

FORVALTNINGSREVISJON
TANNHELSETJENESTEN

ENDELIG RAPPORT



Trøndelag
fylkeskommune

OKTOBER 2020

FR1122

FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Trøndelag fylkeskommunes kontrollutvalg i perioden januar 2020 til oktober 2020.

Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, jf. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 23-2 punkt c). Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak¹.

Revisjonsteamet har bestått av oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Sunniva Tusvik Sæter, prosjektmedarbeider Hanne Marit Ulseth Bjerkan, og kvalitetssikrere Anna Ølnes og Arve Gausen. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Trøndelag fylkeskommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs² standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet. En oversikt over tidligere gjennomførte prosjekter finnes på vår hjemmeside www.revisjonmidt norge.no.

Steinkjer, 27.10.2020

Sunniva Tusvik Sæter

Oppdragsansvarlig revisor

¹ Kommuneloven § 23-3, 1.ledd

² Norges Kommunerevisorforbund, www.nkrf.no

SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført en forvaltningsrevisjon av tannhelsetjenesten i Trøndelag fylkeskommune, bestilt av kontrollutvalget i fylkeskommunen. Revisor undersøker om tannhelsetilbudet er i tråd med tannhelsetjenesteloven og om balansen mellom tjenester til prioriterte klientgrupper og voksent betalende klientell er i tråd med tannhelsetjenesteloven.

Revisor har benyttet videointervjuer og dokumentgjennomgang som metode. Det har også blitt stilt spørsmål via epost og telefon. Videre har revisor kontaktet andre fylkestannleger i landet for å kunne sammenligne Trøndelags tannhelsetjeneste med andre fylkeskommuners tannhelsetjeneste. Vår samlede vurdering er at metodebruk og datagrunnlag i dette prosjektet gir et tilstrekkelig grunnlag til å svare på problemstillingene.

Den første problemstillingen er: *Er Trøndelag fylkeskommunes tannhelsetjenestetilbud i tråd med tannhelsetjenesteloven?*

Revisor vurderer at fylkeskommunen har organisert en tannhelsetjeneste med spesialisttjenester som er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Videre vurderer revisor at det planlegges og gjennomføres forebyggende arbeid både i og utenfor klinikk. Revisor vurderer at fylkeskommunen arbeider for å sikre at det er riktig kompetanse og tilstrekkelige ressurser, men at det finnes utfordringer i å rekruttere i noen områder.

I den første problemstillingen konkluderer revisor derfor med at Trøndelag fylkeskommunes tannhelsetilbud er i tråd med tannhelsetjenesteloven. Hva som er tilstrekkelige ressurser vil alltid kunne diskuteres, men revisor har ikke inntrykk av at tannhelsetjenesten i Trøndelag er utpreget presset når det gjelder behandling av pasienter i prioriterte grupper. Revisor har inntrykk av at man i en normalsituasjon har en bemanning som svarer til behovet, men at det er en utfordring for effektiviteten når det er høy turnover. Det er rom for å behandle voksne betalende pasienter for å sikre inntjening og variasjon i det faglige arbeidet.

Den andre problemstillingen er: *Er balansen mellom tjenester som tannhelsetjenesten yter til prioriterte klientgrupper og voksent betalende klientell i tråd med tannhelsetjenesteloven?*

Revisor vurderer at fylkeskommunen har systemer og ressurser til å gi et regelmessig og oppfølgende tilbud til de prioriterte gruppene. Balansen mellom tjenester til prioriterte og uprioriterte pasienter varierer fra klinikk til klinikk. Revisor har ikke data som tilsier at det er noen grupper som ikke mottar tilbudet de har krav på, men det er utfordringer med å tilby tjenester spesielt til gruppe C2 (mottakere av hjemmesykepleie), da tannhelsetjenesten ikke i alle kommuner får mulighet til å informere om tilbudet eller får kjennskap til hvilke personer som har rettigheter i kommunen. Siden tannhelsetjenesten foreløpig ikke har ferdigstilt den

overordnede og likelydende avtalen med kommunene og det ikke i alle kommuner foreligger gjeldende avtaler, vurderer revisor at det pr. i dag mangler noen felles rutiner og retningslinjer for hvordan samarbeidet med kommunene skal foregå. Et felles avtaleverk vil kunne styrke tannhelsetjenestens muligheter for å kunne gi rettidig informasjon til den som søker eller trenger tannhelsehjelp.

I den andre problemstillingen konkluderer revisor derfor med at balansen mellom tjenester som tannhelsetjenesten yter til prioriterte klientgrupper og voksent betalende klientell er i tråd med tannhelsetjenesteloven. Det er likevel tydelig at man ikke er i mål med å nå samtlige pasienter for å kunne informere og behandle. Revisor mener at tannhelsetjenesten bør videreføre sitt arbeid med å kommunisere forståelsen av regelverket når det gjelder taushetsplikt.

Revisor har utarbeidet to anbefalinger:

- Revisor anbefaler fylkesrådmannen å formalisere samarbeidet med samtlige kommuner
- Revisor anbefaler fylkesrådmannen at tannhelsetjenesten fortsetter sitt arbeid med å kommunisere forståelse av regelverk når det gjelder taushetsplikt.

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse	6
1 Innledning.....	8
1.1 Bestilling.....	8
1.2 Problemstillinger.....	8
1.3 Metode	9
1.4 Bakgrunn.....	11
1.5 Rapportens oppbygging	13
2 Tannhelsetilbudet	15
2.1 Problemstilling	15
2.2 Revisjonskriterier.....	15
2.3 Data	15
2.3.1 Organisering av tjenesten i fylket	15
2.3.2 Forebyggende arbeid.....	22
2.3.3 Rekruttering og kompetanse	24
2.4 Vurdering.....	29
2.4.1 Tannhelsetjenester skal være tilgjengelige	29
2.4.2 Forebyggende tiltak	29
2.4.3 Riktig kompetanse og tilstrekkelige ressurser	29
3 Balansen mellom tjenester	31
3.1 Problemstilling	31
3.2 Revisjonskriterier.....	31
3.3 Data	31
3.3.1 Utøvelse av tjenester til de prioriterte gruppene	31
3.3.2 Dialog med kommunene	40
3.3.3 Økonomi	45
3.4 Vurdering.....	50
3.4.1 Regelmessig og oppfølgende tilbud til prioriterte grupper.....	50
3.4.2 Nødvendig informasjon og opplysninger til bruker.....	51
4 Høring	52
5 Konklusjoner og anbefalinger	53
5.1 Konklusjon.....	53
5.2 Anbefalinger	54
Kilder.....	55
Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier.....	57
Vedlegg 2 – Høringssvar	63

Vedlegg 3 – Distrikter og klinikker	64
Vedlegg 4 – Brev fra Helsetilsynet.....	67

Tabell

Tabell 1. Oversikt over distrikter og antall klinikker.....	16
Tabell 2. Andel pasienter i Trøndelag fordelt etter distrikt	17
Tabell 3. Ventetid og antall pasienter på venteliste for narkosetilbud fordelt etter sykehus 1. halvår 2020	21
Tabell 4. Ventetid og antall pasienter på venteliste for narkosetilbud fordelt etter sykehus i 2019	21
Tabell 5. Antall pasienter på venteliste for narkosetilbud fordelt etter pasientgruppe per sykehus 1. halvår 2020.	21
Tabell 6. Antall timer brukt til forebyggende arbeid i Trøndelag fylkeskommune	22
Tabell 7. Lønnsstige etter sone, årslønn i 1000	25
Tabell 8. Prioriterte grupper av pasienter	32
Tabell 9. Nøkkeltall for tannhelse.....	33
Tabell 10. Tilgang til opplysninger.....	34
Tabell 11. Pasientgrunnlag per pasientgrupper.....	37
Tabell 12. Pasientbehandling etter pasientgruppe	38
Tabell 13. Antall behandlede voksne betalende pasienter i 2019.....	47
Tabell 14. Namdal.....	64
Tabell 15. Innherred og Fosen.....	64
Tabell 16. Værnes	64
Tabell 17. Trondheim Øst	65
Tabell 18. Trondheim sør.....	65
Tabell 19. Sørvest.....	65
Tabell 20. Sørøst.....	66

Figurer

Figur 1. Organisering av tannhelsetjenesten	12
Figur 2. Tannhelsetjenestens samarbeidspartnere.....	40

1 INNLEDNING

Denne forvaltningsrevisjonen handler om organiseringen og utøvelsen av tannhelsetjenesten i Trøndelag fylkeskommune. Revisor undersøker om tannhelsetjenesten oppfyller krav fastsatt i lovverk. Prosjektet er bestilt av kontrollutvalget i Trøndelag fylkeskommune.

I dette kapittelet redegjør vi for bestilling, problemstillinger og bakgrunn for prosjektet. Vi beskriver også den overordnede organiseringen av tjenesten.

1.1 Bestilling

Med bakgrunn i Plan for forvaltningsrevisjon 2018-2020, bestilte kontrollutvalget i Trøndelag fylkeskommune en forvaltningsrevisjon innen tannhelsetjenesten. Kontrollutvalget vedtok prosjektplanen 28.01.2020 sak 01/20 med følgende avgrensninger:

Undersøkelsen vil ta for seg tannhelsetilbudet på et overordnet plan, og ikke gå inn i enkeltsaker. I første problemstilling vil revisor i begrenset omfang gå inn på kostnader. Revisor vil se på hvilke områder som har utløst budsjettoverskridelser og årsaker til disse, og dersom mulig sammenligne dette med andre fylkeskommuner. Det er i hovedsak de prioriterte gruppene som omfattes av prosjektet, selv om uprioriterte vil omtales.

1.2 Problemstillinger

Følgende problemstillinger vil bli besvart i rapporten:

- Er Trøndelag fylkeskommunes tannhelsetjenestetilbud i tråd med tannhelsetjenesteloven?
 - Hvordan har fylkeskommunen organisert tannhelsetjenesten?
 - Hvordan legger fylkeskommunen opp det forebyggende arbeidet innen tannhelse?
 - Klarer fylkeskommunen å rekruttere og beholde tannleger?
 - Finnes det geografiske forskjeller ift. kapasitet, kompetanse og rekruttering?
- Er balansen mellom tjenester som tannhelsetjenesten yter til prioriterte klientgrupper og voksent betalende klientell i tråd med tannhelsetjenesteloven?
 - Hvordan er forholdet mellom tjenester til prioriterte og uprioriterte pasienter?
 - Har fylkeskommunen kapasitet til å håndtere de prioriterte gruppene?
 - Forsikrer tannhelsetjenesten seg om at prioriterte grupper får informasjon om sine rettigheter, eksempelvis gjennom samarbeidsavtaler med kommunene eller andre ordninger?
 - Hvilke årsaker finnes til budsjettoverskridelser de siste årene?

Revisor har lagt til et punkt om organisering av tannhelsetjenesten i første problemstilling, for å vise at dette skal undersøkes. Revisor har videre lagt til et punkt om budsjettoverskridelser i andre problemstilling. Punktet vil være beskrivende og vurderes ikke opp mot revisjonskriterier.

1.3 Metode

Det er gjennomført oppstartsmøte med fylkestannlegen, assisterende fylkestannlege og assisterende fylkesrådmann som leder seksjon for organisasjon, eiendom og tannhelse.

Det er gjennomført intervjuer med alle overtannleger/distriktsleder og et oppsummerende intervju med assisterende fylkestannlege som også var revisjonens kontaktperson. For ordens skyld, vil overtannleger og distriktsleder felles omtales som «overtannleger» selv om distriktslederen ikke er en tannlege. Dette gjøres for å anonymisere distriktsleder i uttalelser som gjelder majoriteten av/samtlige overtannleger inkludert distriktsleder, samt sikre bedre lesbarhet i rapporten. Alle intervjuer er gjennomført via nettmøte grunnet Covid-19.

Revisor har uten opphold mottatt alle etterspurte dokumenter og statistikker fra vår kontaktperson, assisterende fylkestannlege. Revisor har inntrykk av at det har blitt informert godt om forvaltningsrevisjonen i organisasjonen, og alle informanter i fylkeskommunen har vært oppdaterte på prosjektet og villige til å dele informasjon.

Revisor har benyttet blant annet disse dokumentene:

- Årsrapporter 2017, 2018 og 2019
- Pasientgrunnlag
- Distriktsfordeling
- Eksempler på samarbeidsavtaler mellom tannhelsetjenesten og kommuner
- Lønnsstige
- Sykefraværsstatistikk
- Prosjektoppgave skrevet av to ansatte i tannhelsetjenesten, om pasienter i gruppe C2 (eldre/uføre med hjemmesykepleie) og informasjon mellom kommune og tannhelsetjeneste for denne gruppen

Videre har revisor benyttet tilgjengelig statistikk både fra fylkeskommunen og fra KOSTRA.

Det er sendt spørsmål på epost til:

- Pasient- og brukerombudet i Trøndelag
- Helse Midt-Norge; Helseplattformen
- NFU Trøndelag (Norsk Forbund for Utviklingshemmede)
- Seks kommuner i varierende størrelse og geografi

- Alle fylkestannleger i landet
- Hovedtillitsvalgte i tannhelsetjenesten i Trøndelag fylkeskommune

Pasient- og brukerombudet fikk ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten fra 01.01.2020, og har få saker å bidra med. Av anonymitetsårsaker har revisor valgt å ikke gå videre inn på disse.

Helse Midt-Norge bekreftet at tannhelsetjenesten ikke er en del av Helseplattformen.

NFU Trøndelag ble spurt om de kjenner til utfordringer i tannhelsetilbudet når det gjelder psykisk utviklingshemmede. Revisor har mottatt svar som er innarbeidet i rapporten.

Revisor har kontaktet helse- og omsorgssjef i seks trønderske kommuner via epost for å få tilbakemelding på hvordan dialogen og avtaler med tannhelsetjenesten fungerer. Kommunene ble valgt på bakgrunn av geografi og størrelse. Revisor mottok svar fra alle kontaktede kommuner. Tilbakemeldingene fra disse kommunene sett opp mot dataene fra andre intervju samsvarer. Revisor vurderer dataene til å være tilstrekkelige til å gi et bilde av hvordan dialogen med kommunene fungerer.

Revisor kontaktet alle fylkestannleger i landet via epost. Vi fikk svar fra sju fylkestannleger. Informasjonen fra disse er ikke en del av revisors vurderinger, men vil brukes i rapporten for å kunne sammenligne Trøndelag opp mot andre fylkeskommuner. Revisor mener at svar fra sju av ti fylkestannleger (utenom Trøndelag) er tilstrekkelig respons for å kunne gi relevant tilleggsinformasjon til dataene for Trøndelag.

Revisor sendte en forespørsel til hovedtillitsvalgte i tannhelsetjenesten i Trøndelag fylkeskommune. Revisor lot de tillitsvalgte selv velge om de ønsket å gi tilbakemelding via epost, intervju eller telefon. Revisor har fått to skriftlige tilbakemeldinger, en tilbakemelding via telefon og har avholdt ett intervju med tillitsvalgte. Informasjonen fra de tillitsvalgte er i stor grad samstemt, og bidrar til å styrke rapporten fra en annen vinkel enn fra ledere i tjenesten.

Det er dermed sendt en del spørsmål via epost. Revisor har forsøkt å holde disse så konkrete og kortfattede som mulig, for å unngå misforståelser og for å få svar på det vi lurer på. Revisor opplever å ha fått gode svar på spørsmål.

Det er gjennomført en strukturendring i distriktene fra 01.09.2020. Revisor har benyttet en del statistikk som beskriver situasjonen i distriktsinndelingen som var gjeldende fram denne datoen, selv om det ikke vil gi et fullstendig riktig bilde av distriktene framover i tid. Revisor vurderer likevel at statistikken gir et bilde av hvordan situasjonen har vært som er verdifull for revisors vurderinger, som skal si noe om hvordan tannhelsetjenesten har arbeidet.

Dersom datainnsamlingen hadde blitt gjennomført i en normal situasjon, hadde nok ikke alle intervjuene blitt gjennomført via nettmøte. Dette da oppmøte eksempelvis på klinikk vil kunne gi revisor et inntrykk av arbeidshverdagen og mulighet for observasjon. Samtidig mener revisor at nettmøter har fungert godt som datainnsamlingsverktøy, og informantene har virket komfortable med verktøyet. Revisor har ikke inntrykk av at vi har gått glipp av data som følge av datainnsamlingsmetoden, men tar forbehold om at vi kunne fått mer eller annen informasjon ved fysisk tilstedeværelse.

Revisor vurderer at den innsamlede dokumentasjonen i kombinasjon med intervjuer og spørsmål på epost til ulike aktører, bidrar til å sikre et sterkt og solid datagrunnlag i rapporten. De innsamlede dataene gir et godt grunnlag til å gjøre vurderinger og svare ut problemstillingene.

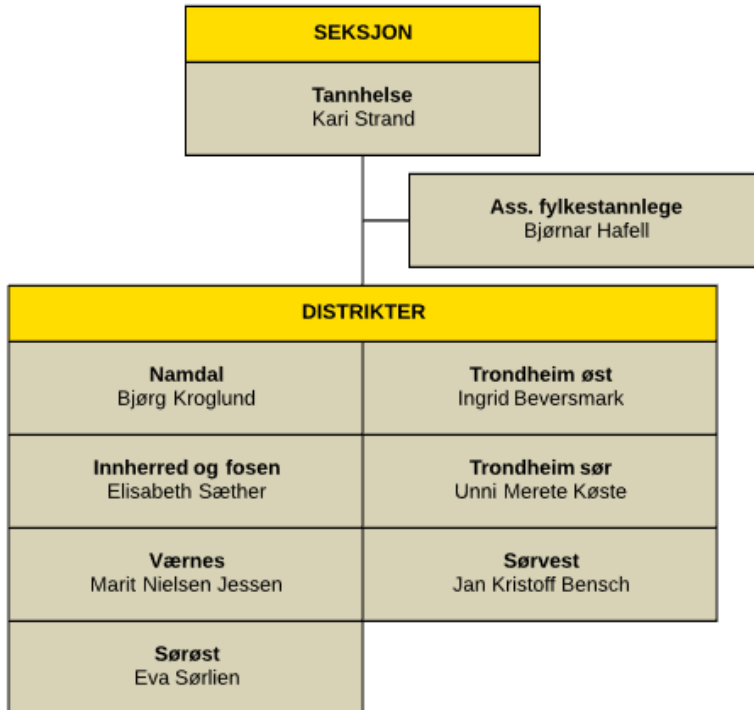
1.4 Bakgrunn

Den offentlige tannhelsetjenesten er et fylkeskommunalt ansvar som er definert i tannhelsetjenesteloven. Tannhelsetjenesteloven legger føringer for hvilke grupper av befolkningen som har prioritert rett til gratis tannbehandling. Videre skal fylkeskommunen driver forebyggende tiltak for hele befolkningen i sitt fylke.

Fylkeskommunen har som målsetting at den offentlige tannhelsetjenesten skal levere gode tjenester, slik at fylkeskommunens innbyggere har mulighet til å bevare en god tannhelse livet ut. Herunder skal fylkeskommunen:

- Prioritere forebyggende og helsefremmende arbeid
- Tilby alle typer tannbehandling
- Bidra aktivt i forskning og fagutvikling

Tannhelsetjenesten i Trøndelag fylkeskommune er lagt under avdeling for organisasjon, eiendom og tannhelse som ledes av assisterende fylkesrådmann og er organisert på følgende måte:



Figur 1. Organisering av tannhelsetjenesten

Kilde: Organisasjonskart på Trøndelag fylkeskommunes hjemmeside

Klinikkstrukturen ble ikke endret i forbindelse med fylkessammenslåingen. Tilbudsdekningen varierer mellom distriktene. Dette har årsak i variasjoner i bemanning på de ulike klinikkene i de ulike distriktene. Det framgår av årsrapporten at det er behov for å styrke bemanningen på noen klinikker for å kunne gi et bedre tilbud til prioriterte grupper. Det ble gjort en justering av distriktene i september 2020. Dette presenteres i kapittel 2.3.1.

Organiseringen av den nye fylkeskommunen ble vedtatt på grunnlag av et politisk behandlet prinsippnotat. I 2019 har organiseringen vært evaluert, og fylkesrådmannen presenterte dette i starten av 2020. For tannhelse har ikke dette ført til vesentlige endringer i organiseringen, men det arbeides nå med presisering av de tre ledernivåene og ansvar på seksjonen. Hele administrasjonen er samlet på Steinkjer hvor assisterende fylkestannlege er leder for staben for seksjonen.

Det ble ikke gjennomført brukerundersøkelser i 2018 eller 2019, og tannhelsetjenesten har heller ikke statistikk over ventetid for time.

I 2018 trådte en ny paragraf i tannhelsetjenesteloven i kraft, slik at fylkeskommunen skal legge til rette for at tannhelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Det har blitt sendt stadig flere bekymringsmeldinger. I 2018 ble det sendt 39 bekymringsmeldinger og i 2019 ble det sendt 57 bekymringsmeldinger.

Det er planlagt etablert behandlingstilbud i Namsos for tilrettelagt behandlingstilbud for tortur- og overgrepsofre og personer med odontofobi (tannbehandlingsangst) – TOO. Dette for å bedre kapasitet og korte ventetid for angstbehandling. Behandlingstilbudet skulle egentlig etableres fra sommeren 2020, men har blitt forsinket.

Trøndelag fylkeskommune har etablert Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), som er et fylkeskommunalt foretak. TkMidts oppdrag er å bygge et regionalt kompetansemiljø som skal være en drivkraft for fagutvikling og forskning i tannhelsetjenesten, samt sikre befolkningen et behandlingstilbud med avansert diagnostikk og flerfaglig spesialistbehandling.³

Trøndelag fylkeskommune har ikke selv prioritert flere grupper enn loven tilsier. Tidligere Sør-Trøndelag hadde tilbud til flere pasienter innen psykisk helse. Tidligere Nord-Trøndelag hadde gratis tannlege for 19- og 20-åringer i perioden 2011-2015. Tannhelsetjenesten uttaler at det er behov for å revidere loven fra 1983 og se på de prioriterte gruppene. Det har vært forslag i fylkestinget om flere prioriterte grupper, men det har ikke blitt vedtatt.

Fylkeskommunens utfordringsdokument for perioden 2020-2023 i forbindelse med økonomiplanarbeidet, viser flere utfordringer for tannhelsetjenesten. Innen økonomi presenteres det at hovedutfordringen er varierende kapasitet, samtidig som det må finnes handlingsrom for både nåværende og nye og økte prioriterte behov og utgifter. Videre har det kommet nye nasjonale retningslinjer for tannhelsetjenester til barn og unge, som fører til endringer i rutiner og prosedyrer samt større ressursbruk i innkjøringsfasen av disse. Den teknologiske og medisinske utviklingen gir muligheter for nye og bedre, men dyrere behandlingsmetoder. Utfordringsdokumentet presenterer videre at det er behov for å styrke kapasiteten til tannbehandling i narkose for å redusere ventetider. I noen deler av fylket er det etterslep på fornying av utstyr og lokaler. I noen deler av fylket er det også mer gjennomtrekk av tannleger enn ønskelig. Det har vært en økning i fødsels- og omsorgspermisjoner.

1.5 Rapportens oppbygging

Rapporten har fem kapitler:

1. Første kapittel omfatter bestilling, problemstillinger, metode og bakgrunn for undersøkelsen.
2. Andre kapittel omfatter første problemstilling, om tannhelsetilbudet, organisering av tjenesten, forebyggende arbeid og rekruttering og kompetanse.

³ Kompetansesenteret Tannhelse Midt, «Organisasjon», 2020 <<https://www.tkmidt.no/organisasjon>>.

3. Tredje kapittel omfatter balansen mellom tjenester, prioritering av grupper og dialog med kommunene.
4. I fjerde kapittel presenteres høringsprosessen.
5. I femte og siste kapittel fremgår revisors konklusjoner og anbefalinger.

De fem kapitlene etterfølges av kilder og vedlegg, herunder utledning av kriterier og høringssvar.

2 TANNHELSETILBUDET

2.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet om tannhelsetilbudet:

- Er Trøndelag fylkeskommunes tannhelsetjenestetilbud i tråd med tannhelsetjenesteloven?
 - Hvordan har fylkeskommunen organisert tannhelsetjenesten?
 - Hvordan legger fylkeskommunen opp det forebyggende arbeidet innen tannhelse?
 - Klarer fylkeskommunen å rekruttere og beholde tannleger?
 - Finnes det geografiske forskjeller ift. kapasitet, kompetanse og rekruttering?

2.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.
- Fylkeskommunen skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen
- Fylkeskommunen må sikre at det er riktig kompetanse og tilstrekkelige ressurser for å ha en god tannhelsetjeneste.

Utleddningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

2.3 Data

2.3.1 Organisering av tjenesten i fylket

Overordnet organisering og distriktsfordeling

Tannhelsetjenesten i Sør- og Nord-Trøndelag var like i overordnet organisering, med distrikt og overtannleger. Det er ikke foretatt noen endringer av distriktsgrenser etter sammenslåingen før 01.09.2020.

Tannhelsetjenesten var fram til 01.09.2020 delt i åtte geografiske distrikt med hver sin leder, overtannleger. Syv av åtte av overtannlegene er tannleger, og den siste er tannpleier (Namdal). Ved behov henviser tannpleieren videre til assisterende fylkestannlege. Fra 01.09.2020 er det syv distrikter. Det er 40 klinikker og 13 ambuleringsklinikker.

Tabell 1. Oversikt over distrikter og antall klinikker

Distrikt	Klinikker før 01.09.2020	Ambuleringsklinikker før 01.09.2020	Klinikker etter 01.09.2020	Ambuleringsklinikker etter 01.09.2020
Namdal	7 + Namsos sykehus	4	7 + Namsos sykehus	5
Innherred / Innherred og Fosen e. 01.09.	3	2	5	2
Værnes	3 + Levanger sykehus	1	3 + Levanger sykehus	1
Innlandet / Sørøst etter 01.09.	7 + Røros sykehus	2	7 + Røros sykehus	2
Trondheim Sør	4	0	5	0
Trondheim Nord	5	1		
Trondheim Øst	4 + Trondheim fengsel, St. Olavs hospital og Barnehuset ⁴	0	6 + Trondheim fengsel, St. Olavs hospital og Barnehuset	0
Sørvest	7	3	7	3

Kilde: Trøndelag fylkeskommune

Innsatte i fengsel har rettigheter til tannhelsetjenester, men ikke lovfestet etter tannhelsetjenesteloven. De har fått rettigheter på samme måte som personer med rusproblemer, etter budsjettvedtak på stortinget, som finansieres gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet. Verdal fengsel dekkes av Verdal tannklinik. Tradisjonelt har det vært mest akuttbehandling på Verdal, siden de innsatte har sonet kort. Innsatte med soningstid under tre måneder har kun rett på akuttbehandling. De som soner lengre dommer, har rett på full

⁴ Klinikken på Barnehuset er organisert under Trondheim øst. Det foreligger ingen formell avtale om levering av tjenester til Statens Barnehus, men fylkeskommunen er i Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år pålagt å sørge for at tannleger er tilgjengelige for å gjennomføre undersøkelser ved Statens Barnehus.

tannlegebehandling. Pågangen fra fengselet varierer, og det er de ansatte i fengselet som sørger for at de innsatte får tilbud. Trondheim fengsel har egen klinikk med tannleger til stede to dager i uken. Det er også en tannpleier i 10 prosent stilling ved fengselet, som er til stede en halv dag i uken eller en dag annenhver uke. Klinikken er nå under ombygging. I ombygingsperioden får innsatte behandling på en klinikk i Trondheim, som er tilrettelagt med egen inngang som er avskjermet fra resten av klinikken.

Tannbehandling i narkose blir utført ved fire sykehus i Trøndelag. Det er ansatte fra tannhelsetjenesten som utfører behandlingen. De ansatte arbeider delvis på klinikk og delvis på sykehuset.

Tabell 2. Andel pasienter i Trøndelag fordelt etter distrikt

Tannhelsedistrikt	Andel prioriterte pasienter ⁵
Namdal	9 %
Innherred	11 %
Værnes	11 %
Trondheim Nord	16 %
Trondheim Øst	15 %
Trondheim Sør	13 %
Sørvest	12 %
Innlandet	14 %

Kilde: Trøndelag fylkeskommune

Tannhelsedistriktene er svært forskjellige. Noen distrikter er rene «utkantdistrikter» uten større sentrumsområder, andre har flere småbyer og noen av distriktene, eksempelvis Trondheimsdistriktene, kan være rene bydistrikter. Tabellen ovenfor viser at tidligere distrikt Trondheim Nord har den høyeste andelen av pasienter, mens Namdal har den laveste andelen pasienter. Noen distrikter har flere ambuleringsklinikker, noen har ingen. Noen av de minste ambuleringsklinikkene, eksempelvis Jøa og Leka, har tannlege og tannpleier til stede en gang

⁵ Det totale antallet prioritert klientell er 112 206 for 2019

i måneden. En overtannlege uttaler at ambuleringsklinikkene bidrar til å ha et godt tilbud til publikum for å sikre rimelig nærhet for pasientene.

I forbindelse med fylkessammenslåing er distriktstrukturen videreført. Over år har det skjedd tilpasning av klinikkstruktur som kommer av bosetting og kommunikasjon. Det har vært en viss sentralisering av klinikkstrukturen, begrunnet i at det er ønske om færre og større klinikker. Større klinikker gir et større fagmiljø og kan ivareta kvaliteten, og presenteres til å være økonomisk rasjonelt. Det har skjedd en endring i distriktsammensetningen fra 01.09.2020. Trondheim Øst har blitt større, og Trondheim Nord er delt i tre. I Trondheim Nord har klinikken på Byåsen gått inn i Trondheim sør, Fosen har gått til Innherred og klinikkene på Lade og i sentrum har gått til Trondheim Øst. Grunnen til endring er blant annet at det har vært stor forskjell mellom antall ansatte i distriktene. Dette jevnes mer ut med denne endringen. Endringen medfører at det nå er syv i stedet for åtte overtannleger.

Fylkeskommunen har ifølge tannhelsetjenesteloven plikt til å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelig for hele befolkningen, og det løses ved offentlige tannklinikker der det ikke er private tilbud til befolkningen. Samtidig er det en strategi i Trøndelag som sier at alle tannleger bør ha voksenpasienter for å opprettholde og utvikle kompetanse for å ivareta kvaliteten i tjenesten. Det er viktig for rekruttering og for å beholde tannleger i tjenesten. Assisterende fylkestannlege forteller at det ikke er et realistisk alternativ i Trøndelag å kun behandle de prioriterte pasientene. Bakgrunnen er at flere områder i fylket ikke har grunnlag for privatpraktiserende tannhelsetjenester (eksempelvis områder som Lierne, Røyrvik og Frøya). Behandling av kun prioriterte pasienter vil kunne være slitsomt i lengden for ansatte. Betalende pasienter er et verktøy for å gjøre offentlig tannhelsetjeneste til en mer attraktiv arbeidsplass, og det hadde vært vanskelig å rekruttere med kun behandling av pasienter i prioriterte grupper.

I forbindelse med Covid-19 har tannhelsetjenesten mottatt anbefaling fra Helsedirektoratet om bruk av e-konsultasjon til befolkningen. Dette kan brukes for eksempel i opplæring av personell på sykehjem, renhold og til å formidle informasjon. Mye av det man gjør i dag i forbindelse med Covid-19 gjør at tannhelsetjenesten lærer seg nye måter å kommunisere på som vil komme til nytte når man kommer tilbake til normal situasjon, for eksempel digitale møter og utviklingsarbeid.

Bemanning

De tre ledernivåene innen tannhelse er; fylkestannlege, distriktsleder/overtannleger, klinikkleder. Overtannlegestillingene er delt mellom å arbeide som tannlege og administrative oppgaver. Overtannlegene holder kontakt med alle klinikker i sitt distrikt, styrer ansettelsessaker, følger opp budsjett og har personalansvar. Noen av overtannlegene er også klinikkledere. Det foreligger nå et forslag om å endre personalansvaret. Da vil overtannlegene

ha ansvar for klinikklederne, og klinikklederne skal ha mer formelt ansvar for de ansatte på klinikken. Dette skal endres når nytt ERP⁶-system kommer i starten av 2021. Dersom man skulle endre ansvaret nå, ville ikke klinikklederne ha de verktøyene de trenger for å ivareta ansvaret. Derfor opprettholdes eksisterende organisering av ansvar fram til systemet er på plass. Bakgrunnen for at man tildeler klinikkleder større ansvar er at det samsvarer mer med dagens praksis, hvor klinikkleder skal lede ansatte på den gitte klinikken.

Dersom overtannlegene skal ha fullt personalansvar, erfarer fylkeskommunen at kontrollspennet og arbeidsoppgavene blir for store. Praksisen har vært at klinikkledere har oppfølging av personalet i samarbeid med distriktsleder. Det har vært noen utfordringer med dette, og det jobbes nå med innføring av formelt ledd som vil gjøre dette enklere.

Flere uttaler at tjenesten hadde vært godt nok bemannet dersom man ikke hadde turnover og skifte i stillinger. Dette medfører etterslep på pasientbehandling. Etterslep defineres som pasienter som ikke er innkalt i løpet av den måneden de skulle ha vært innkalt. Tallene for etterslep sier ikke noe om hvor mange måneder pasientene ligger etter.

En tillitsvalgt gir tilbakemelding på vegne av plasstillitsvalgte som synes at bemanningssituasjonen er for dårlig og at det igjen påvirker sykefraværet. Dersom tjenesten hadde vært bedre bemannet, kunne det hatt en positiv effekt på sykefraværet. Noen tillitsvalgte gir tilbakemelding om at de opplever at de «alltid er på etterskudd».

Eksempelvis har det som følge av bemanningsutfordringer på Lade, blitt slik at klinikken her har redusert antall voksne betalende pasienter fra 30 prosent til 15 prosent. Overtannlegen uttaler at man rent kapasitetsmessig burde redusert dette ytterligere, men ønsker å beholde pasientgruppen både for arbeidshverdagen (ergonomi) og faglig variasjon.

Tannhelsetjenesten har ingen vikarpool som kan kontaktes ved fravær. Flere informanter uttaler at det kan være en utfordring at man ikke klarer å skaffe vikar.

Sykefraværet har et snitt på 7,4 prosent for første halvår i 2020. Det fordeler seg ulikt på yrkesgruppene. Det er tannlegene som har lavest sykefravær, og tannhelsesekretærene som har høyest. I 2011 var sykefraværet blant tannhelsesekretærene i Trøndelag på 16 prosent, nå er det på ca. 10 prosent. Det er noen enkeltklinikker som har hatt høyt fravær og da gjøres det tiltak. Eksempelvis har bedriftshelsetjenesten vært inne for å styrke lokal ledelse og det er gjennomført samlinger ved den aktuelle klinikken for å styrke ønsket arbeidsmåte.

⁶ Enterprise Resource Planning – informasjonshåndteringssystem i virksomheter

Rekruttering og kompetanse hører sammen med bemanning, og omtales i kapittel 2.3.3.

Kjøp av tjenester fra private

Kjøp av tjenester i 2018 utgjorde 18,5 millioner kroner. Tallet for 2019 var 19,4 millioner kroner.

Fylkeskommunen kjøper til en viss grad tjenester av privatpraktiserende tannleger. Det er noen få avtaler med private tannleger. Det skjer først og fremst ved spesialistbehandling. Fylkeskommunen har liten grad av spesialister ansatt. Ved behov for spesialister henvises pasientene først og fremst til TK-Midt, deretter til privatpraktiserende tannleger. Det har vært lang ventetid hos kompetansesenteret, og man har derfor henvist til private ved behov. Dette gjelder spesielt voksne betalende pasienter.

Fylkeskommunen kjøper også tjenester når de ikke har kapasitet selv. Dette gjelder for alle de prioriterte gruppene. I tillegg er det faste avtaler om kjøp av tjenester for pasienter med rusproblematikk rundt Trondheimsområdet etter fylkets takster. Disse pasientene har rett til gratis tannbehandling på samme vis som innsatte. Da denne rettigheten ble etablert, ble fylkeskommunen oppfordret til å løse dette i samarbeid med privat tannhelsetjenesten. Dette fordi det var mange fylkeskommuner som ikke hadde kapasitet selv. Det er heller ikke alle private tannleger som har kapasitet til å ta inn flere pasienter. I Sør-Trøndelag var det avtaler med private tannleger om behandling av ruspasienter. I Nord-Trøndelag var det en avtale med Tannlegeforeningen om at tannlegene man kjøpte tjenester av, skulle behandle etter fylkets takster. Det er ikke etablert nye avtaler i Trøndelag fylkeskommune. Det må søkes om godkjenning av behandlingsforslagene.

Avstand

Tannhelsetjenesteloven sier at behandlingen skal skje i rimelig nærhet der pasienten bor. Trøndelag fylkeskommune har ikke vedtatt hvor langt det er. Det har vært diskusjoner rundt nedlegging av enkelte mindre utkantklinikker. Dette aktualiserer seg gjerne spesielt når det er snakk om innsparingstiltak, eller dersom den eneste ansatte pensjonerer seg/slutter. Samtidig vil nedleggelse av slike klinikker kunne gi mange miles reisevei til neste klinikk, noe som kan være utfordrende, da ikke alle i de prioriterte gruppene er like mobile. Det kan være en utfordring for mange å bruke en hel dag på å reise. Pasientene må organisere transport selv og betaler en egenandel på 318 kr tur/retur ved bruk av drosje. Revisor har ikke data som sier noe om hvor mange som eventuelt dropper tannbehandling grunnet lang reisevei. En overtannlege uttaler at hun ikke tror dette forekommer. Slik strukturen er i dag, er det ikke lang reisevei for mange.

Fylkeskommunen må sørge for at tannhelsetjenesten er tilgjengelig for alle. Mange steder er det dekket gjennom private tannhelsetjenester.

Narkose

Tabellene nedenfor viser ventetiden og antall på venteliste for narkosetilbud for 1. halvår 2020 og for hele året 2019. For 1. halvår 2020 har det kun vært 16 behandlingsdager ved sykehuset i Namsos. Sykehuset i Levanger hadde stengt uke 11- uke 18, og fra 4. mai kun to dager per uke mot normalt tre dager per uke. For St. Olav og Røros har det vært til sammen 48 behandlingsdager.

Tabell 3. Ventetid og antall pasienter på venteliste for narkosetilbud fordelt etter sykehus 1. halvår 2020

Sykehus	Ventetid mindre enn tre måneder	Ventetid lengre enn tre måneder	Totalt	Antall på venteliste per 30. juni 2020
Namsos	9	24	33	27
Levanger	45	8	53	40
St. Olav og Røros	50	74	124	138
Sum	104	106	210	205

Kilde: Trøndelag fylkeskommune

Tabell 4. Ventetid og antall pasienter på venteliste for narkosetilbud fordelt etter sykehus i 2019

Sykehus	Ventetid mindre enn tre måneder	Ventetid lengre enn tre måneder	Totalt
Namsos	38	28	66
Levanger	149	24	173
St. Olavs og Røros	92	212	304
Sum	279	264	543

Kilde: Trøndelag fylkeskommune

Tabell 5. Antall pasienter på venteliste for narkosetilbud fordelt etter pasientgruppe per sykehus 1. halvår 2020.

Gruppe	Namsos	Levanger	St. Olav og Røros	Sum
A – Barn 0-18 år	17	33	76	126
B – Psykisk utviklingshemmede	9	11	34	54
C – Eldre/uføre	3	4	9	16
D – Ungdom 19-20 år	0	1	4	5
E – Andre prioriterte grupper	3	2	0	5
F – Øvrig voksen befolkning	1	2	1	4
Sum alle grupper	33	53	124	210
Derav med vedtak	7	8	18	33

Kilde: Trøndelag fylkeskommune

Ventetid for tannbehandling med narkose ble redusert 2018 da ventet 52 prosent av pasientene mindre enn tre måneder. I 2017 ventet 16 prosent av pasientene mindre enn tre måneder. I 2019 ble det foretatt flere tannbehandlinger i narkose (543) enn i 2018 (527).

Når det gjelder narkosetilbudet ved St. Olavs hospital er ventelisten lengre enn ved de andre sykehusene. Det er en høyere andel som venter lengre enn tre måneder, enn de som venter mindre enn tre måneder. Ventetiden på St. Olavs skyldes at de vanskeligste pasientene behandles her og at sykehuset har spesialisert seg på dette. Det er ikke tilsvarende på Levanger og Namsos. Mange av pasientene som bor i byen vil ikke reise ut av Trondheim for å få behandling på de andre sykehusene. Det har vært sett på (under situasjonen med Covid-19) hvordan denne tjenesten skal organiseres. Det er skissert at det er en tannlege som skal ta imot søknader, vurdere og fordele pasienter på sykehusene slik at etterslepet blir jevnere fordelt. Det er ikke spikret når dette skal iverksettes. I dag er det tannklinikkene som henviser direkte til de ansvarlige ved hvert enkelt sykehus. Ventetiden har gått ned fra 2019 til 2020.

2.3.2 Forebyggende arbeid

Fylkeskommunen har ansvar for å sørge for nødvendig forebygging og fremme tannhelse i befolkningen. Fylkeskommunen skal drive opplysningsvirksomhet for å fremme tannhelsen, både overfor allmennheten og den enkelte pasient⁷.

Det forebyggende arbeidet er alt fra det som gjøres i tannlegestolen til arbeidet som gjøres utenfor klinikken. Arbeidet gjøres både alene av tannhelsetjenesten og som folkehelsearbeid i samarbeid med andre aktører. Kommunene er viktig samarbeidspartnere her, eksempel helsestasjon, skoler og rustjenesten. Tannhelsetjenesten i fylkeskommunen har folkehelsekontakter i hvert distrikt som har ansvar for kontakt både eksternt og innad i organisasjonen. Tannpleierne har kontakt med fylkets folkehelsekoordinator.

Tannpleierne arbeider kontinuerlig med folkehelse og møtes på tvers av distriktene. Det er ikke annen måling på det forebyggende arbeidet enn en egen kode i tidsregistreringssystem. I 2019 var det registrert 1685,6 timer til forebyggende arbeid i fylket totalt. En overtannlege forteller at folkehelsekoordinatorer i kommunene er viktige samarbeidspartnere. Det er ikke alle kommuner som har en folkehelsekoordinator.

Tabell 6. Antall timer brukt til forebyggende arbeid i Trøndelag fylkeskommune

Personellgrupper	2018	2019
Tannpleiere	2068	
Tannleger	519	
Tannhelsesekretær	1	
Totalt	2588	1685,6

Kilde: KOSTRA og Trøndelag fylkeskommune

⁷ Aud Blankholm mfl., *NOU 2018: 16 Det viktigste først*, 2018 <<https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf%0D>>.

Det er tannpleierne som gjør storparten av det forebyggende arbeidet som tabellen ovenfor gjenspeiler. Fra 2019 rapporteres utadrettet forebyggende arbeid i tannhelsetjenesten kun som total i KOSTRA, og ikke fordelt på personellgrupper. Tall for 2019 er tilsendt fra fylkeskommunen. Det forebyggende arbeidet er litt personavhengig, både det som skjer på klinikk og det som skjer ute blant folk. En overtannlege uttaler at det er behov for samarbeidsavtaler som gjør at man på enklere måte kommer i kontakt med de ute i kommunene. Dialog med kommunene er omtalt mer i kapittel 3.3.3.

I perioder med få tilgjengelige tannpleiere har tannhelsesekretærene tatt en større del av det forebyggende arbeidet. Assisterende fylkestannlege forteller at det er tannpleierne som har ansvaret for å gjennomføre arbeidet og har relevant utdanning til å ivareta det forebyggende arbeidet. Det er ikke tannpleiere på alle klinikker og da må man finne andre løsninger, eksempelvis at andre yrkesgrupper tar oppgaven eller at klinikkene samarbeider. En tillitsvalgt mener at tannhelsesekretærene også kan drive med forebyggende arbeid.

Planleggingen av det forebyggende arbeidet foregår slik at tannpleierne i distriktet har et fellesmøte hvor de samkjører arbeidet og sikrer en god kvalitet på arbeidet. De har en presentasjon som oppdateres. Revisor har mottatt eksempel på presentasjon som viser hvordan forebyggende arbeid presenteres til skoleelever. De legger videre en årsplan for det forebyggende arbeidet. Det er ikke satt av timer til det utadrettede arbeidet, men tannpleierne organiserer dette selv. Klinikkllederne ser til at arbeidet gjøres. Fellesmøter ble innført i 2019 og har vært godt mottatt, spesielt for de klinikkene med få tannpleiere. I perioden med Covid-19 har flere tannpleiere lagt planer for det forebyggende arbeidet.

Det er ønskelig at alle klinikkene skal drive utadrettet virksomhet. Det skal være besøk på sykehjem og opplæring på skolene i 5. og 8. klasse. Besøkene på skolene prioriteres ikke først. Det skal være samarbeid med helse og helsestasjon, samt forebyggende tannhelsetjeneste inn mot fengselet. Det er ikke gitt noen spesifisert informasjon om organiseringen av det forebyggende arbeidet fra sentral ledelse. Det er en grunnleggende forståelse i tannhelsetjenesten at det skal gjennomføres forebyggende arbeid og måten det skal skje på.

I det forebyggende arbeidet i tannlegestolen får pasienten råd og tips om hvordan de kan ta vare på tannhelsen og spesifikke råd tilpasset den enkelte pasient. Alle mellom 0-18 år kalles inn systematisk med jevne mellomrom etter nasjonale retningslinjer. Tannhelsetjenesten møter dermed en stor del av befolkningen siden foreldre ofte følger barna sine.

Tannpleierne er til stede på helsestasjon for barn 0-3 år, og helsestasjonen har fått ny veileder for tannhelse for barn (del 1). Helsestasjonen skal ha mer ansvar for tannhelse i denne

gruppen. Tannpleierne har gitt opplæring til helsestasjonen. Tidligere hadde tannpleierne kurs for foreldre i grupper, møter med barselgrupper og lignende.

Det varierer om det er noe opplegg i barnehage, og oppleggene er ulike. Det har blitt arrangert ballongdag med barnehager, hvor tannpleierne har delt ut goodiebags med tannkrem og lignende. Tannpleiere deltar gjerne på foreldremøter i skole og barnehage.

Det gjennomføres skolebesøk, eksempelvis vannprosjekt for elevene i 6. klasse. Det har vært et prosjekt i tidligere Nord-Trøndelag om å få elevene til å drikke mindre brus. Tannpleierne besøker også ungdomsskoler om det samme temaet. Revisor har mottatt en presentasjon som brukes i prosjekt om å drikke mindre brus og mer vann.

I forbindelse med Covid-19 ble det spilt inn en film om tannhelse, som ble publisert på YouTube. Det ble også laget plakater med generelle anbefalinger. Tannpleierne markerer eksempelvis verdens vanndag, verdens tobakkfrie dag etc. En overtannlege uttaler at flere tannpleiere ønsker å bruke mer tid på dette arbeidet. Ved flere av klinikkene har det vært lange svangerskapspermisjoner og vikariater har vært ledige over tid. Dette har medført mindre tid til utadrettet virksomhet og man ligger litt bak når det gjelder denne type aktivitet.

En overtannlege forteller at psykisk utviklingshemmede ofte kalles inn, noen kan være inne en gang i måneden for pussing og fluor. Dette gjør at man ser pasientene ofte og sikrer en god oppfølging. Disse pasientene har en ledsager som informeres og instrueres i tannpuss.

Tannpleierne gir også forebyggende undersøkelser til blant annet pasienter på sykehjem, samt opplæring til personell ved sykehjem og de som arbeider i hjemmesykepleien. Eksempelvis er det flere eldre som blir munntørre og det er viktig å ha en tannkrem med fluor.

En av de tillitsvalgte opplever at det forebyggende arbeidet ikke oppleves som tilfredsstillende. Tannpleierne har ikke kapasitet til å gjennomføre alt det forebyggende arbeidet grunnet eksempelvis fravær eller andre forhold som gjør at arbeidet ikke prioriteres. Noen tillitsvalgte mener at tannhelsesekretærene kan delta i det forebyggende arbeidet. En tillitsvalgt opplever at det er interesse fra skolene når man tilbyr å komme, men lite respons fra sykehjem.

2.3.3 Rekruttering og kompetanse

Overordnet om rekruttering og kompetanse

Fylkestannlegen uttaler at tannhelsetjenesten ikke opplever problemer med rekruttering, og avviklingen av de tidligere bonus- og provisjonslønnsordningene har ikke påvirket rekrutteringen. Ifølge fylkestannlegen rekrutterer tannhelsetjenesten bra til de fleste stedene i fylket og beholder personell innen organisasjonen. Tannhelsetjenesten ser ikke et behov for

egen rekrutteringsstrategi. I Trondheim er det mer konkurranse fra privat praksis, men det er ikke noe stort problem, slik fylkestannlegen ser det. Det er større utfordringer med interne forflyttinger. For eksempel er det nyansatte som får stillinger i utkantdistrikt og etter hvert søker seg mot Trondheim. Det er forsøkt å bruke verktøy for å forhindre dette. Blant annet er det differensierte lønnsstiger for nyutdannede tannleger i distriktene de fire første årene. Distriktene er delt inn i soner, og utkantdistriktene har høyest lønn og Trondheim har lavest lønn. Høyere lønn til distriktene skal bidra til å motvirke flytting inn til byene. Den differensierte lønnsordningen beskrives nedenfor. Det har vært utfordrende å rekruttere til Åfjord og Rissa de to siste årene.

Differensiert lønnsordning

Tannhelsetjenesten har inndelt den trønderske geografien i soner med en differensiert lønnsordning. Sone I er vurdert til å ha lavest behov for lønnsstimuli for å rekruttere og beholde personell, mens sone III er vurdert til å ha mest behov. Soneinndelingen er som følgende:

- Sone I: Trondheim (unntatt Klæbu)
- Sone II: Klæbu, Melhus, Malvik, Skaun, Orkdal, Stjørdal, Levanger, Verdal, Steinkjer
- Sone III: Andre kommuner

Tabell 7. Lønnsstige etter sone, årslønn i 1000

2019	Sone I	Sone II	Sone III
1. år	570	585	620
2. år	590	605	650
3. år	610	625	680
4. år	640	655	720

Kilde: Trøndelag fylkeskommune

Lønnsordningen har ikke blitt evaluert etter at den ble innført (samtidig som fylkessammenslåingen). Sør-Trøndelag hadde en tilsvarende ordning.

Tre av sju andre fylkestannleger forteller at de har differensiert lønnsordning basert på geografisk plassering. Noen forteller at det ikke er noe system, men det er rom for individuelle forhandlinger for å få kvalifiserte kandidater til å takke ja. En fylkestannlege forteller at det på faglig grunnlag er ønskelig med en slik ordning for å demme opp for høy turnover i distriktene. Det er i økonomiplanen i denne fylkeskommunen foreslått et stabiliseringstillegg for tilsetning

av tannleger på klinikker det erfaringsmessig er vanskelig å rekruttere til, men de har foreløpig ikke fått midler til dette.

Rekruttering

Det meldes inn behov for stillinger til fylkestannlegen, med begrunnelse om hvorfor man ønsker å ansette. Overtannlegene får godkjenning fra fylkestannlegen om de kan ansette eller ikke. Prosessen oppleves som grei, og det er utarbeidet maler for å sikre at arbeidet gjøres likt på tvers av distrikter. Overtannlegen styrer dermed ansettelsesprosessen når stillingen er utlyst og frem til det foreligger forslag om innstilling. Fylkestannlegen gir grønt lys for innstillingen. Tillitsvalgte varsles om ansettelser og deltar på intervju. En overtannlege opplever at det er enklere å få ansette nytt personell i ny fylkeskommune, enn i gammel fylkeskommune. I nye Trøndelag fylkeskommune får overtannlegen i stor grad ansette nytt personell ved behov. Dersom stillinger ikke lyses ut, skapes det gjerne frustrasjoner på klinikken som har mistet en ansatt.

Noen klinikker har utfordringer med å rekruttere stabilt personale. På disse klinikkene er underbemanning årsak til utfordringer innen arbeidsmiljø og arbeidsmotivasjon. Distriktene er sett under ett relativt stabile. Det har vært stor turnover som følge av at mange har blitt pensjonister. En overtannlege erfarer at det har stor innvirkning på effektiviteten når noen har arbeidet sammen i mange år. Overtannlegen erfarer at det tar opptil fem år før en klinikk er samkjørt. Noen overtannleger uttaler at man ser at det vil bli et generasjonsskifte de kommende årene blant tannhelsesekretærene.

Det har vært noen utfordringer med å rekruttere tannleger til distriktene. Flere overtannleger signaliserer at de har vært gjennom et generasjonsskifte, og nå har en rekke tannleger rundt ca. 30-40 år. Det er noen stillinger hvor det er eldre tannleger som arbeider alene i distriktet, og en overtannlege uttrykker spenning til antall søkere på en slik stilling. Det kan være litt tilfeldig med geografiske forskjeller. Namsskogan har en enmannsklinikk, og denne nevnes som eksempel på klinikk som det er utfordrende å skaffe ansatte over tid til. Mange ønsker å arbeide i større fagmiljø. En overtannlege uttaler at flere ventet med å gå av med pensjon til etter fylkessammenslåingen, siden det er bedre pensjonsvilkår i nye Trøndelag. Noen ansatte velger å gå til privat sektor, da det er store lønnsforskjeller.

Flere overtannleger uttrykker at det er viktig å opprettholde klinikker også i utkantstrøkene. Selv om det oftere kan være utfordringer med arbeidsmiljø og turnover på små klinikker, er det viktig å sikre tannhelsetjenester i grei reiseavstand også for de som bor i utkantene. Samtidig uttaler en av overtannlegene at det ikke er ønskelig med for små klinikker, eksempelvis enmannsklinikker, det vil si klinikker med en tannlege og en sekretær. Det er oftere vanskelig å rekruttere til slike klinikker, og klinikken mangler gjerne ledelse og fagmiljø. Det er en tendens

til at sentrale klinikker er attraktive for mange søkere, og tiltrekker seg flere og ofte bedre kvalifiserte søkere enn distriktene. Det kan være slik at man ansetter tannhelsesekretærer uten kvalifikasjon. I slike tilfeller oppfordrer man til å ta programfag for å sikre formell kompetanse som tannhelsesekretær.

Flere informanter, både tillitsvalgte og samtlige overtannleger, trekker fram at det varierte arbeidet med både prioriterte grupper og voksne betalende pasienter, bidrar til en variert hverdag med ulike utfordringer. Voksne betalende pasienter bidrar til å sikre fagkompetanse på flere typer behandling. Dette har betydning for rekrutteringen. En overtannlege opplever at «alle» stiller spørsmål om andel betalende pasienter på intervju. Dersom tannleger ønsker å arbeide med barn, må de arbeide i det offentlige. Noen informanter uttaler at det kan være tungt å kun arbeide med prioriterte grupper. For å ha en god faglig utvikling er det viktig å behandle ulike typer pasienter, og flere trekker fram at nettopp det varierte arbeidet bidrar til å gjøre jobben i den offentlige tannhelsetjenesten attraktiv.

Det er ikke lett å rekruttere vikarer. Det er noe enklere å rekruttere vikarer eksempelvis fra august-august, da dette samsvarer med skoleåret. Samtidig er det tilsvarende utfordrende å rekruttere vikarer utenfor denne perioden. Fylkeskommunen har ingen vikarpool som de kan bruke ved mange sykemeldinger og permisjoner. Det gjør at vikarsituasjonen er utfordrende og medfører at klinikkene kan havne bakpå. Trondheim Øst nevnes som et eksempel, hvor man kun har hatt fem måneder med full bemanning i løpet av de siste tre årene. Det er mulig å ta igjen etterslepet når bemanningen er fullstendig. Klinikkerne kan låne personell seg imellom.

En overtannlege forteller at tillitsvalgte og ledere arbeider for at lønnsvilkår og arbeidsmiljø skal være sammenlignbare, og følger utviklingen i tjenesten. Samtidig er store etterslep på prioriterte grupper og stort press på behandling lite rekrutteringsvennlig. Det er viktig å være å jour med pasientene og unngå å ha lite bemanning over tid. Overtannlegene arbeider også for å ha oppdaterte og trivelige klinikker med funksjonelt utstyr.

Det er et velfungerende samarbeid mellom tillitsvalgte og arbeidsgiver. Det er jevnlig møter, men det kan også gjennomføres møter på Teams ved behov.

Kompetanse

Revisor har ingen data som tilsier at det er mangel på kompetente ansatte i tannhelsetjenesten. Man rekrutterer tannleger og tannpleiere med formell kompetanse. Det er variasjoner i søkermasse i de ulike områdene, men stillinger besittes av kompetent fagfolk. Rekruttering av tannhelsesekretærer med formell kompetanse er en utfordring, og er et tema som diskuteres i møte med tillitsvalgte. Rekruttering av kompetente tannhelsesekretærer er

en utfordring sett opp imot at det er en relativt stor gruppe i alderen 61-69 år (41 ansatte). Dette har vært et aktuelt tema den siste tiden, og tannhelsetjenesten har etablert dialog opp mot videregående skoler for å forplikte tannhelsetjenesten i større grad til å ta imot elever.

Det er utfordrende å rekruttere tannhelsesekretærer med autorisasjon. En overtannlege mener at studietilbudet til tannhelsesekretærer burde vært bedre. Det er en del som tar tannhelsesekretæruddanning som omskolering. En overtannlege erfarer at flere av disse gjerne ikke har en framtid i faget, av samme årsaker som de i utgangspunktet ble omskolert. Det er spesielt utfordrende å rekruttere tannhelsesekretærer med autorisasjon i distriktene.

Tabell 9 i kapittel 3.3.1 viser at Trøndelag har lavere antall avtalte årsverk innen ulike tannhelsekompetanser enn landsgjennomsnittet (tannlege, tannlegespesialister og tannpleiere).

Det foreligger ingen kompetanseplan innen tannhelse. Det er etablert en kursgruppe som organiserer kurs med den hensikt å sørge for at alle ansatte får et minimum av etterutdanning på fagområder man finner hensiktsmessig. De organiserer kursene selv tre ganger i løpet av året (en dag om våren og to dager om høsten). Ansatte kan komme med innspill på tema til kurs gjennom en spørreundersøkelse. Kursgruppen setter opp aktuelle tema etter vurdering og for å ivareta ansattes behov. Dette tilbudet er i tillegg til kurspotten.

Alle ansatte har en kurspott. For tannleger er den på 5500 kr i året, og man kan spare i tre år. Reise dekkes i tillegg, samt overnatting hvis reisen starter før klokken sju. På denne måten skal potten være lik for alle i fylket uansett hvor man bor. Assisterende fylkestannlege forteller at kurspotten ikke fungerer optimalt. Det er en viss rettferdighet i den, da den gir alle mulighet til å delta på kurs og etterutdanning. Det kunne vært en kursordning hvor nærmeste leder vurderte den enkelte ansatte sitt behov for etterutdanning. En tillitsvalgt mener at kurspotten bør fjernes siden det er en begrensning om størrelsen på kompensasjon de ansatte mottar for å delta på kurs. Dette fører til at man ikke deltar på kurs, fordi man må betale differansen fra egen lomme. Beløpet som gis fra kurspotten er gradert ut ifra hvilken stilling de ansatte har.

Tannlegenes Systematiske Etterutdanning (TSE) dekker kurs annethvert år for tannleger som har vært ansatt i fem år eller mer. Man går ut fra at nyansatte har oppdatert kunnskap. Medlemmer av tannlegeforeningen kan delta på gratis kveldskurs. TSE dekker også kurs for tannpleiere.

Alle ledere kan søke på kurset «Kurs i helseledelse» som BI arrangerer. De som kommer inn får dekket bøker, kurs og reise til og fra studiested, samt permisjon med lønn for å studere.

En tillitsvalgt forteller at det finnes en masterutdanning for tannpleiere, men man får ikke noe uttelling lønnsmessig sammenlignet med treårig utdanning. Den tillitsvalgte opplever at det ikke stimulerer til å ta mer utdanning.

2.4 Vurdering

2.4.1 Tannhelsetjenester skal være tilgjengelige

- Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

Revisor vurderer at fylkeskommunen har organisert en tannhelsetjeneste med spesialisttjenester som er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Det er etablert både faste og ambuleringssklinikker over hele fylket. Trøndelag fylke har prioritert å ha voksne betalende pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten, både på grunn av faglig variasjon, men også for å oppfylle lovkravet i distrikter hvor det ikke er grunnlag for at privatpraktiserende tannleger driver. Ventetid i narkose har gått noe ned, men andel pasienter som venter lengre enn tre måneder er høyere enn andelen som venter mindre enn tre måneder. Tannhelsetjenesten har planlagt å gjøre tiltak for å fordele pasienter som skal i narkose på bedre måte, som vil avhjelpe presset. Nye måter å kommunisere med pasienter på, vil kunne bidra til at tannhelsetjenester er mer tilgjengelig for alle som bor i fylket.

2.4.2 Forebyggende tiltak

- Fylkeskommunen skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen

Revisor vurderer at tannhelsetjenesten oppfyller kriteriet. Det er tydelig at det planlegges og gjennomføres forebyggende arbeid både i og utenfor klinikk. Ansvaret for det forebyggende arbeidet er lagt til distriktene og klinikkene.

2.4.3 Riktig kompetanse og tilstrekkelige ressurser

- Fylkeskommunen må sikre at det er riktig kompetanse og tilstrekkelige ressurser for å ha en god tannhelsetjeneste.

Revisor har ingen data som tilsier at tannhelsetjenesten ikke tilknytter seg riktig kompetanse. Revisor har heller ikke data som tilsier at fjerningen av de tidligere bonus- og provisjonsordningene har hatt innvirkning på rekrutteringen. Det er noen utfordringer med å rekruttere tannhelsesekretærer med formell kompetanse, men fylkeskommunen har gjort tiltak både for å oppmuntre til etterutdanning og for å møte utfordringen før den kommer, i form av samarbeid med videregående skoler om utplassering av lærlinger før det store generasjonsskiftet vil komme. Fylkeskommunen har gjort tiltak gjennom å etablere lønn etter

soneinndeling, for å stimulere kompetent personell til å søke stillinger i distriktene og bli der. Dette er et tiltak som flere andre fylkeskommuner også benytter. Det er en utfordring med turnover i distriktene. Den differensierte lønnsordningen stimulerer ikke ansatte fullt ut til å bli i distriktene. Ved behov kjøper tannhelsetjenesten tjenester av private tannleger. Revisor vurderer på bakgrunn av dette at fylkeskommunen arbeider for å sikre at det er riktig kompetanse og tilstrekkelige ressurser, men at det finnes utfordringer i å rekruttere i noen områder.

3 BALANSEN MELLOM TJENESTER

3.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet om balansen mellom tjenester:

- Er balansen mellom tjenester som tannhelsetjenesten yter til prioriterte klientgrupper og voksent betalende klientell i tråd med tannhelsetjenesteloven?
 - Hvordan er forholdet mellom tjenester til prioriterte og uprioriterte pasienter?
 - Har fylkeskommunen kapasitet til å håndtere de prioriterte gruppene?
 - Forsikrer tannhelsetjenesten seg om at prioriterte grupper får informasjon om sine rettigheter, eksempelvis gjennom samarbeidsavtaler med kommunene eller andre ordninger?
 - Hvilke årsaker finnes til budsjettoverskridelser de siste årene?

3.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Fylkeskommunen skal gi et regelmessig og oppfølgende tilbud til følgende prioriterte grupper:
 - Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år
 - Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
 - Grupper av eldre, langtidsyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
 - Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret
- Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi den som søker eller trenger tannhelsehjelp, de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift, tap, tidsspille eller uleilighet.

Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

3.3 Data

3.3.1 Utøvelse av tjenester til de prioriterte gruppene

Alle prioriterte grupper skal ha et tilbud. Assisterende fylkestannlege forteller at da tannhelsetjenesteloven ble innført skulle man prioritere blant de prioriterte gruppene, men slik er det ikke lengre. Alle skal ha et likeverdig tilbud.

Trøndelag fylkeskommune har følgende pasientgruppe av prioritert klientell:

Tabell 8. Prioriterte grupper av pasienter

Mål undersøkt/ behandlet	Gruppe	Antall pasienter
0 %	A1: Barn og ungdom 1-2 år	-
67 %	A2: Barn og ungdom 3-18 år	85 917
100 %	B: Psykisk utviklingshemmede	1 838
90 %	C1: Eldre/uføre i institusjon	3 679
40 %	C2: Eldre/uføre i hjemmesykepleie	8 893
50 %	D: Ungdom 19-20 år	11 879

Kilde: Trøndelag fylkeskommune

Variabelen «mål undersøkt behandlet» viser hvor stor andel av gruppa tannhelsetjenesten har som mål å behandle. For gruppa barn 1-2 år er det helsestasjonen som undersøker og fører journal. Gruppe for barn og ungdom 3-18 år har et gjennomsnittlig innkallingsintervall på 18 måneder, det betyr at i løpet av 18 måneder skal alle pasienter ha vært innom. Noen av disse har behov for hyppigere behandling. For psykisk utviklingshemmede ønsker tannhelsetjenesten å undersøke alle hvert år. For eldre/uføre på institusjon er det ikke mulighet til å undersøke alle pasientene. I gruppen for eldre/uføre med hjemmesykepleie har tallene sammenheng med hvem som har rett til å motta tannhelsetjenester av de som har hjemmesykepleie. KOSTRA-tallene operer med alle som mottar hjemmetjeneste, og det blir ikke riktig i forhold til retten til gratis tannbehandling. Samtidig er det noen i denne gruppa som ikke ønsker gratis tannbehandling og velger heller å gå til sin private tannlege eller ikke motta tjenesten i det hele tatt. For gruppen ungdommer mellom 19-20 år er en stor andel i forsvaret og mange mottar tannhelsetjenester på studiestedet sitt. Da Nord-Trøndelag hadde gratis tannbehandling for denne gruppen var prosenten på 60. Gratis tannbehandling til denne gruppen var en politisk beslutning som ikke gjelder lenger.

Tabell 9. Nøkkeltall for tannhelse

Nøkkeltall	STFK ⁸	NTFK ⁹	TRFK ¹⁰		Midt-Norge ¹¹	Landet uten Oslo
	2017		2018	2019	2019	2019
Barn og unge 1-18 år under tilsyn (prosent)	98,9	89,2	97,5	97,8	99,1	86,5
Eldre, langtidssyke og uføre i institusjonspleie under tilsyn (prosent)	76,0	54,3	81,9	77,1	..	79,6
Eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie under tilsyn (prosent)	43,8	24,1	29,3	21,7	..	23,0
Prioriterte personer undersøkt/ behandlet (antall)	50442	20908	68859	71893	105013	763499
Andel 5-åringer uten karies (DMFT=0) (prosent)	83,4	83,5	82,3	84,1	83,4	81,8
Andel 18-åringer med karies DMFT<4 (prosent)	71,3	64,6	69,1	74,7	70,3	73,6
Andel 18-åringer med karies DMFT>9 (prosent)	8,4	9,5	7,8	6,4	8,3	6,5
SIC-indeks ¹² for 12-åringer, gjennomsnittlig antall tenner med hull (antall)	2,40	2,91	2,62	2,35	..	2,30
Netto driftsutgifter per innbygger (kr)	407,7	654,5	542,4	547,6	568,4	534,6
Avtalte tannlegeårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	6,4	8,0	7,0	7,1	7,4	7,5
Avtalte tannlegespesialistårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,9
Avtalte tannpleierårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	1,5	1,8	1,7	1,8	1,8	1,9

Kilde: SSB

Tabellen over viser at det er noen forskjeller mellom Trøndelag fylkeskommune og landsgjennomsnittet. Når det gjelder prioriterte grupper under undersøkelse/behandling, så er andelen under tilsyn høyere for barn og unge under 18 år. For eldre både på institusjon og i hjemmesykepleie er andelen under tilsyn lavere. Når det gjelder tilstanden til ulike grupper, er det lavere andel 18-åringer med karies i Trøndelag fylke enn for landsgjennomsnittet. 12-åringer i Trøndelag fylke har litt høyere gjennomsnittlig antall tenner med hull enn landsgjennomsnittet. Det har vært en positiv utvikling i Trøndelag på noen områder fra 2018 til

⁸ Sør-Trøndelag fylkeskommune⁹ Nord-Trøndelag fylkeskommune¹⁰ Trøndelag fylkeskommune¹¹ Møre og Romsdal fylkeskommune, Sør-Trøndelag fylkeskommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune og Trøndelag fylkeskommune¹² Signifikant kariesindeks; viser gjennomsnittstallet hull blant den tredjedelen av årsgruppen med flest hull

2019. Andel 5-åringer uten karies har økt og er bedre enn landet. Gjennomsnittlig antall tenner med hull, 12-åringer har gått ned. Andel 18-åringer med DMFT>9 (DMFT er summen av alle kariøse, mistede eller fylte tenner per person) er lavere enn Midt-Norge og landet uten Oslo.

Alle pasienter står på et individuelt innkallingsintervall. Intervallet er individuelt tilpasset etter risiko. Det er stor forskjell på hvor ofte de ulike pasientene kalles inn. Barn og unge har gjerne et gjennomsnittlig innkallingsintervall på 18 måneder. Det betyr at noen av pasientene har et lengre intervall enn 18 måneder, noe som kan være lang tid. Samtidig forteller en overtannlege at det går fint å se hvilke pasienter som kan ha lengre intervall.

Tannhelsetjenesten har et eget journalsystem - Opus. Systemet oppleves som brukervennlig og oversiktlig. I systemet har man oversikt over innkallingsintervaller. Inntastingsfeil forekommer. En overtannlege har opplevd utfordringer med automatisk henting av opplysninger fra folkeregisteret når det gjelder barn, hvor barn tilknyttes feil klinikk. Dette medfører manuell opprydding.

Tabell 10. Tilgang til opplysninger

Gruppe		Tilgang til opplysninger
A	Barn og ungdom fra fødsel og til og med året de fyller 18 år	Folkeregisteret
B	Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon	Via kommunen, oppmøte på institusjon
C1	Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon	Via kommunen, oppmøte på institusjon
C2	Eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie	Via kommunen
D	Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret	Folkeregisteret
E	LAR ¹³ , rus, innsatte	Institusjon og kommune

For barn og unge har tannhelsetjenesten opplysninger gjennom Folkeregisteret, og kan dermed innkalle pasienter etter behov. En overtannlege erfarer at noen klinikker i områder med mange arbeidsinnvandrere opplever utfordringer med å holde oversikt på barn i gruppe A (1-2 år). Det er ikke alltid barn av arbeidsinnvandrere meldes inn i riktige systemer, og

¹³ Legemiddelassistert rehabilitering: Substitusjonsbehandling av opioidavhengighet.

tannhelsetjenesten får dermed sent kjennskap om disse barna. Eksempelvis kan det gå nesten to år før de dukker opp på klinikken første gang. Dette er uheldig når man skal gi et likt tilbud til alle. For gruppene psykisk utviklingshemmede og uføre/eldre både på institusjon og med hjemmesykepleie, har tannhelsetjenesten i varierende grad laget avtaler med kommunene og et informasjonsskriv som skal formidles til pasientene. Det er ikke utarbeidet avtaler med alle kommuner. Det pågår et arbeid for å lage en likelydende avtale med alle trønderske kommuner, dette er ikke ferdigstilt. Fylkeskommunen er avhengig av at kommunen formidler informasjon om rettigheter og tilbud til sine pasienter, siden man ikke alltid får mulighet til å ta direkte kontakt. Arbeidet med informasjon må gjøres i samarbeid med kommunen. Tannhelsetjenesten har mulighet til å oppsøke institusjoner for å sikre at gruppen får informasjon om tilbudet de har. Dialog med kommunene omtales i kapittel 3.3.2.

Gruppe B, psykisk utviklingshemmede, er en vanskelig gruppe, da de må defineres inn i gruppen. Psykisk utviklingshemmede har rett på tannhelsebehandling, men man er avhengig av å få det dokumentert fra foreldre, fastlege, kommune eller verge. Det er noen foreldre som ikke erkjenner barnas utfordringer, og disse brukerne er vanskelige å fange opp. Det finnes eksempler på foreldre som benekter diagnoser og som heller velger å betale for tannhelsetjenester. Dersom brukerne har flere tjenester fra kommunen, kan de fanges opp gjennom dette. Definisjonen av grupper gjør at noen faller mellom flere stoler, eksempelvis pasienter med asperger. Det er vanskelig å fange opp denne gruppen, da noen bor på institusjon og andre bor for seg selv. Gruppen er svært geografisk spredt. En overtannlege forteller at det har vært snakk om å gjennomføre møter med fastleger for å informere om rett til gratis tannbehandling. Fylkeslaget NFU Trøndelag¹⁴ har inntrykk av at personer med utviklingshemming mottar de årlige tannlegetjenester de har rett til. Det kan i noen tilfeller være utfordrende å få time i noen kommuner, noe som har sammenheng med tannlegemangel og at personene må reise langt for å få tannlegetimer. NFU Trøndelag mener at det finnes forbedringsmuligheter når det gjelder relasjoner mellom pasient og tannlege, og det ville vært positivt med kunnskapsbygging om innbyggere med utviklingshemming.

Helsedirektoratet har tall for antall pasienter i gruppe C1 (eldre/uføre på institusjon) som har blitt vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 måneder, for 2019. Her ligger Trøndelag fylkeskommune midt i sjiktet med 46,4 prosent. Lavest ligger Rogaland med 34,4 prosent, og øverst ligger Vest-Agder med 63,4 prosent. Landet har en prosentoppnåelse på 46,46

¹⁴ Norsk Forbund for Utviklingshemmede

prosent.¹⁵ En overtannlege forteller at de screener pasientene på sykehjemmene årlig. Tannhelsetjenesten tilbyr kurs og opplæring av ansatte, men det er ikke alle sykehjemmene som er like flinke til å benytte seg av tilbudet.

Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland har i 2019 gjennomført et forskningsprosjekt om tannhelsetilbudet til pasienter som mottar hjemmesykepleie. Rapporten presenterer at gruppe C2, eldre/uføre med hjemmesykepleie, er skrøpelige pasienter som har problemer med å nyttiggjøre seg av et tradisjonelt tannhelsetilbud på tannklinikk. De mener at et oppsøkende tilbud, slik fylkeskommunen etter tannhelsetjenesten forplikter seg til, vil være mer hensiktsmessig. Kommunene må også tilrettelegge for at pasientene kan nyttiggjøre seg av tilbudet. Det konkluderes med at tannhelsetjenesten i Hordaland synes å ha en manglende forståelse for det dårlige funksjonsnivået til pasienter i gruppe C2 og mulighetene for disse til å motta nødvendig tannhelsehjelp på tannklinikk. Videre at behandlingstilbudet må forenkles og desentraliseres ut i brukergruppene (eksempelvis med en ambulerende tannpleier) og til slutt at det på nåværende tidspunkt, grunnet strukturelle og forvaltningsmessige forhold, er opp til kommunene å motivere og legge til rette for økt bruk av vederlagsfrie tannhelsetjenester for syke eldre.¹⁶

Pasienter i hjemmesykepleie blir av samstemte informanter fremhevet som den gruppen det er vanskeligst å tilby tjenester til. Dette er ikke unikt for Trøndelag fylkeskommune.¹⁷ Tannhelsetjenesten driver et oppsøkende tilbud og er avhengig av å vite hvem pasientene er. Det er ikke nødvendigvis slik at pasientene er sterke nok til å oppsøke tannhelsetjenesten selv. Tannhelsetjenesten er derfor avhengige av at andre informerer denne pasientgruppen om tilbudet, i de tilfeller hvor tannhelsetjenesten ikke får mulighet til å kontakte de direkte. Dette omtales mer i kapittel 3.3.2.

Gruppe D, ungdom 19-20 år, praktiseres ulikt fra distrikt til distrikt. Noen kaller inn pasienter, andre sender ut informasjon.

En overtannlege forteller at for ruspasienter er det en utfordring at de ikke møter til oppsatt time. Hvis man ikke møter til oppsatt time, slettes innkallingen og det er opp til pasienten å ta

¹⁵ Helsedirektoratet, «Sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder», 2019 <<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/beboere-pa-sykehjem-vurdert-av-tannhelsepersonell-siste-12-måneder>>.

¹⁶ Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, *Tannhelsetilbudet til pasienter som får hjemmesykepleie*, 2019 <https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00346/USHT_rapport_om_pro_346990a.pdf%0D>.

¹⁷ Helsetilsynet, *Tannhelsetjenesten - med særlig blick på offentlige tannhelsetjenester til prioriterte grupper*, 2010 <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport1_2010.pdf>.

kontakt. En annen overtannlege forteller at for pasienter med rus, visste en kommune ikke om deres tiltak og rettigheter. Dette har blitt bedre de siste årene.

Tabell 11. Pasientgrunnlag per pasientgrupper

Grupper	Antall pasienter	Antall forventet pasienter	Mål undersøkt/ behandlet
A1) Barn og ungdom 1-2 år		0	0 %
A2) Barn og ungdom 3-18 år	85917	57564	67 %
B) Psykisk utviklingshemmede	1838	1838	100 %
C1) Eldre/uføre i institusjon	3679	3311	90 %
C2) Eldre/uføre i hjemmesykepleie	8893	3557	40 %
D) Ungdom 19-20 år	11879	5940	50 %
Sum prioritert klientell	112206	72210	64 %

Kilde: Trøndelag fylkeskommune

Tabellen overfor viser pasientgrunnlaget i de ulike gruppene. Det at det ikke er 100 % på mål undersøkt/behandlet, gjenspeiler at det ikke er behov for å kalle inn alle pasienter årlig.

Tabell 12. Pasientbehandling etter pasientgruppe

Pasientgruppe	Antall personer i hver pasientgruppe		Antall undersøkt/behandlet		Antall planlagt ikke innkalt		Antall etterslep av pasienter		Andel undersøkt/behandlet	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
A) Barn og ungdom 3-18 år	87207	87274	55945	60264	17074	16827	11712	8074	64,2	69,1
B) Psykisk utviklingshemmede over 18 år	2033	2009	1369	1507	172	243	258	58	67,3	75
C1) Eldre/uføre i institusjons	3764	3544	2675	2174	195	376	213	182	71,1	61,3
C2) Eldre/uføre i hjemmesykepleie	16182	17797	3442	2904	526	728	773	225	21,3	16,3
D) Ungdom 19-20 år	12162	12163	5282	4882	2114	2419	1006	315	43,4	40,1
F) Øvrig voksen befolkning	325861	329872	24328	26446	7451	11596	10557	3644	7,5	8
Fengselsinnsatte	146	162	9	0	19	0

Kilde: KOSTRA

Tallene i tabellen ovenfor er hentet fra KOSTRA og tall for den offentlige tannhelsetjenesten. Andelen undersøkt/behandlet viser at ikke alle pasientene i gruppe B blir undersøkt eller behandlet i løpet av ett år, men tar man hensyn til antallet ikke planlagt er andelen høyere. Samtidig har etterslepet av pasienter blitt redusert fra 2018 til 2019. Tilsvarende gjelder for gruppe C1, eldre/uføre i institusjon. For gruppe C2, eldre/uføre i hjemmetjenesten er andelen undersøkt/behandlet lavere sammenlignet med fylkeskommunens mål om antall pasienter undersøkt eller behandlet. Dette må sees i sammenheng med at antall pasienter under offentlig tilsyn fraviker mellom fylkeskommunens egne tall og tall fra KOSTRA¹⁸. Også for denne gruppen har etterslepet blitt redusert fra 2018 til 2019. I gruppen D, ungdom 19-20 år er etterslepet av pasienter redusert fra 2018 til 2019.

Assisterende fylkestannlege forteller at han og fylkestannlegen følger med på behandlingstill, og det lages årlig statistikk som ser på andelen behandlet/undersøkt per kommune. Ved avvikende resultater gjøres det tiltak i form av dialog med overtannlege for å finne ut hvorfor det har vært slik, og hva som eventuelt kan gjøres. For eksempel var det i Meråker lav behandling i enkelte grupper. Da ble det ambulerende tilbudet økt for å gi et bedre tilbud til befolkningen der.

¹⁸ Statistisk sentralbyrå henter inn tall for variabelen «antall personer i hver pasientgruppe» fra andre kilder enn fylkeskommunen for flere av gruppene.

Overtannlegene er samstemte i at det er nok kapasitet til å behandle de som er i prioriterte grupper. I situasjonen med Covid-19 er man for få folk på klinikken. Dette fører til etterslep på behandling av pasienter.

Noen pasienter går til privat behandling, og noen typer behandlinger må godkjennes. Det gjelder først og fremst protetik. Man kan få avslag hvis det vurderes at det ikke er behov for behandlingen. Det er en del av avtalen med de private tannlegene at tannhelsetjenesten får kostnadsoverslag på avansert eller kostbar behandling. Det skal være lik behandling uansett om man får tilbudet offentlig eller privat. Det er overtannlegene som behandler disse søknadene. Når søknader behandles forholder tannhelsetjenesten seg til veileder fra myndighetene for hva som er nødvendig tannbehandling.

Noen informanter har uttalt at det ble behandlet flere voksne betalende pasienter før. I kapittel 3.3.3 omtales bonus- og provisjonsordningene. Bonusordningen stimulerte til at flere voksne betalende pasienter ble behandlet. Samtidig hadde mange av de daværende ansatte mye erfaring og behandlet flere betalende pasienter.

Tannhelsetjenesten innførte innkalling via SMS i 2013. Dette har ført til mindre frafall når det gjelder «ikke møtt».

Det er mulig å klage på f.eks. behandling som er utført, ting som er oversett under behandling eller klage på personell. Det hender tannhelsetjenesten selv oppdager at det er gjort feil, og da blir pasientene opplyst om at det er mulig å klage. Fylkeskommunen kan dekke ulike utgifter dersom man ser at det er en grunn til det. Det er i første omgang en overtannlege som behandler klager. Dersom vedtaket fra overtannlegen påklages, går det til fylkestannlegen og behandles av assisterende fylkestannlege. Neste instans er fylkeskommunal klagenemnd, og til sist Fylkesmannen. Omfanget av skriftlige klager er ikke stort. Det er flere muntlige klager gjennom at pasientene ringer, og disse løses i samtale.

3.3.2 Dialog med kommunene



Figur 2. Tannhelsetjenestens samarbeidspartnere¹⁹

Tannhelsetjenesten må samhandle med en rekke ulike aktører i sitt arbeid. Dette vises i figuren ovenfor. Rapporten «Tenner for livet» presenterer at den offentlige tannhelsetjenesten bør bistå pleie- og omsorgspersonell slik at de kan hjelpe brukere med den daglige tannpleien. Det er tannhelsetjenesten som har ansvaret for at dette arbeidet kommer i stand²⁰. Videre heter det at det bør etableres faste samarbeidsrutiner mellom lege, hjemmesykepleie og den offentlige tannhelsetjenesten.

Avtale

I dag foreligger ingen felles avtale mellom tannhelsetjenesten og alle kommunene. Noen kommuner har avtaler med distriktet eller klinikker, men ikke alle. Det arbeides med å lage en overordnet samarbeidsavtale med kommunene. Denne vil inngås mellom tannhelsetjenesten i Trøndelag, ved fylkestannlegen og ledelsen i den enkelte kommune. Hver kommune kan ha mer detaljerte avtaler mellom hver enkelt klinikk og deler av den kommunale helsetjenesten og skole/barnehage. På distriktsnivå lages det i dag avtaler med blant annet barnevernet,

¹⁹ Statens Helsetilsyn, *Tenner for livet - helsefremmende og forebyggende arbeid*, 1999 <<https://www.uio.no/studier/emner/odont/tannlege/OD3200/v15/pensumliste/tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-is-2659.pdf>>.

²⁰ Statens Helsetilsyn.

hjemmesykepleien, sykehjem og skole. Det er fortsatt en plan om å få de felles avtalene på plass, men arbeidet har ikke blitt prioritert våren 2020 på grunn av Covid-19.

Det er ulikt hvordan avtalene og dialogen med kommunene fungerer, og samarbeidet fungerer bedre noen steder enn andre. Det er ulikt fra kommune til kommune om hvem som har ansvaret for å formidle informasjonen om tannhelse. Det foreligger ingen sentral oversikt over hvilke kommuner som har avtaler og ikke, dette er delegert til distriktene. Når de nye avtalene kommer på plass, skal sentral ledelse ha oversikt over avtalene. Der det foreligger gamle avtaler er ikke alle gyldige, men de fungerer i praksis.

Revisor har sett eksempel på avtale mellom fylkeskommunen og en kommune. Avtalen definerer målsetting og målgrupper, samt fastsetter ansvar for hhv. omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Videre er det noe praktisk informasjon som skal gis til bruker. Det er kommunens ansatte som er ansvarlig for at tannhelsetjenesten får beskjed om hvilke pasienter som har rettigheter, i de tilfellene hvor tannhelsetjenesten ikke får mulighet til å ta direkte kontakt med pasientene.

Det er gjennomført en prosjektoppgave av to tannleger, om samarbeid mellom kommune og fylkeskommune om pasienter som har vedtak om hjemmesykepleie. Prosjektet er gjennomført i to kommuner. Her finner man at det ikke er felles rutiner i fylket for samhandlingen, samarbeidet er personavhengig og det er ikke faste samarbeidsarenaer mellom kommune og fylke. Videre finner de at det er manglende IT-løsninger for trygg utveksling av informasjon. Tannlegene erfarer at brukerne ikke alltid er informert om sine rettigheter, og det hender at brukere feilaktig betaler tannbehandling selv om de har rett på fri tannbehandling. Noen eldre velger å betale, for å kunne fortsette å bruke den private tannlegen de har hatt i årevis. Assisterende fylkestannlege forteller at rapporten benyttes av gruppen som skal utforme forslag til samarbeidsavtale med kommunene.

Utfordringer med taushetsplikt

Funn i tidligere forvaltningsrevisjoner²¹ i eksempelvis Hedmark, Akershus og Østfold, Vest-Agder, Hordaland og Sør-Trøndelag viser at det har vært et problem at pleie- og omsorgstjenesten i noen kommuner har brukt taushetsplikten som et argument for å begrense informasjon til fylkeskommunen og den offentlige tannhelsetjenesten. Flere informanter forteller at dette er også faktum i Trøndelag fylkeskommune. Det presenteres i en rapport fra Helsetilsynet at Helsedirektoratet mener at denne tolkningen er en feiltolkning av lovens

²¹ Forvaltningsrevisjoner av den offentlige tannhelsetjenesten i perioden 2002-2007.

intensjoner²². Feiltolkningen har blitt videreformidlet til kommunene, uten at man har lykket med budskapet hos alle. Det har blitt gjennomført møter med kommunene for å få klarhet i dette. Distrikt Namdal har i stor grad lykket, med unntak av Namsos. Assisterende fylkestannlege forteller at han forsøkte å få til dette da han var overtannlege i et annet distrikt, men lyktes ikke. Det er lagt fram dokumentasjon fra Helsetilsynet om at samarbeidet i fellesskap mellom tannhelsetjenesten og kommunene er for pasientens beste og ikke brudd på taushetsplikten.

Utfordringer med utveksling av informasjon

Det varierer om kommunene utveksler lister over aktuelle pasienter med tannhelsetjenesten. Det er ikke alle kommuner som utveksler lister med tannhelsetjenesten, da benytter man et skjema hvor pasienten får tilbud om tannhelsetjenester, som må fylles ut av de som f.eks. arbeider i hjemmesykepleien. Denne ordningen er avhengige av den enkelte ansatte i hjemmesykepleien, og oppleves av flere overtannleger som mindre sikkert med tanke på at alle fanges opp. Dersom tannhelsetjenesten får liste over de aktuelle brukerne, sendes det ut tilbud til alle på lista. Noen kommuner begrunner manglende lister med at de ikke har kapasitet til å gi de ut, andre vil ikke gi de ut på grunn av taushetsplikt.

Det er en utfordring at tannhelsetjenesten ikke vet hvem pasientene er, men hvilke tjenester de har rett på. Samtidig vet kommunene hvem pasientene er, men har ikke alltid full oversikt over rettighetene. Pasienter som takker nei til hjemmesykepleie og blir ivaretatt av familie, takker samtidig nei til rettigheten om gratis tannhelsetjeneste.

En overtannlege sier at informasjon om pasientene er en kamp hvert år, og det er ulikt fra kommune til kommune. Kommunene bruker gjerne ulike paragrafer når de fatter vedtak og det er ulikt hvor oppdaterte vedtakene er. En overtannlege uttaler at det hadde vært enklere for tannhelsetjenesten dersom kommunene arbeidet og tolket mer likt.

En overtannlege forteller at hun har opplevd at pasienter har hatt hjemmesykepleie i årevis uten å få kjennskap til at de har rett på et gratis tannhelsetilbud. Tannhelsetjenesten får ikke i alle kommuner vite om disse pasientene. En overtannlege uttaler at det er et ønske å ha en felles kontaktperson i for hjemmesykepleie. Det er enklere å ha oversikt over pasienter og behandlingsbehovet på sykehjemmene, hvor det gjennomføres samarbeidsmøter og kontrakter mellom kommunen og tannhelsetjenesten. Den enkelte klinikkleder sammen med tannpleierne arbeider med dialogen med den enkelte kommunen.

²² Helsetilsynet.

Revisor har spurt andre fylkestannleger om de har utfordringer når det gjelder utveksling av informasjon, eksempelvis for pasienter i hjemmesykepleie. Seks av sju respondenter bekrefter at det kan være en utfordring. En fylkestannlege trekker frem at den største utfordringen er at de ikke kan samhandle elektronisk med kommunene. En annen fylkestannlege opplever variasjon i hva kommunene definerer som hjemmesykepleie. De får ikke automatisk beskjed når pasientene ikke lenger mottar hjemmesykepleie. En fylkestannlege trekker frem at en større utfordring enn informasjonsutveksling, er definisjon av lovverket, som etter fylkestannlegens opplevelse etter hvert snevrer inn hvem som har rettigheter og gjør at det kun er de aller sykeste som får tannhelsetjenester. En fylkeskommune har satt i gang et prosjekt i samarbeid med fire kommuner for automatisk varsling ved bruk av tjenestebasert adressering for alle pasienter som får kommunale vedtak.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i Prop. 71 L følgende om arbeidsfordeling mellom tannhelsetjenesten og kommunen: «For pasienter som har rett til nødvendig tannhelsehjelp og som får tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten basert på et tildelingsvedtak, vil det være helt avgjørende at samarbeidet mellom de enkelte deltjenestene i kommunen fungerer og at det er laget rutiner for at tannhelsetjenesten får informasjon fra andre deltjenester i kommunen om hvem som ønsker å benytte seg av et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud. Dette forutsetter at den kommunale helse- og omsorgstjenesten gir tilstrekkelig informasjon til de aktuelle brukerne om hvilke rettigheter de har til offentlig tannhelsehjelp. Både kommunens ledelse og personell må bidra på en systematisk måte til at rettigheter blir gjort kjent og forstått». ²³

Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune eier Helseplattformen AS, som skal innføre en ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge.²⁴ Tannhelse er ikke omfattet av Helseplattformen. På forespørsel om årsaken til dette, svarer prosjektleder at man i oppstart av anskaffelsen måtte definere et omfang av funksjoner løsningen skulle støtte. Da tannhelse verken lå i kommune eller i spesialisthelsetjenesten, besluttet man at tannhelse ikke skulle inngå. I ettertid ser de at det vil kunne bli behov for å knytte helseplattformen til tannhelsetjenesten. Dette vil i så fall bli en egen anskaffelse med ny finansiering.

²³ Helse- og omsorgsdepartementet, *Prop. 71 L Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelseansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m)* <<https://www.regjeringen.no/contentassets/658a620ad1bc494ba81d2abba423aa41/no/pdfs/prp201620170071000dddpdfs.pdf>>.

²⁴ Helse Midt-Norge, «Helseplattformen - én journal for hele helsetjenesten i Midt-Norge», 2020 <<https://helse-midt.no/vart-oppdrag/prosjekter/ehelse/helseplattformen>>.

Møter og dialog med kommunene

Møter og dialog med kommunene er ulikt organisert i distriktene. Det varierer om det er overtannleger eller klinikkledere som deltar på møter med kommunene, og det varierer hvem som deltar fra kommunene. En overtannlege forteller at det gjennomføres årlige møter med helsesjef, avdelingsleder for rus og psykiatri, hjemmesykepleie og sykehjem. Det er tannhelsetjenesten som tar initiativ til disse møtene. På møtene diskuteres samarbeidet og hva som kreves for å utløse rett til gratis tannpleie. Stort sett er møtene årlige, men en overtannlege uttaler at møtene kan bli nedprioritert hvis man er underbemannet. En overtannlege forteller at det i hennes distrikt er lenge siden det ble gjennomført møter, grunnet sammenslåing av både fylke og kommuner. Sist møte i dette distriktet var for tre år siden.

Tannhelsetjenesten har utarbeidet et skjema som kommunen fyller ut sammen med sine pasienter/brukere samt krysser av for innkalling. Deretter sendes dette tilbake til tannklinikken, som kaller inn. For å få rett til gratis tannhelsetjeneste må man ha hatt hjemmesykepleie ukentlig i mer enn tre måneder. Det er problematisk å fange opp alle, da det ikke er noen automatisk varslings i kommunenes systemer over hvem som har hatt ukentlig vedtak om hjemmesykepleie i over tre måneder. Skjemaet som sier noe om tannhelserettigheter blir levert samtidig med vedtaket, og det er individuelt om dette blir fanget opp i etterkant. Tannhelsetjenesten har kun informasjon om de som returnerer skjemaet. Skjemaet er felles for tannhelsetjenesten i fylket.

I kommunene er det gjerne helse- og omsorgssjef og avdelingsledere/enhetsledere tannhelsetjenesten har kontakt med. Tannpleierne reiser til sykehjemmene på besøk, men hyppigheten varierer. En overtannlege uttaler at hyppig besøk hvor færre pasienter undersøkes fungerer best, da synlighet fra tannhelsetjenesten kan bidra til at tannpleie hos brukere følges bedre opp.

En overtannlege forteller at det gjerne er uformelt samarbeid med ulike kommunale tjenester i små kommuner. I mindre kommuner erfarer overtannlegen mer åpne dører sammenlignet med i byen.

En tillitsvalgt forteller at lite bemanning i kommunene innen hjemmesykepleie og sykehjem går på bekostning av tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenesten kan ikke utføre sine tjenester når de ikke kjenner til pasientene som tilhører de prioriterte gruppene. Det er hjemmesykepleien som må levere skjema om pasientene til tannhelsetjenesten, og dette blir ofte ikke gjort. Hun forteller at hun oppdager pasienter som har rett til gratis tannhelse, men pasientene er ikke informert om dette tilbudet.

Respons fra kommunene

Revisor har kontaktet seks kommuner med ulik størrelse og geografisk plassering, og har fått svar fra samtlige.

Fire av seks kommuner har ingen skriftlig avtale. De forteller at man har organisert samarbeidet på annet vis. En kommune forteller at de er en liten kommune, med et lite tannlegekontor i samme bygg som sykehjem og hjemmetjeneste. Kommunen har et tett og godt samarbeid og god oversikt, men mangler skriftlig avtale. De andre forteller at de har jevnlig kommunikasjon med tannhelsetjenesten, både gjennom fysiske møter, epost og telefon.

Noen av kommunene gir tannhelsetjenesten lister over hvilke pasienter som har rettigheter, andre kommuner gir kun pasientene informasjon og det er opp til de å kontakte tannhelsetjenesten. En kommune opplyser at dialogen går via telefon i det daglige, i tillegg til at kommunen får årlige lister fra tannhelsetjenesten med oversikt over hvilke pasienter de har registrert. Kommunen gir tilbakemelding til fylkeskommunen om pasienten ikke lengre mottar ukentlige helsetjenester i hjemmet.

Fem av kommunene får tilbud om opplæring eller besøk av tannpleier på sykehjem og forteller at de benytter seg av tilbudet. Den siste som ikke har fått tilbud mener opplæring ville vært positivt.

En representant fra en av kommunene trekker fram utfordringer med definisjonen av rettigheter til ruspasienter. Representanten skriver: *«Vi må ha en felles forståelse av hva retten innebærer til mennesker med rusavhengighet. Her heter det at retten omhandler tjenestemottakere som har tjenester etter hotjl. § 3-2, første ledd nr. 6 bokstav b,c og d. XX kommune fatter vedtak på denne brukergruppen i all hovedsak etter § 3-2, første ledd nr. 6, bokstav a (helsetjenester i hjemmet) Ofte er ikke omfanget tilstrekkelig (brukerne har ikke hatt tjenesten i 3 mnd, minst x 1 / uke) . Vi har inngått en muntlig avtale/ felles forståelse med XX tannklinikk, slik at disse brukerne får gratis tannbehandling fra dag 1 hvis de mottar hjemmetjenester.»*

3.3.3 Økonomi

Økonomirapportering

Fylkestannlegen har budsjettansvar og gir tilbakemeldinger til klinikkene om status på økonomi. Assisterende fylkestannlege forteller at budsjettene per distrikt ikke er like godt fordelt, og det gjenstår noe arbeid i ny fylkeskommune for å få dette på plass. Det kan se ut til at det mangler en budsjettmodell som fordeler etter behov i distriktene og tar hensyn til geografi og antall pasienter. Det er en ambisjon om å få bedre budsjettering på distriktsnivå. Totalbudsjettet for tannhelsetjenesten skal gå opp, men det er turnover blant de ansatte som

er utfordringen i budsjett per distrikt. Når noen slutter tar det tid før en erstatter er på plass, og assisterende fylkestannlege anslår at denne perioden koster fylkeskommunen kr 500 000 i tapte inntekter. Budsjettet er uforutsigbart med tanke på at et år kan turnover være knyttet til ett distrikt, og neste år et helt annet distrikt. Budsjettet er fordelt distriktsmessig etter hvordan man tror året vil se ut.

Det er jevnlig ledermøter som omfatter økonomi. Her deltar overtannlegene, assisterende fylkestannlege og fylkestannlegen. I september og mai er det ekstra fokus på økonomi i møtene i forbindelse med tertialrapportering. Tidligere var ledermøtene hver sjettede uke med fast innslag av økonomisk status. På grunn av Covid-19 har hyppigheten økt og det er nå ledermøter annenhver uke. På sikt er det ønskelig å gå tilbake til hver sjettede uke. På grunn av Covid-19 brukes det mye tid på arbeid relatert til pandemien. Det er for eksempel Helsedirektoratets sine retningslinjer, anbefalinger fra FHI, status rundt hva som er utført av tannhelsetilbudet/tjenester under Covid-19 og hvordan de skal prioritere framover. Dette er bakgrunnen for de nå hyppige ledermøtene.

Voksne betalende pasienter

Fylkestannlegen forteller om store utfordringer med tap fra honorarinntekter som følge av Covid-19. Inntekter tannhelsen har fra betalende pasienter skaffes ved ekstra kapasitet etter at de prioriterte gruppene er behandlet. Det er budsjettet med inntekter på 80 – 90 millioner kroner. Per april 2020 sto dette stille. Ekstrakapasiteten forsvinner og det er vanskelig å beregne hvor mye det betyr, kanskje et tap på 60 – 70 millioner kroner for 2020. Det er pr. 20.10.2020 nesten normal drift. Det er et stort etterslep på behandling, ca. noen måneder ekstra sammenlignet med tidligere. Det er da et etterslep av behandlingsbehov i de prioriterte gruppene. Samtidig har fylkeskommunen et ansvar også overfor gruppen betalende pasienter, selv om de ikke er en prioritert gruppe etter tannhelsetjenestelovens § 1-3. Noen steder i fylket har disse ikke annet tilbud enn offentlig tannhelsetjeneste. Det er de lovpålagte gruppene som først tas inn når klinikkene åpner, noe som vil gi redusert kapasitet til å behandle voksne betalende pasienter.

Tannhelse har så langt ikke fått noen kompensasjon fra nasjonale myndigheter. Fylkestinget i Trøndelag fattet 17.06.2020 i sak 56/20 å øke budsjetttrammen for tannhelse med 30 millioner kroner. Situasjonen for tannhelse er ikke lik i alle fylkene. Det er fylker som har færre voksenbehandlinger enn Trøndelag, for eksempel Oslo som ikke har noen betalende pasienter. Trøndelag har en større andel betalende pasienter enn gjennomsnittsfylket, men ikke en av de største. I Trøndelag er ca. ¼ av brutto budsjett pasientinntekter. Grunnen til dette er at det ikke er privatpraktiserende tannhelse i alle deler av fylket. Tabellen under viser eksempelvis at det er flere betalende pasienter i distriktene enn i byen.

Tabell 13. Antall behandlede voksne betalende pasienter i 2019

Distrikt	Antall behandlede voksne betalende pasienter	Totalt antall registrerte voksne betalende
Innherred	2425	21235
Værnes	1176	16824
Namdal	2616	20274
Sørvest	3524	20697
Innlandet	8508	26185
Trondheim Nord	3634	12133
Trondheim Øst	2910	6418
Trondheim Sør	1515	11845

Kilde: Trøndelag fylkeskommune

Det varierer hvor stor andel betalende pasienter den enkelte klinikk og det enkelte distrikt har. Det er gjerne flere betalende voksne pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten i distriktet enn i byen. Stor andel betalende pasienter har i noen områder sammenheng med manglende privat tilbud eller stabil bemanning med en fast kundegruppe. En overtannlege forteller at forholdet mellom prioriterte grupper og betalende voksne avhenger av faktorer som behandlingsbehov, klinikkens og behandlerens produksjon, samt hvor mye tid som er «til overs» etter at de prioriterte gruppene er ivaretatt. Andelen i tidsbruk mellom voksne betalende og prioriterte grupper varierer.

Det kan være geografiske forskjeller i utfordringer innen tannhelse. Eksempelvis har klinikken på Hitra opplevd mer karies i befolkningen grunnet høy arbeidsinnvandring, og de har dermed brukt mer tid på de prioriterte gruppene. Dette ga lavere inntjening og utløste ingen bonus, selv om de arbeidet like hardt som andre klinikker som utløste bonus. Ulikheter i befolkningen kan dermed påvirke klinikkens mulighet for inntjening. Bonus- og provisjonsordningene omtales senere i dette kapitlet.

Det ble behandlet 6000 færre voksne betalende pasienter enn året før i 2018. Dette ga lavere inntjening, samtidig som det var lavere kapasitet på grunn av ustabil bemanning i deler av fylket. I årsrapporten framgår det også at det var sammenslåingskostnader i form av nye systemer og rutiner som medførte redusert effektivitet. Utstyrsinnkjøp ble utsatt der dette var mulig for å begrense merforbruket. I 2019 økte inntjeningen med åtte prosent da tannhelsetjenesten behandlet flere voksne pasienter.

Revisor har fått tilbakemeldinger fra sju andre fylkestannleger som opplyser at deres totale andel voksne betalende pasienter varierer mellom 7 og 37 prosent. Noen klinikker har ikke voksne betalende pasienter, andre har store andeler.

Budsjettoverskridelser

I Nord-Trøndelag i 2017 var det et merforbruk på 5,3 millioner kroner for tannhelse og folkehelse. Det framgår at det innen sektoren er et merforbruk innen tannhelse på 6,5 millioner kroner. Størparten av avviket forklares med svikt i honorarinntekter.

I Sør-Trøndelag for 2017 var det et merforbruk på 9,265 millioner kroner. Det største merforbruket var på tannbehandling til rusmisbrukere (både egne og kjøpte tjenester), kjøpte tjenester til narkosebehandling og spesialistbehandling.

I Årsrapport 2018 presenteres det at seksjon tannhelse hadde en samlet netto driftsutgift på 246,6 millioner kroner og et regnskapsmessig merforbruk på 20,4 millioner kroner. Av dette utgjorde bonusutbetalinger for 2017 til ansatte i Sør-Trøndelag fylkeskommune 10,1 millioner kroner. Bonusutbetalingen for Sør-Trøndelag ble utbetalt mars/april etterfølgende år, som betyr at det regnskapsmessige merforbruket i 2018 på 10 millioner kroner hører til lønn for 2017. Det reelle driftsunderskuddet i 2018 var dermed på 10,3 millioner kroner. Det ble behandlet færre voksne betalende pasienter i 2018, og det var dermed lavere inntjening. Dette forklares med ustabil bemanning i deler av fylket og dermed lavere kapasitet. Noe av reduksjonen i effektivitet tilskrives nye systemer og rutiner i det nye fylket. Utstyrsinnkjøp ble utsatt der det var mulig, for å begrense merforbruket.

Fra 2019 ble budsjetttrammen økt med 17 millioner kroner, hvorav 3,7 til Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Midt-Norge (TkMidt) og 13,3 millioner kroner til tjenesten i distriktene. Rindal ble en del av Trøndelag fylkeskommunes tannhelsetjeneste fra 01.01.2019 og Halså ble en del av Trøndelag fra 01.01.2020. Overtakelse av ansvarsene her er ikke kompensert i økonomiplanen. I årsrapport for 2019 beregnes det at ansvaret for Halså og Rindal vil bety hhv. 0,9 og 1,1 million kroner i økte utgifter.

Det regnskapsmessige resultatet for 2019 viser et merforbruk på 7 millioner kroner, men 5,3 millioner kroner av dette er dratt med fra 2018. Det betyr 1,7 millioner kroner i merforbruk i

2019 i forhold til opprinnelig budsjett. Tannhelsetjenesten hadde økte driftsutgifter på 4 % sammenlignet med 2018. Det framgår av årsrapport 2019 at det er økte lønnsutgifter i forbindelse med at man har styrket bemanningen på noen klinikker for å gi et forsvarlig tilbud til befolkningen i alle deler av fylket.

TkMidt var i 2019 en enhet i fylkeskommunen, men er fra 01.01.2020 et fylkeskommunalt foretak. Før 2019 var TkMidt et interkommunalt selskap. Merforbruket i 2019 ble overført til seksjon tannhelse og avregnet mot driftstilskuddet til TkMidt i 2020. TkMidt hadde i 2019 inntektssvikt på 1 million kroner på spesialistklinikken og tilbud om tilrettelagt behandling hadde et merforbruk på 0,3 millioner kroner.

Revisor har spurt andre fylkestannleger om de har utfordringer med budsjettering/budsjettoverskridelser. Svarene varierer. En fylkestannlege bekrefter at de har hatt utfordringer, og en annen forteller at de drifter en desentralisert og dyr klinikkstruktur som det politisk ikke har vært muligheter å justere i. Andre har ikke hatt utfordringer, med unntak av pandemien.

Bonus- og provisjonsordninger

De to tidligere fylkeskommunene hadde ulike avlønningssystem. Sør-Trøndelag hadde bonusordning for effektive klinikker, mens Nord-Trøndelag hadde provisjonslønnssystem. Begge ordningene ble avvirket ved sammenslåing. Avtalen om avvikling av bonusordningen innebærer at de som har vært en del av ordningen får en kompensasjon som en del av lønna. De som har hatt ordningen med provisjonslønn har fått tillegg som kompensasjon. Det ble en betydelig nedgang i lønn for enkelte da bonusordningen forsvant.

Bonusordningen fungerte slik at hver klinikk hadde en nøkkel/fordeling av ulike pasientgrupper som var nødt til å være oppfylt for å få bonus. Bonusordningen var knyttet til klinikken, men det var tannlegene som fikk den største andelen. De som arbeidet effektivt, fikk belønning. Samtidig var man avhengig av at klinikken som helhet var effektiv og hadde lavt sykefravær.

En overtannlege forteller at da bonusordningen eksisterte, var det lettere for klinikkene i byen å få utslag av denne enn for distriktene. Dette har sammenheng med en lavere inntjeningsforventning, da det generelt sett er færre voksne betalende i byen enn i utkanten. Dette grunnet større tilbud fra private tannleger.

Revisor har ikke data som tilsier at endring i bonusordningen har effekt på rekrutteringen. Flere uttrykker at bonusordningen ikke var en rettferdig ordning. Noen klinikker hadde store bonuser og andre ikke. Bonusordningen favoriserte de som var effektive.

Noen opplevde bonusordningen som urettferdig, da de arbeidet hardt og likevel ikke fikk bonusutbetaling. En overtannlege mener at det var en produktivitetsøkning i Sør-Trøndelag med bonusordningen. Noen opplevde det som stressende. For rekrutteringen kunne det være positivt for klinikker med gode bonuser, og tilsvarende negativt for klinikker som ikke utløste samme bonus. Noen overtannleger og tillitsvalgte har inntrykk av at effektiviteten har gått ned etter at man fjernet bonusordningen.

Det er delte erfaringer blant overtannlegene med bonus/provisjonsordning. En overtannlege ser på bonusordningen i sør som mer rettferdig enn provisjonsordningen i nord. En annen overtannlege forteller at ordningen i dag med et fast tillegg etter avvikling av bonusordning og ellers individuell lønnsforhandling er bedre enn bonusordningen. En overtannlege forteller at det var en negativ bivirkning av bonusmodellen at den kunne stimulere til underbehandling av prioriterte pasienter for å skaffe tid til å oppnå høyere inntjening. En annen overtannlege forteller at ordningen med individuell provisjonslønn som man hadde i Nord-Trøndelag, ikke bidro til samarbeid på klinikkene. Det kunne bli diskusjoner om hvem som skulle behandle hvilke pasienter, mellom pasienter i de prioriterte gruppene og betalende pasienter. En overtannlege uttaler at provisjonslønnen ikke belønnet resten av tannhelseteamet og sekretærene. Noen ansatte uttrykte misnøye med dette og de ble ikke premiert for å jobbe effektivt og ha et høyere tempo.

3.4 Vurdering

3.4.1 Regelmessig og oppfølgende tilbud til prioriterte grupper

- Fylkeskommunen skal gi et regelmessig og oppfølgende tilbud til følgende prioriterte grupper:
 - Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år
 - Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
 - Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
 - Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret

Revisor vurderer at fylkeskommunen har systemer og ressurser til å gi et regelmessig og oppfølgende tilbud til de prioriterte gruppene. Revisor har ikke data som tilsier at det er noen grupper som ikke mottar tilbudet de har krav på, men det er utfordringer med å tilby tjenester spesielt til gruppe C2 (mottakere av hjemmesykepleie), da tannhelsetjenesten ikke i alle kommuner får mulighet til å informere om tilbudet eller får kjennskap til hvilke personer som har rettigheter i kommunen. Tannhelsetjenesten blir flere steder prisgitt at ansatte i kommunene har rutiner som sikrer at personer med hjemmesykepleie får informasjonen de trenger. For å avhjelpe utfordringen med utveksling av informasjon mellom kommune og

tannhelsetjeneste har tannhelsetjenesten videreformidlet Helsedirektoratets tolkning av regelverket uten å ha lyktes med det. Videre arbeider tannhelsetjenesten med å etablere en likelydende avtale for alle kommuner. Revisor mener at denne avtalen vil være et viktig steg på veien mot et bedre og mer sømløst samarbeid med kommunene. Det er viktig at tannhelsetjenesten får tilgang på informasjonen de trenger for å kunne gi gode tjenester til de som har rett på dette. Uten å få god informasjon fra kommunene, vil ikke tannhelsetjenesten kunne oppfylle lovkravet om å tilby tjenester til personer i de prioriterte gruppene. Videre vil det være av interesse for kommunene å sikre at sine innbyggere mottar informasjon om tjenester de har rett på, jf. forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3.

3.4.2 Nødvendig informasjon og opplysninger til bruker

- Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi den som søker eller trenger tannhelsehjelp, de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift, tap, tidsspille eller uleilighet.

Vurderingen på dette kriteriet henger sammen med foregående vurdering. I de prioriterte gruppene hvor tannhelsetjenesten enten henter informasjon fra Folkeregisteret eller har et godt samarbeid med kommunene slik at de får tilstrekkelig informasjon og mulighet for å kommunisere med prioriterte pasienter, lykkes tannhelsetjenesten med å gi tilstrekkelige opplysninger. Utfordringen oppstår som tidligere nevnt når samarbeidet med kommunene ikke fungerer, enten på grunn av manglende avtaler/dialog, eller på grunn av kommunenes feiltolkning av regelverket.

Siden tannhelsetjenesten foreløpig ikke har ferdigstilt den overordnede og likelydende avtalen med kommunene og det ikke i alle kommuner foreligger gjeldende avtaler, vurderer revisor at det pr. i dag mangler noen felles rutiner og retningslinjer for hvordan samarbeidet med kommunene skal foregå. I noen tilfeller, kanskje spesielt i mindre kommuner, er det korte veier og god kommunikasjon selv om man ikke har formelle avtaler. Dette er ikke tilfelle alle steder. Et felles avtaleverk vil derfor styrke tannhelsetjenestens muligheter for å kunne gi rettidig informasjon til den som søker eller trenger tannhelsehjelp.

4 HØRING

Det ble gjennomført et høringsmøte mellom fylkestannlegen og revisjonen 20.10.2020. Som følge av møtet ble det gjort noen justeringer i datadel, men disse medførte ikke endringer i revisors vurderinger eller konklusjon.

Revisor mottok et hørings svar 22.10.2020. I hørings svaret har fylkesrådmannen noen kommentarer og tilleggs opplysninger til et par av punktene i vurderingene. Fylkesrådmannens tilleggs opplysninger om de forebyggende tiltakene, har ført til at revisor har justert sin vurdering og anbefaling i tilknytning til dette. Hørings svaret har utover dette ikke medført endringer i vurderinger, konklusjoner eller anbefalinger.

5 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

5.1 Konklusjon

I den første problemstillingen ser vi at tannhelsetjenesten gjennomfører forebyggende arbeid både eksternt og i tannlegestolen. Tannhelsetjenesten har iverksatt tiltak som lønnskompensasjon for å rekruttere og beholde tannleger i distriktene, hvor det kan være utfordringer med å rekruttere og holde en stabil bemanning. Revisor har inntrykk av at avskaffelsen av bonus- og provisjonsordningene ikke i nevneverdig grad har påvirket rekrutteringen. Bonusordningen i STFK medførte halvparten av budsjettoverskridelsen i 2018. Avviklingen av ordningen ble gjort slik at de ansatte fikk en kompensasjon og fylkeskommunen har fortsatt utgifter med dette. I 2018 ble dette dobbelt opp med kompensasjon og utbetaling for foregående år. Budsjettoverskridelsen etter avskaffelse av bonusordning skyldes i hovedsak økte lønnsutgifter for å holde på stabil bemanning i hele fylket.

Det finnes noen geografiske forskjeller når det gjelder kapasitet, kompetanse og rekruttering. Det er noen klinikker som har større etterslep enn andre. Dette kan ha bakgrunn i at klinikken har hatt turnover, noe som gir negativ virkning på effektiviteten. Det kan være mer utfordrende å rekruttere stabilt personale til klinikker i utkantene. Samtidig erfarer noen av utkantdistriktene at det gjerne er i utkantene det er mest stabilt personale. Noe gjennomtrekk vil være naturlig. Revisor har ikke inntrykk av at de geografiske forskjellene er så store at det utgjør en utfordring for Trøndelag fylkeskommunes tannhelsetjeneste.

I den første problemstillingen konkluderer revisor derfor med at Trøndelag fylkeskommunes tannhelsetilbud er i tråd med tannhelsetjenesteloven. Det er etablert tilgjengelige tannhelsetjenester, det gjennomføres forebyggende tiltak og fylkeskommunen klarer å tilknytte seg riktig kompetanse. Hva som er tilstrekkelige ressurser vil alltid kunne diskuteres, men revisor har ikke inntrykk av at tannhelsetjenesten i Trøndelag er utpreget presset når det gjelder behandling av pasienter i prioriterte grupper. Revisor har inntrykk av at man i en normalsituasjon har en bemanning som svarer til behovet, men at det er en utfordring for effektiviteten når det er høy turnover. Det er rom for å behandle voksne betalende pasienter for å sikre inntjening og variasjon i det faglige arbeidet.

I den andre problemstillingen ser vi at forholdet mellom tjenester til prioriterte og uprioriterte pasienter varierer fra klinikk til klinikk, og fra distrikt til distrikt. I områder med private tannleger har den offentlige tannhelsetjenesten gjerne noe lavere andel betalende pasienter, sett opp imot de områdene hvor det ikke finnes private tannleger. Revisor har ingen data som tilsier at fylkeskommunen ikke har kapasitet til å håndtere de prioriterte gruppene. Noen klinikker har

et etterslep, men dette er ikke kritisk for fylket sett under ett. Fylkestannlegen følger med på tall for behandling av prioriterte pasienter, og kan sette inn tiltak for å avhjelpe dette ved behov.

Tannhelsetjenesten arbeider med å sikre seg at samtlige i de prioriterte gruppene får informasjon om sine rettigheter. Det skal utarbeides en felles likelydende avtale med kommunene som vil kunne bidra til å styrke tannhelsetjenestens muligheter for å nå alle brukere. Dette arbeidet ble forsinket grunnet Covid-19.

I den andre problemstillingen konkluderer vi derfor med at balansen mellom tjenester som tannhelsetjenesten yter til prioriterte klientgrupper og voksent betalende klientell er i tråd med tannhelsetjenesteloven. Det er likevel tydelig at man ikke er i mål med å nå samtlige pasienter for å kunne informere og behandle. Revisor mener at tannhelsetjenesten bør videreføre sitt arbeid med å kommunisere forståelsen av regelverket når det gjelder taushetsplikt.

5.2 Anbefalinger

Revisor har utarbeidet to anbefalinger:

- Revisor anbefaler fylkesrådmannen å formalisere samarbeidet med samtlige kommuner
- Revisor anbefaler fylkesrådmannen at tannhelsetjenesten fortsetter sitt arbeid med å kommunisere forståelse av regelverk når det gjelder taushetsplikt.

KILDER

Blankholm, Aud, Endre Sandvik, Alice Kjellelvold, Unni Hembre, Vigdis Galaaen, Kristian Kise Haugland, mfl., *NOU 2018: 16 Det viktigste først*, 2018
<<https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf%0D>>

Helse- og omsorgsdepartementet, *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (Norge: lovdata.no, 2003) <<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>>

———, *Prop. 71 L Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelseansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m)*
<<https://www.regjeringen.no/contentassets/658a620ad1bc494ba81d2abba423aa41/no/pdfs/prp201620170071000dddpdfs.pdf>>

Helse Midt-Norge, «Helseplattformen - én journal for hele helsetjenesten i Midt-Norge», 2020
<<https://helse-midt.no/vart-oppdrag/prosjekter/ehelse/helseplattformen>>

Helsedirektoratet, *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*, 2016
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel/Helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel-Veileder.pdf/_attachment/inline/54b7b100-9415-4bc0-993e-66175a4cd4c1:5537f215b0ba85ca4a0159612413ab7450b23467/>

———, *Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*, 2020
<<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>>

———, «Rundskriv til folketrygdloven § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 - Undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade», 2020
<<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/folketrygdloven--5-6--5-6-a-og--5-25--undersokelse-og-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-for-sykdom-og-skade#i-generell-informasjon>>

———, «Sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder», 2019
<<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/beboere-pa-sykehjem-vurdert-av-tannhelsepersonell-siste-12-manader>>

Helsetilsynet, *Tannhelsetjenesten - med særlig blick på offentlige tannhelsetjenester til prioriterte grupper*, 2010
<<https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2010/hel>

setilsynetrapport1_2010.pdf>

Kompetansesenteret Tannhelse Midt, «Organisasjon», 2020
<<https://www.tkmidt.no/organisasjon>>

Statens Helsetilsyn, *Tenner for livet - helsefremmende og forebyggende arbeid*, 1999
<<https://www.uio.no/studier/emner/odont/tannlege/OD3200/v15/pensumliste/tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-is-2659.pdf>>

Statistisk Sentralbyrå, «Skjema 43: Tannhelsetenesta»
<https://www.ssb.no/forside/_attachment/411540?_ts=1701471eb18>

Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, *Tannhelsetilbudet til pasienter som får hjemmesykepleie*, 2019
<https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00346/USHT_rapport_om_pro_346990a.pdf%0D>

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner (§7) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

- Tannhelsetjenesteloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven

Tannhelsetjenesteloven § 1-1 slår fast at fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Videre at det er fylkeskommunen som har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i § 1-3 enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannlege som har inngått avtale med fylkeskommunen etter § 4-1.

§ 1-2 slår fast at fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen, og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling. Tannhelsetjenesten skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.

§ 1-3 slår fast hvilke grupper den offentlige tannhelsetjenesten omfatter. Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til:

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

Gruppene er satt i prioritert rekkefølge, slik at prioriteringen skal følges dersom ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud i alle gruppene. Forebyggende tiltak prioriteres foran behandling.

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

§ 1-4 slår fast at fylkeskommunen har ansvaret for å samordne den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor.

§ 1-6 presenterer at fylkeskommunen skal sørge for at det gis slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Tilsvarende gjelder for informasjon til pasientens nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd.

§ 2-1 fastsetter at alle nevnt i § 1-3 har rett på nødvendig tannhelsehjelp i den kommunen de bor eller midlertidig oppholder seg. Videre at den offentlige tannhelsetjenesten skal gi den som søker eller trenger tannhelsehjelp, de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift, tap, tidsspille eller uleilighet.

Pasient- og brukerrettighetsloven støtter opp om dette i § 3-2 hvor det heter at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

Kapittel 4 i tannhelsetjenesteloven omhandler forholdet mellom fylkeskommunene og den private tannhelsetjenesten. § 4-2 slår fast at dersom en fylkeskommune ønsker å inngå avtale med privatpraktiserende tannlege om behandling av prioriterte grupper, skal den kunngjøre at interesserte kan melde seg. Avtale skal inngås med den som er faglig best skikket.

Kapittel 5 omhandler utgifter. § 5-1- slår fast at fylkeskommunen skal dekke utgifter ved den offentlige tannhelsetjenesten. Pasientenes utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen skal helt eller delvis dekkes av fylkeskommunen på samme måte som om tilbudet hadde vært gitt av fylkeskommunens ansatte tannleger. Fylkeskommunen skal dekke skyssutgifter i samsvar med forskrift fastsatt av fylkeskommunen for pasienter under § 1-3 som søker tannhelsehjelp i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 setter krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet. I § 4-1 heter det at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Tjenesten skal tilrettelegges slik at

- a. Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,

- b. Den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- c. Helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. Tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Helsepersonelloven setter også krav til forsvarlighet. I § 4 heter det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. § 6 setter krav til ressursbruk, gjennom at helsepersonellet skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

Fylkeskommunen står fritt til å organisere utøvingen av tannhelsetjenester slik man vil; ved bruk av egne ansatte eller inngå avtale med private tannleger om å utføre tjenester på vegne av fylkeskommunen²⁵. NOU 2018:16 presenterer at *«I tannhelseloven er det ikke en bestemmelse som uttrykkelig pålegger fylkeskommunen en plikt til å tilby eller yte forsvarlige tannhelsetjenester, men det enkelte helsepersonell er etter helsepersonelloven § 4 pålagt en plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra personellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Fylkeskommunen har indirekte et ansvar ved at den er pålagt en plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at helsepersonell oppfyller krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. For voksne personer som ikke faller inn under de prioriterte gruppene er fylkeskommunens ansvar begrenset til å sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad skal være tilgjengelige. Det er opp til fylkeskommunen selv å vurdere hva som er et tilgjengelig tannhelsetilbud og hvordan dette ansvaret kan oppfylles.»*²⁶

Prop. 71 L (2016-2017) presenterer at fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven dels består av et befolkningsansvar som omfatter tilgjengelighetsansvar (tannhelsetjenester skal i rimelig grad være tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket) og folkehelseansvaret som består av å gi nødvendige helsefremmende og forebyggende tiltak for hele fylkets befolkning. Dels er det er gruppeansvar, som er å gi nødvendige tjenester til de prioriterte gruppene.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3, fastsetter blant annet at «kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne

²⁵ Blankholm mfl.

²⁶ Blankholm mfl.

kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes. Videre at kommunen skal utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes blant annet nødvendig tannbehandling og ivaretatt tannhygiene.»²⁷

Tannhelsetjenesteloven § 1-3 fastsetter at den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, og at den skal gi et oppsøkende²⁸ og regelmessig tilbud til en rekke fastsatte grupper. Disse gruppene er:

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

Trøndelag fylkeskommune har ikke vedtatt å prioritere andre grupper. Gruppene er listet opp i prioritert rekkefølge. Hvis det ikke er tilstrekkelige ressurser til å behandle alle gruppene, skal prioriteringen følges. Gruppe A kan deles inn i to grupper; A1 er 0-2 år, og A2 er 3-18 år. Gruppe C kan deles inn i to grupper, og omtales gjerne som C1: eldre, langtidssyke og uføre i institusjon; og C2: pasienter som mottar hjemmesykepleie minst en gang i uken over tre måneder.

I tillegg til gruppene som er listet opp i loven, har Stortinget gjennom budsjettvedtak gitt personer i følgende grupper rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten:

- Personer som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Personer som på grunn av sin rusavhengighet mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 og 3-6 nr. 2
- Innsatte i fengsler

²⁷ Helse- og omsorgsdepartementet, *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (Norge: lovdata.no, 2003) <<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>>.

²⁸ Det er ikke nærmere definert i loven hva som regnes som regelmessig og oppsøkende. NOU 2018:16 definerer det på følgende vis: «Et minimumskrav for at tilbudet kan sies å være oppsøkende er at tilbudet gjøres kjent for personer som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp. Begrepet regelmessig forutsetter en viss kontinuitet og hyppighet i tilbudet, for eksempel i form av innkallinger med faste intervaller som fastsettes individuelt i det enkelte tilfelle.»

Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi nødvendig akutt tannbehandling til alle innsatte i fengsel ved behov uansett oppholdets varighet. Det skal også gis tilbud om tannhelseundersøkelse samt nødvendig forebyggelse og kurativ tannbehandling til innsatte med opphold lenger enn tre måneder. Den offentlige tannhelsetjenesten får tilskudd til tannhelsetjenester til innsatte i fengsel, ved å legge frem revisorattestert regnskap til Helsedirektoratet. Tilskuddet omsøkes årlig. Det skilles ikke mellom doms- og varetektsinnsatte, eller mellom innsatte med og uten lovlig opphold²⁹.

Flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente som ikke omfattes av gruppene i § 1-3, eller som Stortinget har gitt rettigheter til tannhelsehjelp gjennom budsjettvedtak eller lignende, har ikke rett til tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten³⁰. Det kan søkes om tilleggsytelser til tannbehandling fra Utlendingsdirektoratet.

Personer med psykiske lidelser omfattes av regelverket dersom de er innlagt på klinikker/institusjon. Det gis også støtte dersom personer har sterkt nedsatt evne til egenomsorg på grunn av varig somatisk eller psykisk sykdom. Stønad gis dersom sykdommen eller tilstanden har ført til sterkt nedsatt evne til egenomsorg over minimum ett år. Det må foreligge skriftlig erklæring fra lege eller psykolog.³¹

Utlede revisjonskriterier:

- Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.
- Fylkeskommunen skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen
- Fylkeskommunen må sikre at det er riktig kompetanse og tilstrekkelige ressurser for å ha en god tannhelsetjeneste.
- Fylkeskommunen skal gi et regelmessig og oppfølgende tilbud til følgende prioriterte grupper:
 - Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år
 - Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon

²⁹ Helsedirektoratet, *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*, 2016 <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel/Helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel-Veileder.pdf/_attachment/inline/54b7b100-9415-4bc0-993e-66175a4cd4c1:5537f215b0ba85ca4a0159612413ab7450b23467/>.

³⁰ Helsedirektoratet, *Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente*, 2020 <<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjennforente>>.

³¹ Helsedirektoratet, «Rundskriv til folketrygdloven § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 - Undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade», 2020 <<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/folketrygdloven--5-6--5-6-a-og--5-25--undersokelse-og-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-for-sykdom-og-skade#i-generell-informasjon>>.

- Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret
- Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi den som søker eller trenger tannhelsehjelp, de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift, tap, tidsspille eller uleilighet.

VEDLEGG 2 – HØRINGSSVAR



REVISJON MIDT-NORGE SA
Brugata 2
7715 STEINKJER

Vår dato: 22.10.2020 **Vår referanse:** 202011455-4 **Vår saksbehandler:**
Deres dato: **Deres referanse:** Karl Strand

Høringssvar til utkast til rapport fra forvaltningsrevisjon av tannhelsetjenesten

Fylkesrådmannen har ikke merknader til hovedkonklusjonene i rapporten, men har noen kommentarer og tilleggsopplysninger til et par av punktene i vurderingene.

2.4.2 Forebyggende tiltak

Revisor har inntrykk av at det forebyggende arbeidet i liten grad er samordnet på fylkesnivå. Som beskrevet i rapporten har vi folkehelsekontakter i hvert distrikt. Dette er tannpleiere, og de er kontaktpersoner både mot eksterne samarbeidspartnere og internt i tannhelsetjenesten. De samordner det helsefremmende og forebyggende arbeid i sine respektive distrikter. Sammen utgjør de folkehelsegruppa, som er et forum for utvikling og samordning av tannhelsetjenestens folkehelsearbeid på fylkesnivå. Folkehelsegruppa ledes av en av distriktslederne på vegne av fylkestannlegen. Gruppa arbeider med flere oppgaver som er viktige bidrag til mer enhetlig innsats i tjenesten. En av disse oppgavene er avtaler med kommunene, en annen er utarbeidelse av felles materiell.

3.4.1 Regelmessig og oppfølgende tilbud til prioriterte grupper

I rapporten beskrives betydningen av et godt samarbeid med kommunehelsetjenesten om tilbudet til felles pasientgrupper, og revisor påpeker at overordnet avtale med kommunene ennå ikke er på plass.

Arbeidet med en slik avtale har kommet langt, og tannhelsetjenesten har nylig kontaktet KS Trøndelag, og et forslag til avtale vil bli lagt fram for kommunedirektørutvalget i deres neste møte.

Med vennlig hilsen

Kari Strand
fylkestannlege

Ole Tronstad
assisterende fylkesrådmann

Dette dokumentet er elektronisk godkjent

Postadresse: Fylkets hus
Postboks 2560
7735 Steinkjer

Bankkonto: 86017685300
IBAN: NO8486017685300
BIC/SWIFT: DABANO22

Telefon: 74 17 40 00
Epost: postmottak@trondelagfylke.no
Org.nr: 817 920 632

VEDLEGG 3 – DISTRIKTER OG KLINIKKER

Tabellene gjelder strukturen etter 01.09.2020.

Tabell 14. Namdal

Klinikker	Ambuleringsklinikker
Grong	Høylandet
Lierne	Jøa
Overhalla	Lauvsnes
Namsos	Leka
Ytre Namdal	Osen
Snåsa	
Namsskogan	

Tabell 15. Innherred og Fosen

Klinikker	Ambuleringsklinikker
Steinkjer	Leksvik
Verdal	Malm
Inderøy	
Åfjord	
Rissa	

Tabell 16. Værnes

Klinikker	Ambuleringsklinikker
Frosta	Meråker
Levanger	
Stjørdal	

Tabell 17. Trondheim Øst

Klinikker	Ambuleringsklinikker
Brundalen	
Valentinlyst	
Risvollan	
Ranheim	
Lade	
Sentrum	

Tabell 18. Trondheim sør

Klinikker	Ambuleringsklinikker
Heimdal	
Tiller	
Klæbu	
Spondal	
Byåsen	

Tabell 19. Sørvest

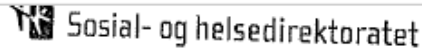
Klinikker	Ambuleringsklinikker
Heim	Lensvik
Orkland	Løkken
Frøya	Liabø
Skaun	
Ørland	
Hitra	

Rindal	
--------	--

Tabell 20. Sørøst

Klinikker	Ambuleringsklinikker
Holtålen	Berkåk
Røros	Tydal
Selbu	
Malvik	
Melhus	
Støren	
Oppdal	

VEDLEGG 4 – BREV FRA HELSETILSYNET



Akershus og Østfold fylkesrevisjon
v/ forvaltningsrevisor Viggo Røed

Deres ref:
Saksbehandler: JFJ
Vår ref: 07/2948-
Dato: 31.05.2007

Kommuners taushetsplikt og opplysningsrett overfor tannhelsetjenesten

Sosial- og helsedirektoratet viser til e-post fra Akershus og Østfold fylkesrevisjon 22. mai d.å. og påfølgende telefonsamtaler. Henvendelsen gjelder spørsmålet om kommunen med bakgrunn i taushetsplikten kan nekte å gi tannhelsetjenesten navn på personer som etter kommunehelsetjenesteloven mottar hjemmesykepleie i 3 måneder eller mer. Bakgrunnen for at tannhelsetjenesten ønsker navn på de personer som mottar hjemmesykepleie i 3 måneder eller mer, er at disse personene er blant de prioriterte grupper i tannhelsetjenesteloven, jf loven § 1-3, 1 ledd bokstav c, og skal gis vederlagsfrie tannhelsetjenester etter forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i Den offentlige tannhelsetjenesten § 2.

Sosial- og helsedirektoratet bemerker:

Det bemerkes innledningsvis at selv om en kommune skulle ha taushetsplikt overfor tannhelsetjenesten bør det være et minstekrav at de personer som oppfyller vilkårene til prioritert og vederlagsfri tannbehandling, blir orientert om retten til dette og i tilfelle selv kan foreta et valg om hvorvidt de ønsker å motta tilbudet. Kommunen kan, dersom den mener at de er undergitt taushetsplikt, innhente samtykke fra den det gjelder til å frita kommunen fra taushetsplikten overfor tannhelsetjenesten for det formål at vedkommende får prioritert og vederlagsfri tannbehandling, jf forvaltningsloven § 13 a nr. 1. Der vedkommende ikke har samtykkekompetanse bør eventuelt pårørendes, vergens eller lignende samtykke innhentes. Dersom den som har krav på prioritert og vederlagsfri tannbehandling motsetter seg at kommunen videreformidler informasjon til tannhelsetjenesten, bør dette respekteres etter en analogi av helsepersonelloven § 25 hvor taushetsbelagte opplysninger ikke kan gis videre til samarbeidende helsepersonell dersom pasienten motsetter seg det.

Helsepersonellovens regler om samarbeidende personell, jf loven § 25 m.v, kommer ikke direkte til anvendelse selv om tannleger, tannpleiere og muligens personer som arbeider som hjemmesykepleiere er omfattet av loven, jf §§ 3 og 48. Bakgrunnen for det er at det i dette tilfellet etter det opplyste er kommunens administrasjon som ikke ønsker å utlevere opplysninger.

Hjemmesykepleie er en av kommunens lovpålagte oppgaver etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 4. Kommunens taushetsplikt er lovfestet i kommunehelsetjenesteloven § 6-6 som viser til forvaltningslovens taushetspliktsbestemmelser (forvaltningsloven §§ 13 – 13e). Etter

Sosial- og helsedirektoratet

Avd. omsorg og tannhelse

Jeanette Fjeldheim, Tel: 24 16 31 82

Postadr: Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadr: Universitetsgaten 2, Oslo

Tel: 810 20 050 • Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@shdir.no • www.shdir.no

forvaltningsloven § 13 b nr. 5 er ikke taushetsplikt til hinder for at *"forvaltningsorganet gir andre forvaltningsorganer opplysninger om en persons forbindelse med organet og om avgjørelser som er truffet og ellers slike opplysninger som det er nødvendig å gi for å fremme avgiverorganets oppgaver etter lov, instruks eller oppnevningssgrunnlag."*

Kommunens ansvar er etter kommunehelsetjenesteloven § 1-1 er å sørge for nødvendig helsetjeneste. Helsetjenesten i kommunen sitt formål er etter kommunehelsetjenesteloven § 1-2 blant annet er å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte.

Etter kvalitetsforskriften § 3 skal kommunen utarbeide skriftlige nedfalte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov, bl.a nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene.

Etter det ovennevnte bør det etter direktoratets oppfatning medføre at forvaltningsloven § 13 b nr. 5 unntar kommunen fra sin lovpålagte taushetsplikt.

I NOU 2005:11, Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet, punkt 7.3 omhandles forholdet mellom fylkeskommunens ansvar etter Lov om tannhelsetjenesten og annen lovgivning. Det er der fremhevet at tannhelsetjenesten er avhengig av samarbeid med kommunehelsetjenesten for å kunne oppfylle sine forpliktelser overfor de prioriterte grupper, og at dette spesielt gjelder gruppe C (bl.a personer som mottar hjemmesykepleie). Videre står det: *"Det har ved flere anledninger vært påpekt at den offentlige tannhelsetjenesten ikke får tilgang til lister fra kommunen over hvilke pasienter som har krav på vederlagsfri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, og at dette hindrer et oppsøkende tilbud. Dette kan skyldes uklaretheter rundt bestemmelsene om taushetsplikt"*.

Både lovgivers intensjon og reelle hensyn taler for at kommunen plikter å gi tannhelsetjenesten navn på personer som har mottatt hjemmesykepleie i 3 måneder eller mer. Disse personene har et lovfestet og forskriftsfestet krav på prioritert og vederlagsfri tannbehandling. Kommunen kan ikke frata dem retten til dette ved å vise til taushetsplikt. Det er imidlertid ikke nødvendig at tannhelsetjenesten får tilgang på de vedtak som ligger til grunn for tildeling av hjemmesykepleie, men at det foreligger en dialog med kommunen i forhold til opphør av vedtak og eventuelt andre forhold som måtte få betydning for at tannhelsetjenesten skal kunne oppfylle sine plikter i eller i medhold av lov.

Det er rimelig å forvente at kommunen samarbeider med fylkeskommunen, herunder tannhelsetjenesten, slik at helsetjenesten i største mulig grad fremstår som koordinert og enhetlig og kan gi et samlet tilbud. Særlig må dette gjelde når personer som mottar en tjeneste etter kommunehelsetjenesteloven derigjennom fyller vilkårene for prioritert og vederlagsfri fylkeskommunal tannhelsetjeneste.

Avslutningsvis vil direktoratet fremheve utarbeidelse av individuell plan til personer med behov for langvarige og koordinerte tilbud, jf kommunehelsetjenesteloven § 6-2a. Det står eksplisitt i bestemmelsens første ledd annet punktum at *"Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene."* Dette forutsetter en aktiv plikt til samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer nettopp for å kunne gi et samlet godt tjenestetilbud.

Direktoratet bemerker at etter det ovenstående kan det ikke være noe til hinder for at kommunen gir lister til tannhelsetjenesten etter å ha informert de personer som mottar hjemmesykepleie om retten til prioritert og vederlagsfri tannbehandling. Dersom de

personer det gjelder motsetter seg utlevering av opplysninger til tannhelsetjenesten må dette respekteres.

Med vennlig hilsen

Kristin Helga Mehre
avdelingsdirektør

Jeanette Fjeldheim
rådgiver

MRevisjon

Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidtnorge.no