av henviste pasienter, både barn og voksne. Det vil kunne være behov for ytterligere pedodontisk kompetanse. I tillegg er det behov for personell med kompetanse om voksne pasienter som trenger behandling i sykehus og som har bred klinisk erfaring. Dessuten er det viktig å ansette minst en spesialist i oral kirurgi og oral medisin i forsøksordningen. Oralkirurgiske miljø som finnes i sykehusene har allerede mye pasientbehandling, og har ikke ressurser til å ta seg av nye grupper. Videre må det ansettes tannpleiere og sekretærer. Tilbudets dimensjonering vurderes fortløpende i forsøksordningen.

4.10 Kostnader ved oppbygging av forsøksordningen

Det beregnes her utgifter for to nye klinikker, en i hvert forsøkssykehus. Det forutsettes at helseforetaket har lokaler som kan brukes.

Investeringsbehov august 2012–desember 2013:

To behandlingsrom inkludert 5 millioner
digitalt røntgen, cone beam
CT og annet nødvendig utstyr

Personell (her tatt utgangspunkt i lønnsnivå ved TkNN i Tromsø):

2012:

- To prosjektledere 851 000 kr
(tannlege/tannlege-
spesialister) i 4 mnd.

- Lønn inkl. sos. avg
- Utgifter til reiseaktivitet, kompetanseoppbygging 100 000 kr
 - Utgifter til opplæring/ informasjon til aktuelle fagmiljø 50 000 kr

Fra 2013:

- Prosjektleder (2x100%) 2 600 000 kr
- Pedodontist* (2 x 75 %) 1 890 000 kr
- Sykehustannlege voksne* (2 x 75 %) 1 890 000 kr
- Oralkirurg* (2 x 75 %) 1 890 000 kr
- Tannpleier* (2 x 75 %) 945 000 kr
- Tannhelsesekretær* (2 x 75 %) 800 000 kr
- Kjeve- og ansiktsradiolog (20 %) 252 000 kr

* Spesialister som ansettes i 100 % stilling fra ca. april (ikke realistisk tidligere)

Ansettelse av kjeve- og ansiktsradiolog er nødvendig dersom man i en forsøksordning velger å satse på oppbygging av klinikk med moderne røntgendiagnostisk utstyr. En Cone beam CT kan også være nyttig for ØNH-avdeling, da den kan brukes til undersøkelser av andre strukturer i hode/halsområdet.

Dessuten må det tas høyde for at etablering av forsøksordningen vil utløse behov for andre tjenester fra sykehuset (postoperativ, anestesi, portør, operasjonspersonell, rengjøring etc).

Det vurderes etter hvert å ansette andre tannlegespesialister, for eksempel kjeveortoped eller protetikere.

4.11 Finansiering av pasientrettet arbeid i forsøksordningen

Det er forutsatt at forsøksordningen skal fullfinansieres.

Når det gjelder eksisterende regelverk rundt finansiering av pasientbehandling i et oralt helsetilbud i spesialisthelsetjenesten, vises det til avsnitt 1.6. Det vil bli komplisert å bruke forskjellige finansieringsystemer for pasienter som avhenger av hvem som er henviser, diagnose og om pasienten har eller ikke har rettigheter etter Tannhelseloven eller Lov om folketrygd.

Helsedirektoratet skisserer to løsninger:

1. Rammebevilgning til forsøkssykehus som også skal dekke pasientbehandling
2. Lage en unntaksbestemmelse i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom, der Folketrygdens takster kan benyttes ved behandling av pasienter i forsøksordningen. Unntaksbestemmelsen kan begrunnes med behovet for å skaffe kunnskap nok til å lage nye finansieringsordninger.

4.12 Kompetansemessige utfordringer

Et godt tilbud om orale helsetjenester i sykehus krever personell som har kompetanse om medisinske tilstander, psykiske lidelser og om spesialisthelsetjenesten. Noen funksjoner, som moderne røntgendiagnostikk og oral kirurgi, kan ikke etableres uten tilgang på spesialistkompetanse, mens andre kliniske funksjoner også kan løses av allmenntannleger med interesse og erfaring. Likevel anbefaler Helsedirektoratet at det fortrinnsvis ansettes tannleger med spesialistutdanning i forsøksordningen. Dette begrunnes med at

spesialister, i tillegg til ekstra klinisk kompetanse, har god bakgrunn for vurdering av vitenskapelig litteratur og kunnskapsbasert praksis. Breddespesialiteter som pedodonti og klinisk odontologi tilfører også kompetanse om psykiske lidelser og tilnærming til personer med alvorlig funksjonshemming eller medisinske/psykiske diagnoser. Spesialistkompetanse vil dessuten gi det orale helsetilbudet høyere legitimitet i sykehusmiljøet. Tannpleiere og tannhelsesekretærer vil også ha behov for økt kompetanse om medisinske diagnoser, tilnærming til pasienter og om spesialisthelsetjenesten.

Kunnskap om spesialisthelsetjenesten generelt og det aktuelle sykehuset spesielt, gis gjerne i introduksjonskurs til nyansatte som gjentas med jevne mellomrom i de fleste større sykehus. Mye vil også læres ved erfaring. Det må likevel legges til rette for at alle ansatte i det orale helseteamet kan delta på aktuelle kurs. Videre vil det være viktig at eksisterende gode norske og nordiske fagmiljø trekkes inn i opplæring og veiledning av personellet. Aktuelle norske institusjoner er beskrevet i teksten i bakgrunnskapitlet. Det kan også vurderes å kjøpe utdanningsplasser i Sverige.

Tilgang til tannlegespesialister er begrenset, og det er manglende rekruttering til odontologiske spesialist- og forskermiljø. Det vises til HelseDirektoratets rapport om desentralisert spesialistutdanning, hvor det fremkommer at de fleste spesialister jobber i privat praksis nær utdanningsstedene, Oslo og Bergen. Likevel er antall personer i spesialistutdanning i 2010/2011 (78 personer) i Norge nesten like høyt som behovet ble anslått å være i Stortingsmelding 35 (2007-2008), men her ble det ikke tatt høyde for behovet for spesialister i sykehus. Det er også

rekrutteringsproblemer til personer med dobbelkompetanse innen odontologi (spesialist- og forskerutdanning). Selv om regjeringen har lagt til rette for økt dobbeltkompetanseutdanning (bevilget 14 millioner kroner for 2012) vil det ta flere år før man har tilstrekkelig med ferdig utdannede kandidater.

Selv om rekrutteringssituasjonen er vanskelig kan det være interesse blant aktuelle fagpersoner for å søke seg til forsøksordningen fordi det er nytt og spennende. Det finnes mange gode forskningsmiljøer i sykehusene som kan lokke tannleger med forskningskompetanse til å søke. Sykehus med universitetsfunksjoner har vitenskapelige stillinger, som kan gi muligheter for en akademisk karriere. En eller flere vitenskapelige stillinger i forsøksordningen (for eksempel prosjektlederstillinger) kan med fordel vurderes. Muligens kan kliniske spesialiststillinger oppleves som mer interessante dersom det legges til rette for delte stillinger, der spesialisten har mulighet til arbeid i privat- eller offentlig tannhelsetjeneste ved siden av stilling i sykehuset. Spesielt i en forsøksordning der personell nødvendigvis må ansettes i midlertidige stillinger, vil det for noen være viktig å holde driften av privat klinikk i gang, eller opprettholde forholdet til annen arbeidsgiver. Delte stillinger anbefales ikke for prosjektledere, av grunner nevnt ovenfor.

Det er viktig å understreke at et oralt helsetilbud i sykehusene vil være en berikelse både for pasienter, sykehuset, primærhelsetjenesten og for norsk odontologi, særlig om det blir etablert samarbeid med institusjoner som utdanner tannleger, tannlegespesialister, tannpleiere og/eller tannlegeselekretærer. Forhåpentligvis vil det bli mer fokus på pasienter med

sammensatte og kompliserte behov for helsehjelp.

4.13 Kriterier for valg av forsøkssykehus

Helsedirektoratet anbefaler at det tas hensyn til følgende forhold ved valg av forsøkssykehus:

- Regionalt helseforetak og sykehusledelsen ønsker ordningen
- Etablert fagmiljø ved sykehuset
- En eller flere avdelinger som er aktuelle for kartleggingsdelen av ordningen representert ved sykehuset
- Minst to (ideelt sett tre) behandlingsrom og kontorer/kontorplasser. Det må være muligheter til utvidelse/økning av lokalene i prosjektperioden
- Geografisk nærhet til odontologisk fagmiljø, som regionalt kompetansesenter eller odontologisk fakultet/institutt.
- Vilje og evne til samarbeid med Den offentlige tannhelsetjenesten, aktuelle utdanningsinstitusjoner og annet forsøkssykehus

Sykehus som ikke oppfyller alle kriteriene kan vurderes som aktuelle om de viser motivasjon og gjennomføringsevne. Sykehuset må da vise til planer for hvordan de kan kompensere for de kriteriene de ikke oppfyller.

4.14 Evaluering av forsøksordningen

Det er viktig at det gjøres en god evaluering av forsøksordningen. Fordi et er foreslått en lang forsøksperiode (minst 5 år) er det hensiktsmessig at det gjøres både en midtveiseevaluering og en sluttevaluering.

Den systematiske kunnskapsoppbyggingen som beskrives i avsnitt 4.5 inngår i evalueringen. Det finnes flere verktøy som kan brukes til mer kvalitative evalueringer som blant annet

beskrives av nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (www.kunnskapssenteret.no).

Aktuelle evalueringsparametre er:

- Om organiseringen i sykehuset er hensiktsmessig
- Måloppnåelse
- Om finansieringen er tilfredsstillende
- Erfaringer med samhandlingsrutiner og modeller
- Brukertilfredshet
- Ansattes tilfredshet
- Samarbeidspartnerne erfaringer med ordningen.

4.15 Prosjektorganisering:

Helsedirektoratets oppdrag har vært forankret i avdeling allmennhelsetjenester med avdelingsdirektør Jon-Torgeir Lunke som prosjekteier. Det har vært et nært samarbeid med avdeling sykehustjenester. Her er en oversikt over organiseringen og deltakere i arbeidet:

Styringsgruppe:

Avdelingsdirektør Jon-Torgeir Lunke, avdeling allmennhelsetjenester,
Avdelingsdirektør Erik Kreyberg Normann, avdeling sykehustjenester

Prosjektleder: Seniorrådgiver Ragnhild Elin Nordengen, avdeling allmennhelsetjenester

Forfatter av rapporten: Seniorrådgiver Hilde, seniorrådgiver avdeling allmennhelsetjenester

Arbeidsgruppe:

Seniorrådgiver Hilde Nordgarden, avd. allmennhelsetjenester
Seniorrådgiver Terje Vigen, avd. sykehustjenester

Seniorrådgiver Elin Johanne Sæther, avd.
allmennhelsetjenester
Rådgiver Maren Mathisen Wilberg, avd.
allmennhelsetjenester

Referansegruppe

Avdelingssjef Mette Bratt, Helse Midt-Norge
RHF
Oralkirurg Peter Schleier, Helse Vest RHF
Oralkirurg/seksjonsleder Johanna Berstad, Helse
Sør-Øst RHF
Medisinskfaglig rådgiver Hanne Haukland, Helse
Nord RHF
Seniorrådgiver Tone Viljugrein, Barneombudet
Spesialkonsulent Lars Bjørn Mehus, Helse og
sosialombudet i Oslo
Hanne Fjerdingsby Olsen, SAFO
Andreas Habberstad, FFO
Prosjektleder Magne Audun Kloster, de
regionale odontologiske kompetansesentrene
Fylkestannhelsesjef Peter Marstrander,
fylkestannlegene
Overtannlæge Ole Mohr Hovgaard, Danmark
Overtannlege Inger W Stenberg, Sverige
Professor Eeva Widström, Finland
Sykehustannlege Kjell Steinar Størksen,
Haukeland
Kjevekirurg Christoph Ziegler, St.Olavs Hospital
Tannpleier Hild-Ada Bakke, Den offentlige
tannhelsetjenesten i Vestfold
Spesialist i pedodonti Eva Edblad,
Tannhelsetjenestens kompetansesenter for
Nord-Norge (TkNN)
Avdelingssjef Kari Storhaug, TAKO-senteret
Seniorrådgiver Grethe Kolloen, Akershus
universitetssykehus
Tannlege Kerstin Sjöquist, klinisk leder
spesialistutdanningen i klinisk odontologi TkNN /
UiT
Professor Paal Barkvoll, Universitetet i Oslo,
odontologisk fakultet

Førsteamanuensis Bente Brokstad Herlofson,
Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo,
Medisinskfaglig rådgiver Guri Spilhaug, Senter
for Rus- og avhengighetsbehandling, Oslo
universitetssykehus HF
Seksjonsoverlege Grete J. S. Larsen, DPS
Vinderen
Overlege Johan Tausjø, Radiumhospitalet