

Beskrivelse av forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø i sykehus.

HelseDirektoratet 15.10.2011

HelseDirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 Oslo

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn.....	4
1.1 Mandat.....	4
1.2. Organisering av arbeidet.....	5
1.3 Terminologi.....	5
1.4 Bakgrunnsdokumenter.....	6
1.5 Rettslig grunnlag m.m.....	8
1.6 Finansiering av pasientbehandling av pasientbehandling i tilbud om orale helsetjenester i sykehus. Dagens regelverk.....	9
1.6.1 Finansiering av somatisk pasientbehandling i sykehus.....	9
1.6.2 Folketrygdens regler om tannbehandling.....	10
1.6.3 Fylkeskommunens ansvar.....	11
1.7 Eksisterende tilbud om orale helsetjenester i norske sykehus.....	11
1.7.1 Spørreundersøkelse til landets sykehus og fylkestannleger.....	11
1.7.2 Samhandlingsprosjekter i Buskerud.....	12
1.7.3 Kjevekirurgi og oral kirurgi/oral medisin.....	13
1.7.4 Narkosebehandling.....	13
1.7.5 Tilbudet ved Haukeland Universitetssykehus.....	14
1.7.6 Tilbudet ved St. Olav hospital.....	14
1.7.7 Tilbudet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN/TkNN).....	14
1.7.8 Tilbudet ved Sørlandet sykehus HF, Kristiansand.....	15
1.7.9 Tilbudet ved Oslo Universitetssykehus, inkludert craniofacialt team.....	16
1.7.10 Tilbudet ved TAKO-senteret.....	16
1.8 Hvor stort er det udekkede behovet og hvem trenger det?.....	17
1.8.1 Samarbeid sykehusodontologi.....	17
1.8.2 Munnen er en del av kroppen og den syke munnen har også en kropp.....	17
1.8.3 Kreft.....	18
1.8.4 Annen alvorlig somatisk sykdom.....	18
1.8.5 Isolerte munnhulelidelser.....	19
1.8.6 Traumer.....	19
1.8.7 Sedasjon/narkose.....	19
1.8.8 Barn.....	20
1.8.9 Habilitering.....	20
1.8.10 Psykiatri/rus.....	21
1.9 Prioritering.....	22
2. Hvordan er tilbudet i andre nordiske land.....	22
2.1 Sverige.....	22
2.2 Danmark.....	24
2.3 Finland.....	25
3. Helsedirektoratets vurderinger av orale helsetjenester på sykehus.....	25
3.1 Generelt om orale helsetjenester på sykehus.....	25
3.2 Oppgaver.....	26
3.3 Sykehusnivå.....	27
3.3.1. Sykehus med nasjonale- og flerregionale funksjoner.....	27
3.3.2. Sykehus med regionale, område og/eller lokale funksjoner.....	27
3.3 Prioritering av og samhandling rundt pasienter.....	28
3.4 Behov for kompetanse.....	29
3.5 Behov for lokaler og utstyr.....	30
3.6 Organisatoriske forutsetninger.....	30

4. Forsøksordning med oppstart i 2012.....	31
4.1 Målsetting.....	31
4.2 Gode fagmiljø / samhandling	31
4.3 Sykehusnivå/region.....	32
4.4 Gradvis oppbygging	33
4.5 Erfaringer og systematisk kunnskapsoppbygging.....	34
4.6 Nødvendig behandling	35
4.7 Hvem trenger informasjon og hvordan nå dem?	36
4.8 Pasientforløp.....	37
4.9 Behov for utstyr og personell	38
4.10 Kostnader ved oppbygging av forsøksordningen.....	38
4.11 Finansiering av pasientrettet arbeid i forsøksordningen.....	39
4.12 Kompetansemessige utfordringer	40
4.13 Kriterier for valg av forsøkssykehus	41
4.14 Evaluering av forsøksordningen.....	41

1. Bakgrunn

1.1 Mandat

I april 2011 ga Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag å utforme en beskrivelse av en forsøksordning med tannhelsetjenester organisert i tverrfaglig miljø i sykehus. Oppdraget er gitt som oppfølging av St.mld. nr 35 (2006-2007), *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester*. I denne meldingen fremgår det blant annet at tannhelsetjenester for innlagte pasienter på sykehus er mangelfull, og at det er stort behov for kunnskapsoppbygging når det gjelder slike tjenester. I Innst. S nr 155 (2007-2008) sier Helse- og omsorgskomiteen seg enig med de ulike høringsinstanser om tannhelsetjenester på sykehus, og viser til Tannhelseutvalgets forslag (NOU 2005:11) om en forsøksordning for dette. Komiteen konstaterer også at tannhelsefeltet har problemer med hensyn til organisering og samhandling og etterlyser en bedre kommunikasjonslinje mellom fylkeskommune og spesialisthelsetjenesten, slik at pasienter som i dag faller mellom to stoler, hadde fått bedre behandling. Oppdragsbrevet peker også på at Helse- og omsorgskomiteen i sin Innst. 212 S (2009-2010), jf St.mld. nr 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, mener det er en utfordring at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok. Helsedirektoratet har også i brev av 28.september 2010 med vedlegg gitt en oppsummering av foreliggende kunnskap angående tannhelsetjenester på sykehus, og en vurdering av kunnskapsgrunnlaget. Det framgår av redegjørelsen at det er stor variasjon i tilbudet av tannhelsetjenester på sykehus både når det gjelder omfang, innhold og organisering. Videre at det er indikasjon for at mange sykehuspasienter ikke får den tannhelsehjelpen de har behov for.

Beskrivelsen skal minst inneholde:

- Organisatoriske, utstyrsmessige og kompetansemessige forutsetninger som må være til stede for å kunne tilby et tverrfaglig tilbud om odontologisk behandling på sykehus til pasienter hvor denne "behandlingen har sammenheng med medisinsk behandling i sykehus", uavhengig av alder. Den odontologiske behandlingen skal omfatte både virksomheter som forutsetter spesialistkompetanse og andre odontologiske tjenester. Videre skal nødvendigheten av aktuell samhandling med fagmiljøer/helsetjenester utenfor sykehuset også inngå i beskrivelsen. Det skal utarbeides standarder for pasientforløp.
- Hvilke sykehusavdelinger som er aktuelle for forsøk.
- Behovet for ulike forsøksordninger avhengig av type sykehus.
- Nødvendig samarbeid mellom forsøkssykehus og kjeve-/oralkirurgiske avdelinger/enheter på sykehus, med regionale odontologiske kompetansesentre og med medisinsk/odontologisk fakultet.
- Rekrutteringsmessige forutsetninger for å etablere forsøk.
- Struktur for systematisering av kunnskapsoppbygging i forsøksordning hvor funn, erfaringer og data fra ordningen gir ny kunnskap om behov for odontologiske tjenester på sykehus, type og omfang av behandling i tverrfaglig miljø, og systematisk samarbeid med fagmiljøer utenfor sykehus, dvs. både tannhelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Kunnskapsoppbyggingen må også omfatte kompetansemessige forutsetninger og økonomisk/administrative konsekvenser av slik karakter at det kan utgjøre grunnlagsmateriale for å vurdere eventuelle lovendringer når det gjelder rettigheter til spesialiserte tannhelsetjenester/tannhelsetjenester på sykehus.
- Aktuell evaluering av forsøksordningen.

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

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

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

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

Helsedirektoratet mener at forsøksordningen også må omfatte pasienter med kompliserte tilstander i munnhulen, selv om pasientene ikke har behov for andre tjenester i sykehuset. Det gis eksempler på aktuelle tilstander som kan kreve et slikt tilbud i avsnitt 1.8.5.

1.2. Organisering av arbeidet

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

1.3 Terminologi

Som det fremkommer senere i dokumentet vil tilbud om tannhelsetjenester i sykehus inkludere undersøkelse og behandling av hele munnen, noen ganger også omliggende vev, og tilnærmingen må være tverrfaglig. Begrepene "tannhelse" og "tannhelsetjenester" er innarbeidede begreper, som for tannleger betyr mer enn kun tenner. Den samme forståelse er antagelig ikke like godt innarbeidet i andre fagmiljø i sykehus eller hos brukere.

Helsedirektoratet anbefaler derfor å bruke begrepene "oral helse" og "orale helsetjenester i sykehus". Det har vært ført en lignende diskusjon i Sverige etter et tilsyn Sosialstyrelsen hadde med enheter som jobbet med helse relatert til munn og tenner. Da ble det diskutert om ordet "munnhelse" er bedre enn "tannhelse", fordi man da markerer at fagfeltet dekker hele

munnen¹. I 2010 ble for øvrig de gamle foreningene Svensk sjukhustandläkarforening og Svenska Oralmedicinske selskapet slått sammen til en forening under navnet Svensk förening for Orofacial medicin. Orofacial medicin er definert prevensjon, diagnostikk og behandling av komplekse orale tilstander relatert til system sykdommer og/eller funksjonshindringer. Man kan eventuelt vurdere å bruke denne terminologien også i Norge.

1.4 Bakgrunnsdokumenter

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

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

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

De viktigste tiltakene som skisseres i reformen er:

- Å skape klarere pasientroller og fokusere på helhetlige tjenester..
- Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet)
- Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter
- Utvikle spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- Framtidige prioriteringsbeslutninger skal rettes inn mot helheten i de pasientforløp som svarer på de aktuelle behovene.

Tannhelse er ikke nevnt spesielt i stortingsmeldingen, noe helse- og omsorgskomiteen spesielt tok opp i Innst. 212 S jf St.meld. nr 47: "Tannhelse er, slik komiteen ser det, et viktig forebyggende tiltak som kan hindre innleggelser og plager for den enkelte. Sykdommer i munnhulen påvirker den allmenne helsetilstanden på samme måte som annen sykdom, og dårlig tannhelse er en risiko for utvikling av andre sykdommer ved at bakterier spres gjennom blodomløpet. Ved kroniske somatiske sykdommer kan grunnlidelsen eller medisinbruk på grunn av sykdommen føre til økt risiko for tannskader og sykdom i munnhulen. Både når det gjelder ernæring, velvære og psykisk helse, er en god tannhelse viktig. Komiteen viser for øvrig til behandlingen av St.meld. nr. 35 (2006–2007), Framtidens tannhelse, og Innst. S. nr. 155 (2007–2008), der det blant annet ble påpekt av komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre «at tannhelsefeltet har problemer med hensyn til organisering og samhandling. Det burde vært en

¹ Socialstyrelsen, Sverige (2005). Munnen – en del av kroppen Tillsyn i västra Götaland och Halland med inriktning på munvård för barn och ungdomar med funktionshinder

bedre kommunikasjonslinje mellom forvaltningsnivåene, slik at pasienter som i dag faller mellom to stoler, hadde fått bedre behandling". Videre: "Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at det må fremmes en egen sak om tannhelse i lys av samhandlingsreformen med tanke på organisering og oppgavedeling.

I planleggingen av orale helsetjenester i sykehus må det ta hensyn til sykehusenes funksjoner og hvordan de vil utvikle seg i fremtiden. I St.mld 16 (2010-2011), Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) beskrives hvordan regjeringen vil at spesialisthelsetjenesten skal utvikle seg i fremtiden: De regionale helseforetakene videreføres og skal fungere som redskap for å gjennomføre nasjonal helsepolitikk og skal, gjennom sitt sørge-for-ansvar, sikre spesialisthelsetjenester til hele befolkningen i sin region. De regionale helseforetakene eier underliggende helseforetak, det vil si somatiske og psykiatriske sykehus og en rekke andre institusjoner i spesialisthelsetjenesten. En desentralisert sykehusstruktur skal fortsatt ligge til grunn og lokalsykehusene skal videreutvikles for å ha en viktig funksjon i den helhetlige helsetjenesten også i fremtiden. Regjeringen har foreslått at lokalsykehus minst skal inneholde tilbud om døgnbehandling innen spesialisthelsetjenesten, et bredt tilbud av dagtjenester, tilgang til nødvendig kompetanse for rask og effektiv diagnostikk, et lokalt tilpasset akuttilbud og jordmortjeneste. Det er i dag variasjon i tilbudet ved de ulike lokalsykehusene.

Pasienter som ikke kan tas hånd om i lokalsykehus tas hånd om på høyere nivå, dvs. sykehus med område-, regionale-, flerregionale-, eller nasjonale funksjoner. Flere sykehus har funksjoner på flere nivå.

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

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

Statens folkhälsoinstitut i Sverige påviste i en rapport fra 2008 at mer enn ti ganger så mange personer med funksjonsnedsettelse har dårlig tannhelse sammenliknet med den øvrige befolkningen. De går også sjeldnere til tannlege enn den øvrige befolkningen².

Socialstyrelsen i Sverige gjennomførte i første halvdel av 2000-tallet et ettersyn med instanser som jobber med barns munnhelse, dvs. habiliteringstjenester, allmenntannhelsetjenesten og spesialistklinikker i pedodonti. Bakgrunnen var at barn og ungdom med medfødte eller ervervede funksjonshemminger kan ha øket risiko for utvikling av munnsykdommer og orale funksjonsforstyrrelser som krever et tverrfaglig samarbeid for å løse. De konkluderte med at det er helt nødvendig med et økt og strukturert samarbeid mellom habiliteringen og tannhelsetjenesten omkring barn og unge med funksjonshemminger¹. Samarbeid er nødvendig for at man tidlig skal kunne identifisere behov og vanskeligheter i arbeidet med å holde munnen frisk, motvirke sykdomsutvikling og forbedre orofacial funksjon. Samarbeid rundt det

² Statens folkhälsoinstitut, Sverige (2008) Onödig ohälsa Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning

enkelte barn bør starte tidlig. Socialstyrelsen har også beskrevet at tannbehandlingstilbudet til hjerneslagpasienter ikke er tilfredsstillende i Sverige, og anbefaler at alle disse pasientene må tilses av tannlege eller tannpleier innen et år etter de ble syke. Bakgrunnen er at mange etter et slag får nedsatt evne til egenomsorg³

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

1.5 Rettslig grunnlag m.m.

a) Gjeldende rett

Den offentlige tannhelsetjenesten (fylkeskommunen) skal etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til barn og ungdom, psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon samt grupper av eldre, langtidssyke, uføre i institusjon og hjemmesykepleie, uansett varighet. Dette gjelder også institusjoner i spesialisthelsetjenesten og institusjoner som har avtale med helseforetak/RHF.

Formålet med LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) er å fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning, bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, til et likeverdig tjenestetilbud, til at ressursene utnyttes best mulig, til at tjenestetilbudet tilpasses pasientenes behov og at tjenestetilbudet er tilgjengelig for pasientene. Det er helseforetakenes ansvar at befolkningen i regionen blir tilbudt spesialisthelsetjenester. Loven slår også fast at sykehusene har ansvar for pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Lov-1999-07-02-63 Pasientrettighetsloven slår fast at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Prioriteringsforskriften (FOR-2000-12-01-1208) utdyper dette ved at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp når

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

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

FNs barnekonvensjon fastslår at psykisk og fysisk funksjonshemmede barn har rett til å leve et fullverdig og anstendig liv under forhold som sikrer dets verdighet, fremmer selvtilit, og letter

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

barnets aktive deltakelse i samfunnet. Et funksjonshemmet barn har rett til særskilt omsorg. Barnet skal få undervisning, opplæring, helsetjenester, rehabiliteringstjenester, forberedelse til arbeidslivet og rekreasjonsmuligheter for å oppnå best mulig integrering og individuell utvikling. Barn har rett til å få den best mulige medisinske behandling og hjelp til å komme seg etter sykdom. Staten skal arbeide for å redusere spedbarns- og barnedødelighet, sikre at alle barn får nødvendig legehjelp, gi god helsemessig omsorg til mødre etter fødselen, bekjempe sykdom og gi orientering og utdanning om helse og riktig ernæring.

b) Annet

Dersom orale helsetjenester inkluderes i spesialisthelsetjenesten må den rettslige status avklares nærmere konkret.

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

Individuell plan ikke nevnes i ikke eksplisitt i tannhelsetjenesteloven. Det fremkommer imidlertid i Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) at blant andre en rekke fylkeskommuner og kommuner, Tannlegeforeningen og Helsedirektoratet, mener at forholdet til tannhelsetjenesten bør vurderes i lovforslaget om individuell plan. Helsedirektoratet uttaler her at:
«Tannhelsetjenester hører med i et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuer med store behov for omsorgstjenester har ofte store behov for tannhelsetjenester. Individuell plan synes å være et godt redskap for å nå de med store behov for tannhelsetjenester. Kommunen bør samarbeide med tannhelsetjenesten og lage rutiner på dette.»

1.6 Finansiering av pasientbehandling av pasientbehandling i tilbud om orale helsetjenester i sykehus. Dagens regelverk

I dag er finansieringssystemene for pasientbehandling i stor grad forskjellige i tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Nedenfor skisseres regelverket som er aktuelt i forsøksordningen.

1.6.1 Finansiering av somatisk pasientbehandling i sykehus

Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning. I 2011 er basisbevilgningen 60 prosent og den aktivitetsbaserte bevilgningen 40 prosent. Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes bl.a. av antall innbyggere i en region og dens alderssammensetning, og er uavhengig av produksjon av helsetjenester.

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

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

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

DRG	DRG-navn	Vekt	Type
168	Prosedyrer i munnhulen m/bk*	2,388	Kirurgi
169	Prosedyrer i munnhulen u/bk*	0,965	Kirurgi
169O	Prosedyrer i munnhulen, dagkirurgisk behandling	0,321	Kirurgi
185	Tann/munnhulesykdom ekskl tannuttrekking > 17 år	0,690	Medisinsk
186	Tann/munnhulesykdom ekskl tannuttrekking 0–17 år	0,475	Medisinsk
187A	Tannuttrekking og restaurering	0,431	Medisinsk
187E	Tannimplantatbehandling	0,127	
187O	Annen poliklinisk tannbehandling	0,028	

*m/bk og u/bk = med og uten komorbiditet eller komplikasjoner

Det er dermed mulig å finansiere deler av oral helsetjeneste i sykehus via DRG-systemet. Refusjonstaksten i 2011 er 36.968 (ved DRG =1) og det refunderes 40 % av dette.

Poliklinikkforskriften (FOR 2007-12-19 nr 1761) fastslår at det er anledning til å kreve egenandel fra pasienter som behandles poliklinisk, blant annet ved «undersøkelse, behandling eller kontroll utført av relevant legespesialist, psykologspesialist eller tannlegespesialist, eller som er utført av leger, psykologer og tannleger uten eller under spesialisering, spesialist i allmenntannlege, sykepleiere, jordmødre og audiografer». Denne egenandelen er i dag fastsatt til 307 kroner og inngår i egenandelstak 1.

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

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

1.6.2 Folketrygdens regler om tannbehandling

Hensikten med folketrygdens regler om tannbehandling er å gi hel eller delvis støtte til grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov. Trygderefusjonen er begrenset til undersøkelse og behandling av sykdommer eller skade, forebyggende behandling dekkes dermed ikke. Stønad gis bare de som ikke har rettigheter i følge annen lovgivning. I Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom (FOR 2007-12-13 nr 1412) defineres de aktuelle gruppene som det ytes stønad til:

1. Sjelden medisinsk tilstand
2. Leppe-kjeve-ganespalte
3. Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller i hoderegionen for øvrig
4. Infeksjonsforebyggende behandling
5. Sykdommer og anomalier i munn og kjeve
6. Periodontitt
7. Tannutviklingsforstyrrelser
8. Bittanomalier
9. Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon
10. Hyposalivasjon
11. Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer
12. Tannskade ved godkjent yrkesskade
13. Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade
14. Manglende evne til egenomsorg ved varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne.

I forskriften gis utfyllende bestemmelser som ikke utdypes her.

Forskriften fastsetter videre at "utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege i helseforetak dekkes etter forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 (poliklinikkforskriften). Dersom behandlingen/undersøkelsen ikke dekkes etter forskrift 19. desember 2007 nr. 1761, kan det ytes stønad etter bestemmelsene i denne forskriften". Da poliklinikkforskriften medfører at refusjon ikke ytes etter denne når henvisning kommer fra tannlege vil behandling av mange pasienter i en forsøksordning, slik den er skissert fra Helsedirektoratet, kunne dekkes via Folketrygden.

1.6.3 Fylkeskommunens ansvar

Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi regelmessig og oppsøkende tannhelsetjenester til prioriterte grupper (se avsnitt 1.4). I følge Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i Den offentlige tannhelsetjenesten (FOR 1984-05-24) § 2, skal tannbehandling som har sammenheng med eller påvirker den sykdom pasienten er innlagt for eller får pleie for ytes vederlagsfritt selv om institusjonsoppholdet eller pleien ikke har vart i tre måneder. Det er grunn til å anta at denne paragrafen benyttes i liten grad i dag. Som nevnt i avsnittet over har ikke personer som kommer inn under Lov om tannhelsetjenesten rettigheter etter Lov om Folketrygd.

Forslag til hvordan finansiering av pasientbehandling i forsøksordningen kan løses gis i avsnitt 4.11.

1.7 Eksisterende tilbud om orale helsetjenester i norske sykehus

1.7.1 Spørreundersøkelse til landets sykehus og fylkestannleger

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

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

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

Elleve av 17 fylkestannleger mente tjenestetilbudet på sykehus var underdimensjonert, mens 4 mente tilbudet var tilfredsstillende. Også mange av sykehusene (57 % av de som responderte) mente tilbudet var for lite, og 22 sykehus mente det var behov for egne, spesialutdannede sykehustannleger. Tretten sykehus svarte ikke på spørsmålet om dette eller mente de ikke kunne ta stilling, mens ni sykehus ikke så behov for egne sykehustannleger. Det er også publisert en artikkel om denne undersøkelsen⁴ hvor det fastslås at det er problemer med organisering av de mest krevende oralmedisinske og odontologiske tilbudet og at mange pasienter med alvorlige tilstander sannsynligvis ikke får det tannhelsetilbudet de trenger. Det fremkom også at det med unntak av et fåtall sykehus var åpenbart at sykehusene ikke fungerte som en siste henvisningsinstans for pasienter det er vanskelig å behandle andre steder. Det savnes hensiktsmessig organisasjon, personalressurser og finansiering for å kunne inkludere orale helsetjenester til sykehusenes helsetilbud. Det finnes lite informasjon om hvor den mest krevende tannbehandlingen tas hånd om i de ulike regioner.

1.7.2 Samhandlingsprosjekter i Buskerud

Det er igangsatt et samarbeidsprosjekt mellom Tannhelsetjenesten i Buskerud FKF og Barneavdelingen og Habiliteringsavdelingen, Vestre Viken HF. Hensikten med prosjektet er å kartlegge eksisterende rutiner for henvisning og oppfølging mellom Barneavdelingen og Habiliteringsavdelingen, og kommunehelsetjenesten samt å etablere rutiner for samarbeid og samhandling og henvisnings- og oppfølgingsrutiner mellom Barneavdelingen og Habiliteringsavdelingen og tannhelsetjenesten. Prosjektet er i gjennomføringsfasen og skal slutføres i 2012. Helsedirektoratet har mottatt foreløpige resultater fra spørreundersøkelser rettet mot ansatte på Barneavdelingen og Habiliteringsavdelingen (barn). På Barneavdelingen var det 66 ansatte som svarte på spørreundersøkelsen, 46 sykepleiere, 8 hjelpepleiere og 12 leger. Åtte hadde videreutdanning i onkologi eller pediatri. Femtiseks rapporterte at de hadde fått opplæring i tann- og munnstell under utdanningen sin, men kun et fåtall hadde fått slik opplæring på arbeidsplassen. Litt over halvparten mente de hadde god nok kompetanse til å utføre tann- og munnstell på pasienter, men dette utføres i størst grad av pasientene selv eller deres foresatte. Halvparten av respondentene hadde opplevd at pasienter hadde plager i tenner eller munnhule under behandling eller utredning og litt under halvparten hadde kjennskap til følgetilstander i tenner og munnhule for ulike pasientgrupper. Femtitte svarte at de hadde behov for å øke sin kompetanse på dette området. Nitten hadde henvist pasienten til tannlege (offentlig, privat, i sykehus eller til TAKO-senteret). Tilsvarende spørreskjema ble besvart av 12 personer som jobbet på Habiliteringsavdelingen (barn), fordelt på syke-, verne- og hjelpepleiere, fysioterapeuter og psykologer. Da disse i stor grad drev poliklinisk virksomhet var en del spørsmål ikke relevante, men åtte respondenter oppga at de hadde behov for å øke sin kompetanse på området. Åtte hadde også henvist pasienter til tannhelsetjenestetilbud på grunn av plager eller følgetilstander i munnhulen. Disse resultatene antyder at det finnes udekkede behov blant alvorlig syke og funksjonshemmede barn. På bakgrunn av resultater av

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

spørreundersøkelsen, er det gjennomført undervisning og veiledning av pleiepersonell, og en ressursgruppe bestående av representanter fra Barneavdelingen og prosjektleder lager veiledende rutiner for tann- og munnstell. Erfaringer fra samarbeidsprosjektet i Buskerud så langt, viser at det har vært lite fokus på oral helse blant helsepersonell. Etter gjennomført veiledning og undervisning blant helsepersonell på Barneavdelingen er tilbakemeldingen at de vurderer det som en faglig oppdatering og utvikling, og at de føler seg inkludert ved deltagelse. Det er et mål at helsepersonell skal vurdere å henvise aktuelle pasienter til tannhelsetjenesten på hjemstedet, og det er helt avgjørende at helsepersonell har kompetanse på å utføre tann- og munnstell.

Tannhelsetjenesten i Buskerud FKF innledet i 2009 også et forpliktende samarbeid med Lærings- og mestringssenteret ved Drammen sykehus. Det er senere opprettet samarbeid med Lærings- og mestringssenteret ved Ringerike sykehus. Tannpleier bidrar med fast undervisning/veiledning av pasienter med type 1 og 2 diabetes på alle startkurs. I tillegg er forebyggende tannhelseinformasjon på nyreskolen, og et samarbeid med slagforum under planlegging. Lærings- og mestringssentrene er en arena hvor man møter mange brukere som er i kontakt med primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Med utgangspunkt i samhandlingsreformen er det planlagt flere lokale Lærings- og mestringssentre ved de kommunale helse og omsorgssentre, og disse er potensielle samarbeidspartnere for både tannhelsetjenesten og oral helsetjeneste i sykehus.

1.7.3 Kjevekirurgi og oral kirurgi/oral medisin

Det odontologiske tilbudet som er best utbygget og integrert i norske sykehus i dag er kjevekirurgi /oral kirurgi /oral medisin. I St.mld. nr. 35 fremkommer at ca 15 sykehus i Norge har en kjevekirurgisk/ oral kirurgisk avdeling. Ved de fleste av disse er spesialister i oral kirurgi og oral medisin. Disse spesialistene tar hånd tann-, kjeve- og ansiktstraumer og deltar i det tverrfaglige traumeteamet. De gjør også elektiv kirurgi poliklinisk (fjernelse av cyster, biopsier, etc) og hvor det kreves innleggelse (ortognat kirurgi, rekonstruktiv kirurgi, kjeveleddskirurgi, særlig komplisert rehabilitering med implantater med mer (Grønningsæter et al, 2004).

1.7.4 Narkosebehandling

Som nevnt i teksten over foregår det tannbehandling i narkose ved flere sykehus i Norge, og alle fylker har mulighet for å behandle pasienter i narkose, selv om kapasiteten varierer mellom fylkene. Årsmeldinger fra tannhelsetjenesten / årsmeldinger for alle fylker gir informasjon om tilbudet som gis i fylket. Noen fylker har jobbet aktivt for å øke kapasiteten for tannbehandling i narkose, da man har sett at ventetidene har vært svært lange. Ut i fra tall innmeldt til databasen Kostra (Kommune-Stat-Rapportering) og tannhelsetjenestens egne årsmeldinger kan det beregnes at den offentlige tannhelsetjenesten behandler fra 0,1 % (Oslo) til 0,5 % (Sogn og Fjordane) av sitt prioriterte klientell i narkose. I 2010 ble totalt 3032 pasienter behandlet i narkose i regi av DOT. Det synes vanskelig å få raskt time for akutt behandling i narkose. I følge tall fra Kostra varierte andelen henviste pasienter som måtte vente mer enn 3 måneder på tannbehandling i narkose fra 0 – 100 %. Gjennomsnittlig andel som måtte vente over tre måneder blant de fylkene som rapporterte tall var 50 %. Det fremkommer ikke av tallene fra Kostra hvor mye lenger enn 3 måneder disse pasientene måtte vente på behandling. Det er allikevel slik at akutte behandlinger ofte prioriteres og i Oslo har var korteste ventetid for behandling i narkose 10 dager i 2010 (personlig kommunikasjon). Dette er, til tross for at dette er svært kort ventetid sammenlignet med gjennomsnittet, lang tid for personer med

smerter eller behov for tannbehandling på grunn av traume. I sistnevnte tilfelle vil en så lang ventetid kunne føre til tap av tenner som med adekvat behandling kunne vært reddet.

1.7.5 Tilbudet ved Haukeland Universitetssykehus

Haukeland er et av få norske sykehus som har ansatt sykehustannlege. Tannklinikken ved Haukeland er en integrert del av kjevekirurgisk poliklinikk og er bemannet med en tannlege, 1,5 tannpleiere og en tannhelsesekretær. Tilbudet ble opprettet i 1983 og det foreligger en samarbeidsavtale mellom sykehuset og den offentlige tannhelsetjenesten. De ansatte ved tannklinikken er tilknyttet Hordaland fylkeskommune i sine hovedstillinger. Tannlegen og tannpleier i fulltidsstilling har i tillegg 20% konsulentstilling i helseforetaket og er dermed sikret tilgang til alle journalsystemer ved sykehuset. Teamet har flere oppgaver, som oral screening og nødvendig behandling av alle pasienter som skal ha organtransplantasjoner, større hjertekirurgi, høydose cellegiftbehandling og strålebehandling mot hode og / eller hals. De tilser pasienter som får problemer fra munnhulen under kreftbehandling, gjør akuttbehandling på inneliggende pasienter og gjør protetiske rekonstruksjoner, av munn og ansikt. Tannpleieren driver forebyggende behandling. Det drives også undervisning for annet helsepersonell både internt i sykehuset og ved forskjellige utdanningsinstitusjoner, og utarbeides skriftlig informasjonsmaterieill til forskjellige pasientgrupper. Teamet samarbeider med forskjellige prosjektgrupper rundt utarbeidelse av arbeidsrutiner ved sykehusavdelinger, og driver rådgivning til behandlere utenfor sykehuset. Det drives også noe forskning ved avdelingen.

1.7.6 Tilbudet ved St. Olav hospital

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

1.7.7 Tilbudet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN/TkNN)

Det er samhandling mellom tannhelsetjenesten og sykehusene i Troms i dag på følgende områder:

- Oral kirurgi
- Pedodonti-team
- Sykehustannlege team UNN Tromsø (somatikk)
- Sykehustannlege team UNN Åsgård sykehus (psykiatri)
- Tannbehandling i narkose
- RVTS

TkNN er lokalisert sammen med Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Tromsø. "Tannbygget" som huser disse to institusjonene ligger nært UNN, men ikke inne i sykehuset, Det er ansatt to spesialister i oral kirurgi på TkNN (100 % + 80 %). I tillegg er det ansatt to oral kirurger bl.a. som mentor i deltidsstilling. Den kirurgen som er ansatt i 80 % stilling, har

deltidsstilling på UNN (40 %). Denne oralkirurgen har også beredskapstillegg for å rykke ut til UNN ved behov. På TkNN er det fire operasjonsstuer og det er ansatt operasjonssykepleier i tillegg til tannhelsesekretærer. Det gis foreløpig ikke generell anestesi på TkNN. Flaskehalsen på UNN er operasjonsstuer og anestesipersonell.

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

Det har vært opprettet stilling for sykehustannlege ved UNN Tromsø forholdsvis lenge (ca 20 år). Det er Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms som er arbeidsgiver. Til å begynne med var stillingsprosenten på 40 %. Nå er stillingen 100 % og knyttet til TkNN. Sykehustannlegen har for tiden permisjon fra stillingen for å ta spesialistutdanning i klinisk odontologi. På grunn av dette forholdet markedsføres ikke tjenestene aktivt for tiden. Tilbudet til sykehuset er allikevel opprettholdt gjennom samarbeid mellom oralkirurger, allmenntannlege og sykehustannlegen. Eterspørselen er økende.

Det har vært opprettet stilling for allmenntannlege ved Åsgård sykehus svært lenge (siden 70-tallet). Stillingen som sykehustannlege var på 50 %. Det er egen tannklinik på sykehuset hvor pasientene blir behandlet. Antallet institusjonsplasser i psykiatrien er siden den gangen nedbygd. Det har vært en periode på grunn av generell tannlegemangel hvor pasientene ikke har blitt behandlet i sykehusets lokaler, men nå er tilbudet reetablert. Personellbruken er i dag 20 % tannlege og 20 % tannpleier og 60 % tannhelsesekretær.

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

1.7.8 Tilbudet ved Sørlandet sykehus HF, Kristiansand

Ved Sørlandet sykehus har arbeider det en allmenntannlege 2 dager per uke, og tilbudet har eksistert i ca 20 år. Tannlegen er ansatt av DOT og gjør tannbehandling i narkose halvparten av denne tiden og resterende tid brukes til tjenester for sykehusets avdelinger. Det er ikke knyttet tannpleier til teamet. Tannlegen har også en "tilsynsfunksjon" og konsulteres direkte fra leger som ønsker tilsyn og utredninger i forbindelse med annen behandling i sykehuset. Dette er et tilbud som ikke offisielt er kunngjort fra ledelsen ved sykehuset, og informasjon er spres mer eller mindre ved "munn-til-munn" metoden. Det er DOT som har investert i alt behandlingsutstyr som benyttes ved sykehuset og kjøper også alt engangsutstyr til behandling, men det foreligger en velfungerende oppgjørsordning. DOT faktureres ikke for anestesitjenester, selv om det er et tema som regelmessig tas opp til diskusjon.

Teamet har eget kontor for administrasjonsarbeid med fullt datautstyr oppkoblet mot DOTs elektroniske journalsystem (OPUS). Aktiv behandling utføres på egen operasjonsstue der det er tilgang til EPJ og røntgenutstyr. Tannlegen har også tilgang til sykehusets EPJ, slik at tannlegen er underlagt samme kvalitetssikring og rutiner som leger ved behandling av pasienter som trenger narkose. Teamet mottar årlig mange henvisninger fra anestesivdelingen med forespørsel om dokumentasjon av tannskader som har oppstått under intubasjon. Det tilrettelegges også for undervisning for anestesipersonalet vedrørende forsiktighetsregler ved porselensarbeider, implantater, periodontitt og lignende. Det mottas ukentlig henvisninger fra andre avdelinger med spørsmål om utredning av mulige odontogen

årsak til infeksjon, tannskader etter ulykker og vold, smerteutredninger og lignende. Øre-nese-halsavdelingen har spesialistkandidater som teamet samarbeider med vedrørende mulige odontogen årsak til tilstander i hode og halsområdet. Det er også samarbeid med alderspsykiatrisk avdeling og avdeling for rehabilitering. Videre er det samarbeid med kjevekirurgisk seksjon ved Sørlandet sykehus HF, Arendal og tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør.

1.7.9 Tilbudet ved Oslo Universitetssykehus, inkludert craniofacialt team

Ved Oslo universitetssykehus er det en relativt stor avdeling for kjevekirurgi og sykehusodontologi hvor det er ansatt leger, oralkirurger, kjeveortopeder, protetikere og allmenntannlege i tillegg til operasjonssykepleiere og tannhelsesekretærer. Avdelingen er Norges største innen fagområdet maxillofacial kirurgi og foretar all behandling av pasienter som innlegges med brudd og sårskader i ansiktet etter ulykker og skader. Avdelingen operer også omtrent 250 pasienter årlig med skjelettavvik i ansiktet. En egen seksjon lokalisert på OUS-Rikshospitalet har ansvar for pasienter med leppe-kjeve-ganespalter og inngår som et av to team i Norge som følger og behandler disse pasientene (det andre er lokalisert i helse Vest). Det er også en avdeling ved OUS-Rikshospitalet som tar seg av rehabilitering munn / ansikt etter cancerbehandling, andre følgetilstander etter kreftbehandling, screening og eventuell behandling av voksne som skal ha organtransplantasjon, tilsyn av pasienter fra andre avdelinger i sykehuset, temporomandibulære lidelser, dentoalveolær kirurgi, implantatbehandling med mer. Også ved OUS-Radiumhospitalet der det er ansatt oral kirurg, allmenntannlege, tannpleier tannhelsesekretær, alle i deltidstillinger. Det er ingen ekstra tilbud til barn ut over kirurgi og narkosebehandling som utføres av DOT.

1.7.10 Tilbudet ved TAKO-senteret

TAKO-senteret (TAnnhelseKOmpetansesenteret) ved Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS) i Oslo er et nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne medisinske tilstander (SMT). Senteret samler kunnskap og forsker om orale problemstillinger knyttet til SMT, og videreformidler denne kunnskapen både til personer med sjeldne medisinske tilstander og deres pårørende og fagpersonell / studenter. Det gjøres også behandling i kompliserte tilfeller. De ansatte ved senteret representerer flere odontologiske spesialiteter i tillegg til at det er ansatt logopeder og fysioterapeut for en helhetlig tilnærming til munnhulen. Det foregår også nært samarbeid med leger både ved LDS og andre sykehus som Oslo Universitetssykehus. Da man ved Oslo Universitetssykehus /Rikshospitalet har spesialkompetanse på barneanestesi men ikke tannhelsepersonell som kan gjøre vanlig odontologisk behandling å på barn, reiser TAKO-senterets ansatte noen ganger per år til Rikshospitalet for å gjøre behandling i munnhulen på barn i narkose. Man forsøker da så lang råd er å koordinere dette med andre undersøkelser eller inngrep som må gjøres i narkose. Dette samarbeidet er tidkrevende og utfordrende, og en avdeling for orale helsetjenester inkludert i sykehuset ville enklere kunne samarbeide omkring slike problemstillinger. Tilknyttet avdelingen er også en sykehustannklinik med som tar seg av oral helse hos personer med psykiatrisk diagnose i kombinasjon med rusproblematikk (se også avsnitt (1.8.10)

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

1.8.1 Samarbeid sykehusodontologi

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

1.8.2 Munnen er en del av kroppen og den syke munnen har også en kropp

I dag er munnen fysisk, men ikke organisatorisk, en del av kroppen. "Munnen er en del av kroppen" er en velbrukt frase. En mindre brukt, men like relevant ytring er: "den syke munnen har også en kropp". Sykdom i munnen kan ha sammenheng med annen sykdom, og oral uhelse og behandling av dette kan påvirke generell almenntilstand. De fleste med behov for utredning eller behandling av tannhelseproblemer kan allikevel få dette i offentlig eller privat tannhelsetjeneste. Noen vil imidlertid ha behov for større og ofte tverrfaglig kompetanse for å kunne motta adekvat behandling i munnhulen, og noen av disse igjen vil ha behov for å få disse tjenestene i et tverrfaglig miljø i sykehus.

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

En rekke studier og rapporter har påvist sammenheng mellom tilstander i munnhulen og generell helse. Eksempelvis har flere studier funnet sammenheng mellom periodontitt (infeksjonsrelatert nedbrytning av tennenes støttevev) og økt risiko for kardiovaskulær, cerebrovaskulær og perifer arteriesykdom⁵. En motsatt problemstilling er når kroppens immunforsvar av en eller annen grunn er redusert og dermed fører til økt infeksjonsrisiko i

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

munnhulen som i resten av kroppen. Basert på litteratur og innspill fra referansegruppen skisseres det i den videre teksten eksempler på diagnoser og problemstillinger som kan trenge, helt eller delvis, å bli tatt hånd om i en avdeling/seksjon for orale helsetjenester i sykehus.

1.8.3 Kreft

Det er velkjent at kreftbehandling med cytostatika og/eller stråling mot hode/halsregionen kan gi akutte og kroniske bivirkninger i munnhulen. Pasienter som skal gjennomgå slik behandling bør være så friske som mulig i munnhulen før behandlingsstart for å unngå unødige komplikasjoner. Allikevel er det vist i en svensk doktorgradsstudie at leger og sykepleiere viser mindre interesse for munnhulen enn for andre deler av kroppen til pasienter som behandles for kreft⁶. I en norsk oversiktsartikkel konkluderes det med at slike problemstillinger krever et tverrfaglig samarbeid der odontologisk helsepersonell er en naturlig del av det onkologiske team. Det er også behov for økt kunnskap, informasjon og utdanning om orale problemstillinger ved kreft og kreftbehandling for å oppnå en optimal kreftomsorg. Munnhulen er særlig sårbar for skader etter cytostatika og strålebehandling, og de orale komplikasjonene kan være så alvorlige at kreftbehandlingsintensiteten må reduseres og i verste fall er ikke pasienten i stand til å fortsette behandlingen⁷. En arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet for å vurdere hvilke grupper kreftpasienter som har fått behandling som gjør at det kan være grunnlag for senere systematisk oppfølging for å fange opp og behandle seneffekter minner om at tannskader og tannkjøttssykdommer er vanlig hos en del kreftoverlevende, og at det er av betydning at slike forhold kan forebygges og saneres uten spesielle kostnader for pasientene⁸. Spesielle utfordringer er knyttet til kreftbehandling av barn, da mange former for kreft hos barn krever relativt omfattende behandling for å oppnå helbredelse. Barn er tre ganger mer utsatt for akutte orale bivirkninger av kreftbehandling enn voksne⁸. Barnets vekst og utvikling påvirkes av behandlingen. De har potensielt mange leveår foran seg og de er dermed enda mer utsatt for senvirkninger av kreftbehandlingen enn voksne⁹. Senvirkninger som rammer munnhulen er for eksempel vekstforstyrrelser i kjevene etter stråling og arrestert tannutvikling etter stråling og/eller cytostatikabehandling⁷.

1.8.4 Annen alvorlig somatisk sykdom

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

Socialstyrelsen i Sverige har i en nylig rapport konkludert med at tannbehandlingstilbudet til hjerneslagpasienter ikke er tilfredsstillende og anbefaler at disse pasientene må tilses av tannlege innen ett år etter at de ble syke. Bakgrunnen er at mange etter hjerneslag får nedsatt evne til egenomsorg. Mange andre tilstander medfører også redusert evne til egenomsorg. Noen av disse vil ha så alvorlig sykdom at det mest hensiktsmessige vil være å tilby tilsyn i

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

⁷ Eliting LS, Cooksley C, Chambers M et al (2003). The burdens of cancer therapy. Am Cancer Soc 98:1531-9

⁸ Allen G, Logan R, Gue S (2010) Oral manifestations of cancer treatment in children. A review of the literature. Clin J Oncol Nurs 14:481-90.

⁹ Helsedirektoratet (2010). Oppfølging av kreftoverlevende med særlig fokus på seneffekter. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av helsedirektoratet. Dokument på høring.

sykehus, selv om de fleste ville kunne motta tilbudet hos lokal tannlege. En god nok oral helsehjelp for slike pasienter vil uansett forutsette gode muligheter for samhandling mellom tannhelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

1.8.5 Isolerte munnhulelidelser

Noen lidelser rammer hovedsakelig munnhulen og er så alvorlige og/eller vanskelige at de krever utredning og behandling i et tverrfaglig tilbud i sykehus. Eksempler på slike lidelser inkluderer medfødte misdannelser, kompliserte smertetilstander og alvorlige slimhinnelidelser. Et eksempel som også tas opp i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet er medfødt mangel av mange tenner. Dette forekommer for eksempel ved syndromet ektodermal dysplasi, men kan også forekomme isolert. Den orale habiliteringen er like komplisert og krever like stor grad av tverrfaglighet om pasienten har en syndromdiagnose eller ikke. Det er viktig at slike pasienter følges kontinuerlig av tverrfaglig team fra barneårene til endelig oral habilitering i voksen alder. Slik systemet er i dag er det ingen slik kontinuitet, da pasientene fra de er 20 år ikke lenger har rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten og ofte må bruke private tannlegespesialister. Selv om tilstanden gir rettighet til å få dekket utgifter til tannbehandling via trygden medfører dagens system at pasientene må dekke store mellomlegg siden honoraret som private tannleger tar er langt høyere enn refusjonstakstene. I tillegg kan noen ha behov for narkose under den relativt belastende behandlingen som kreves (innsetting av tannimplantater), noe de må bekoste selv. Mange steder finnes ikke et tilbud om narkose for andre enn den offentlige tannhelsetjenestens prioriterte klientell.

Pasienter med tempuromandibulær dysfunksjon (TMD) kan også nevnes som eksempel. Dette er en stor gruppe pasienter, men kun et fåtall har så alvorlig TMD at de trenger behandling i spesialisthelsetjenesten. For noen pasienter er de kroniske smertene invalidiserende. Helsedirektoratet har i brev til helse- og omsorgsdepartementet av 05.02.2011 anbefalt at et dedikert helseforetak får i oppdrag å utrede og behandle personer med invalidiserende TMD, og at foretaket på sikt kan tenkes å være en nasjonal behandlingstjeneste for spesielle grupper TMD pasienter med særskilte kliniske problemer eller behandlingsresistans.

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

1.8.6 Traumer

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

1.8.7 Sedasjon/narkose

En del mennesker klarer ikke å gjennomføre behandling i munnhulen uten beroligende medikamenter (sedasjon) eller narkose. Sedativa til friske pasienter kan gis på et vanlig

tannlegekontor, mens bruk av sedasjon til personer med mer sammensatt og komplisert lidelse og all generell anestesi krever anestesipersonell til stede. Dette gjøres hovedsakelig på sykehus i Norge, og vil ikke i særlig grad kunne gjøres på lavere nivå. Det generelle utgangspunktet er at alle pasienter skal tilbys en form for behandling som er tilpasset deres mestringsnivå, og at behandlingen skal være minst mulig ubehagelig og mest mulig smertefri. I dette ligger ikke bare hensikten om å gjøre pasienten i stand til å mestre et aktuelt behandlingsbehov, men også målsetningen om å forebygge fremtidig angst og vegring for tannbehandling. De viktigste indikasjonene som angis for bruk av anestesi og sedasjon i tannlegepraksis kan deles i to kategorier som må sees i sammenheng med hverandre: 1) dårlig mestringssevne og 2) stort behandlingsbehov.

En publikasjon fra 2003 fastslår at behovet for tannbehandling i narkose i Norge antagelig er mye større enn tilbudet. En del fylkeskommuner har jobbet med å bedre tilbudet de senere år, men tilbudet er antagelig fortsatt underdimensjonert¹⁰, se ellers punkt 1.7.4.

1.8.8 Barn

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

1.8.9 Habilitering

Habilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltagelse sosialt i samfunnet. Begrepet knyttes vanligvis til bistand til personer med tidlig ervervede eller medfødte funksjonsnedsettelse. Det er kommunen som primært har ansvar for habiliteringstilbudet til den enkelte, men mange har behov for tilbud fra habiliteringsavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Eksempler på tilstander som utløser rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er mistanke om eller påvist gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming eller kognitiv svikt, omfattende språk- og kommunikasjonsvansker, demens, skader og sykdom i nerve- og/eller muskelsystemet, alvorlig adferdsvansker, og

¹⁰ Raadal M (2003). Sedasjon og anestesi ved tannbehandling – behov og tilbud. Vedlegg til Terapi anbefaling: Benzodiazepiner for kontroll av angst og vegring ved tannbehandling. Statens legemiddelverk, publikasjon 2003:03.

omfattende motorisk utviklingsforsinkelse/-forstyrrelse^{11, 12}. Oral helse og funksjon er svært viktig for sosial deltagelse og ivaretas for denne gruppen best i tverrfaglig miljø. Et tilbud om orale helsetjenester i sykehus vil være et viktig bidrag både når det gjelder utredning og behandling og samhandling med primærhelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Det er for eksempel mange brukere av habiliteringstjenesten som har behov for narkose ved behandling. Det kan være aktuelt å koordinere slik behandling med andre prosedyrer som krever narkose, og denne samhandlingen kan understøttes hvis habiliteringstjenesten er knyttet opp mot tilbudene i oral sykehustjeneste. Det er understreket tidligere fra Helsedirektoratet at det er tvilsomt om Fylkeskommunen har lykkes med sin plikt om å gi et oppsøkende tilbud til voksne med psykisk utviklingshemming, og et tilbud om orale helsetjenester i sykehuset kan bidra til å yte nødvendig helsehjelp til de med de mest sammensatte behovene.

1.8.10 Psykiatri/rus

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

Ved Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS) ble det i 2006 startet et sykehustannhelseprosjekt finansiert av daværende Helse Øst. Prosjektet varte i tre år, og var rettet mot pasienter tilknyttet LDS med rusavhengighet og psykiatridiagnose. Totalt 260 pasienter ble undersøkt og behandlet og det fremkom at det i gjennomsnitt var gått 5 år siden siste tannbehandling. Sekstio prosent oppga problemer med munntørrhet, de fleste i så uttalt grad at det var vanskelig å spise. Tannhelsen var dårlig og mange hadde smerter. I prosjektets sluttrapport ble det konkludert med at en sykehusforankret tannhelsetjeneste kan sikre personer med dobbeltdiagnose et bedre tannhelsetilbud, men at det er vanskelig å nå de aller svakeste med et slikt tilbud. Samarbeidet mellom sykehustannklinikken og øvrige enheter tilknyttet LDS førte til at mange pasienter med dobbeltdiagnosen rus/psykiatri ble i stand til å nyttiggjøre seg tannbehandlingstilbudet. Pasientene ga klart uttrykk for at tannbehandling var en viktig del av en vellykket totalrehabilitering og gjenintegrering i samfunnet. For å kunne gi et mer entydig og fullstendig bilde av tannhelsesituasjonen hos denne gruppen pasienter er det nødvendig med en mer omfattende undersøkelse. Helse Sør-Øst har etter endt prosjektperiode bevilget midler for en permanent sykehustannklinik ved LDS for samme målgruppe¹³.

¹¹ Helsedirektoratet (2010): Prioriteringsveileder Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten

¹² Helsedirektoratet (2010): Prioriteringsveileder Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten

¹³ Haugbo H et al. Rusavhengighet, psykiatri og oral helse. Rapport fra et sykehusprosjekt i Oslo. Nor Tannlegeforen Tidende 2010;120:912-7.

1.9 Prioritering

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

Vi trekker her frem hvordan man i Norrbotten i Sverige prioriterer pasienter med orale helseproblemer med utgangspunkt i funksjons- og prognostiske vurderinger¹⁴. I denne modellen plasseres pasientene i en av følgende grupper etter individuell vurdering. Ansvarsområdet til "sjukhustandvården" omfatter etter denne modellen gruppe 4, 3a, og 3b i nedadstigende prioritet:

- Gruppe 4 er pasienter som utsettes for medisinsk risiko eller kan få betydelig nedsatt allmenntilstand dersom behandling i munnhulen ikke gjennomføres.
- Gruppe 3a er pasienter med alvorlig, kronisk sykdom, ofte sammensatt sykdomsbilde og/eller funksjonshindringer og pasienter med alvorlig redusert autonomi
- Gruppe 3 b er pasienter med omfattende akutt eller kronisk sykdom og/eller funksjonshindringer og pasienter med begrenset autonomi og omfattende utrednings og rehabiliteringsbehov

- Gruppe 2a er pasienter med akutt eller kronisk sykdom og pasienter med redusert autonomi der det er utrednings- og rehabiliteringsbehov. For denne gruppen må det avgjøres i hvert enkelt tilfelle om det er behov for orale helsehjelp i sykehus eller ikke.

Etter denne modellen faller to grupper utenfor sykehusets ansvarsområde:

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

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

2. Hvordan er tilbudet i andre nordiske land

2.1 Sverige

I Sverige er landstinget lovpålagt å gi nødvendig tannbehandling til voksne og et tilbud i sykehusene er en selvsagt del av spesialisttannhelsetjenesten. Alle regionale sykehus har

¹⁴ Sörensen et al. Riktlinjer för omhändertagande av tandvårdspatienter med särskilda behov. Svensk Sjukustandläkartidning nr 3 2006:28-30

ansatte sykehustannleger og tannpleiere. Siden 1999 har sykehusene hatt et program for "Tandvård som ledd i sykdomsbehandling". "Sjukhustandvården" tilbyr nødvendig oralmedisinsk behandling og tannbehandling til voksne pasienter med svekket immunforsvar, pasienter med kreft i hode/hals, pasienter som skal gjennomgå hjertekirurgi og organtransplantasjoner og andre alvorlig syke pasienter. De tilbyr også behandling til pasienter som har vanskeligheter med å få dette andre steder pga psykiatriske diagnoser eller alvorlig angst for tannbehandling. Sykehustannlegene er en del av det medisinske teamet. Nesten all behandling er gratis for pasientene, på lik linje med annen somatisk behandling (Widström et al, 2010). Det finnes ca 175 sykehustannleger som fyller 130 heltidsstillinger i Sverige. Det tilsvarer ca 1,5 heltidsstillinger per 100.000 innbyggere (Håkansson et al, 2010). "Sjukhustandvården" støtter og kompletterer den øvrige tannhelsetjenesten, og mottar henvisninger både fra det medisinske miljø og offentlig og privat tannhelsetjeneste. I følge notat fra Helse- og omsorgsdepartementet får svenske sykehus ca 600 mill. kroner i statlige midler pr år til tannbehandling for pasienter på sykehus.

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

I Västra Götaland har man definert et nytt emneområde med kombinasjonen "sjukhustandvård og oral medicin", og kalt det "orofacial medicin" (se også avsnitt 1.3). De har fått til et vel utbygget treårig utdanningsprogram som omfatter både klinisk tjeneste og teoretisk utdanning i form av seminarer, egne kasusbeskrivelser, multidisiplinært samarbeid, planlegging av tannhelsetjenester, forebyggende arbeid, helseøkonomi, epidemiologi, etikk, vitenskapelige studier og praktisk undervisningstrening. Utdanningen ligner på flere måter den som gis i faget pedodonti, da dette også er en breddespesialitet der omsorg for alvorlig syke og funksjonshemmede barn har en viktig plass, sammen med behandling av barn som vegrer seg, tverrfaglig samarbeid, forebyggende arbeid med mer. I 2011 har fire landsting i samarbeid startet en lignende utdanning i Örebro.

I Sverige finnes det en eller flere spesialistklinikker for pedodonti i alle län, mange av disse er lokalisert på eller i nærheten av sykehus. Denne lokaliseringen fører til et godt samarbeid mellom pedodontist og det medisinske miljø.

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

De pasientgrupper som omfattes av ordningen er:

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

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

2.2 Danmark

Også i Danmark har lokale fylker siden 2007 vært forpliktet til å organisere oralmedisinsk spesialisttjeneste i sykehusene (Widström et al, 2010). Danmark har fem organisasjonsnivåer innen tannhelse, og "Specialtandplejen" (Special Care Dentistry) i hver kommune tar seg av forebygging og behandling av orale sykdommer hos personer med varig funksjonshemming, autisme, cerebral parese, psykisk utviklingshemming, barn med odontofobi og andre som krever ekstra kompetanse. Tilbudet er lagt til kommunene slik at det skal være kort vei for brukere til tilbudet. Man har i tillegg sett behovet for å organisere en regional "Specialtannpleje" med høyere ekspertise. Her tilbys utredning og behandlingsplanlegging rundt pasienter som behandles i de kommunale specialtandplejer. Regionene tilbyr også behandling i narkose i sykehusenes regi. For eksempel jobber 6 tannleger, 1 spesialtannlege og 3 tannpleiere i "Afdeling for regional specialtandpleje" i Region Midtjylland (opptaksområde: 1,2 millioner). Avdelingen har ca. 1.600 pasienter som får kontinuerlig og regelmessig tannpleie, og i 2010 ble det gjennomført tannbehandling i narkose på 350 voksne og 280 barn. Omtrent halvparten av barnepasientene var friske utenom sin orale sykdom og for disse var bruk av anestesi påkrevet på grunn av barnets umodenhet eller behandlingsangst.

I Danmark er det fem regioner, og i hver region finnes det en avdeling for kjevekirurgi. De kjevekirurgiske avdelinger utfører komplisert kjevekirurgi og ivaretar dessuten fokussanering og annen form for akutte orale tilstander, som oppstår mens pasienter er innlagte på sjukehus (Hovgaard, 2010).

På spesialtannpleieområdet er utfordringen i Danmark, at kommuner og regioner i varierende grad har bygget ut spesialtannpleietilbudet (faglig og geografisk). Det savnes dessuten en spesialistutdannelse på området.

For sykehuspasienter som under innleggelsen får behov for akutt tannlegehjelp er det ofte behov for relativ lang transport mellom det sykehuset pasienten er innlagt på til nærmeste sykehus som har en kjevekirurgisk avdeling. Det er ikke tannhelsepersonell i de fleste sykehus, dette fører til at munnhelse ofte blir lavt prioritert. Videre er det slik at tannlegene på de kjevekirurgiske avdelinger til daglig har andre hovedfunksjoner og derfor har lite trening i og mangler utstyr til å utføre vanlig tannbehandling (ex. endodonti), når det er behov for dette. (Hovgaard, 2010).

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

2.3 Finland

I Finland er primærhelsetjenesten, inkludert tannhelsetjenester, lokalisert i kommuner. Hver kommune tilhører et distrikt, og hvert distrikt har et sykehus som organiserer spesialiserte oralmedisinske tjenester og tannhelsetjenester. Både offentlige og private tannleger, samt spesialister i regionen kan henvise pasienter til disse sykehusene når de ikke selv kan behandle eller har behov for en konsultasjon hos spesialist. Distriktene tilhører igjen universitetssykehusregioner som tilbyr de mest avanserte tannhelsetjenestene. I Finland finner man derfor et spesialisert oralmedisinsk tilbud ved alle 21 distriktssykehus og alle fem universitetssykehus (Widström et al, 2010). I følge sykehusenes egen statistikk har 18 personer per 1000 innbyggere per år fått tann- eller munnpleie ved sykehusene. I tillegg har omtrent 1.5 personer per innbygger per år vært innlagt på sykehus for behandling av tenner eller munnhule. Disse pasientene debiteres enten en poliklinikkavgift per besøk eller det mottas døgnrefusjon som for andre pasienter i sykehuset.

3. Helsedirektoratets vurderinger av orale helsetjenester på sykehus

3.1 Generelt om orale helsetjenester på sykehus

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

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

Det er behov for å skaffe data før det kan vurderes endelig hvordan tilbudet skal dimensjoneres. Antagelig vil etterspørselen etter slike tjenester øke med tilbudet, og Helsedirektoratet ser for seg at tilbudet på sikt utvikler seg slik det har gjort i Sverige, med unntak av at orale helsetjenester til barn i sykehus organiseres i egen barneseksjon i det orale helsetilbudet, og ikke baseres på samarbeidsavtaler med den offentlige tannhelsetjenesten. Det er allikevel svært viktig å legge til rette for godt samarbeid mellom sykehus, tannhelsetjeneste og annen helse- og omsorgstjeneste.

3.2 Oppgaver

Sykehusenes oppgaver er nedfelt i Lov om spesialisthelsetjenester:

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

Ved å inkludere orale helsetjenester i sykehusene følger det at de samme oppgavene må ivaretas her som i resten av sykehuset.

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

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

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

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

Forskning: Det er allerede avdekket at kunnskap om behovene for orale helsetjenester i sykehus er mangelfull. Dermed vil dette være et høyaktuelt forskning/utredningstema i en

oppstartsfase. Ut over det finnes det en rekke gode eksempler på god klinisk forskning i sykehus, der oral helse er en parameter. Tverrfaglig samarbeid i forskningsprosjekter gir god kvalitet, men kan også være en god måte å bygge gode relasjoner mellom fagmiljøene. Dette kan igjen fremme godt tverrfaglig samarbeid rundt de andre oppgavene som skal løses i sykehuset.

Opplæring av pasienter og pårørende:

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

3.3 Sykehusnivå

3.3.1. Sykehus med nasjonale- og flerregionale funksjoner

Noen pasienter har tilbud i sykehus med nasjonale eller flerregionale funksjoner, og oral uhelse kan være kompliserende faktorer for flere av disse. Eksempler på dette er pasienter i alle aldre som skal gjennomgå organtransplantasjoner og barn som skal gjennomgå avansert hjertekirurgi. Det finnes enkelte pasientgrupper som allerede har et tilbud om oral helsetjeneste på disse nivåene: sjeldne medisinske tilstander (TAKO-senteret), leppe-kjeve-ganespalter (OUS og Haukeland) og personer med uvanlige tilstander i hode- og ansiktsregionen (craniofacialt team ved OUS). Det er imidlertid for liten kapasitet til å behandle alle disse pasientene innenfor nåværende tilbud, da særlig behandling som krever narkose. Det er derfor behov for å styrke det orale helsetilbudet til disse pasientene. Det er videre behov for et tilbud om avansert oral røntgendiagnostikk i Norge, dette kan med fordel legges på et slikt nivå. Det er behov for avansert utstyr og god kompetanse inne dette feltet, men per i dag er tilgangen til spesialister i kjeve- og ansiktsradiologi liten. Samarbeid med andre sykehus og tannhelsetjenesten kan gjennomføres ved hjelp av telemedisinske metode i kombinasjon med pasientkonsultasjoner på nasjonalt nivå når det er behov for bruk av spesialisert utstyr. Pasienter med behov for slik høyspesialisert helsehjelp vil vanligvis ha sammensatte og kompliserte tilstander med store krav til tverrfaglighet. Selv om pasientmengden vil være relativt liten er det for disse pasientene særdeles viktig med god oral helse. Sykehus med nasjonale og flerregionale funksjoner vil også ha funksjoner på lavere nivå, og dermed øker pasientgrunnlaget.

3.3.2. Sykehus med regionale, område og/eller lokale funksjoner

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

3.3 Prioritering av og samhandling rundt pasienter

I henhold til Samhandlingsreformen bør kun de pasientene som ikke kan behandles på lavere nivå få et tilbud i et tilbud om orale helsetjenester i sykehus. Det dreier seg altså om de alvorligst syke, de med de mest sammensatte behovene, eller de mest kompliserte orale (re)habiliteringsbehovene som har behov for et tverrfaglig tilbud i sykehus. Når det gjelder aktuelle diagnoser og problemstillinger som kan ha behov mener Helsedirektoratet disse kan grupperes slik:

- a) Personer hvis orale helse påvirkes av eller påvirker en generell alvorlig sykdom. Dette kan forekomme ved maligne sykdommer, ved organtransplantasjon, alvorlig hjertesykdom, uavklarte infeksjonstilstander, oralmedisinske tilstander, blødningsproblematikk, farmakologiske bivirkninger, akutt besvær fra munnen hos personer i livets slutfase med mer.
- b) Personer med behov for orale helsetjenester der det er behov for andre tjenester i sykehus. Dette kan gjelde personer som av ulike grunner trenger behandling i narkose (odontofobi, behandlingsumodenhet, psykisk utviklingshemming, større inngrep etc), eller der det er behov for annet medisinsk personell til stede på grunn av medisinsk risiko, fordi det er hensiktsmessig å gjøre flere behandlinger under samme seanse (i sedasjon / narkose), eller fordi det skal gjøres behandling som krever innleggelse.
- c) Personer med behov for tverrfaglige orale helsetjenester på grunn av medfødt eller tidlig ervervet lidelse, alvorlig traume og lignende og behandlingen blir for komplisert for tannhelsetjenesten

Ut over å gi eksempler er det ikke ønskelig å definere hvilke diagnoser og tilstander som skal få behandling i sykehus. Dette fordi alvorlighetsgraden av de fleste medisinske diagnoser varierer fra person til person, og fordi det er for lite kunnskap om alle mulige diagnoser som kan medføre et slikt behov. Det vises ellers til avsnitt 1.9.

Det må på sikt utarbeides prioriteringsveiledere tilpasset norske forhold for hvem som har rett til orale helsetjenester i sykehus. Dette er i tråd med arbeid som foregår i Helsedirektoratet vedrørende utarbeidelse av slike prioriteringsveiledere innefor fagområder/spesialiteter som gir anbefalinger om rettighetsstatus og frister til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet gjøres i samarbeid med Legeforeningen og brukerorganisasjoner. En forsøksordning om orale helsetjenester i sykehus skal fremskaffe kunnskap som kan brukes i utarbeidelsen av slike prioriteringsveiledere. På området kjevekirurgi og munnhulesykdommer, oral kirurgi og oral medisin er det utarbeidet en prioriteringsveileder som omfatter mange av de isolerte munnhulelidelsene. Det må også tas hensyn til andre prioriteringsveiledere som kan omtale diagnoser og problemstillinger som også kan ha behov for orale helsetjenester.

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

De fleste pasienter vil trenge oral helsehjelp i sykehus i en begrenset periode, mens de er alvorlig syke. Med bedring i allmenn helsetilstand vil mange igjen kunne nyttegjøre seg sitt lokale tilbud. Andre vil ha behov for deler av sin orale helsehjelp i sykehus, eksempelvis diagnostikk og behandlingsplanlegging, mens deler av helsehjelpen kan gis i tannhelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten. Dette gir utfordringer i forhold til, samhandling og pasientflyt, særlig siden tannhelsetjenesten, som eneste helsetilbud, er organisert på fylkeskommunalt nivå og har liten tradisjon for samhandling med

spesialisthelsetjenesten og kommunehelestjenesten. Det er naturlig at DOT tar ansvar for mange kronisk syke og svake grupper, gjerne i større grad enn i dag. Allikevel er det slik at mange voksne som utvikler alvorlig generell sykdom har tidligere gått til privatpraktiserende tannlege, og vil fortsette hos disse når de er gjennom sin sykdomsperiode. Derfor må disse også inkluderes i samhandling og pasientforløpen. Fordi man i Norge har lite erfaring på dette feltet kan det ikke her skisseres hvordan prioritering, samhandling og pasientforløp best utvikles, men en forsøksordning (som beskrives mer i detalj i den videre teksten) vil være et første skritt på veien til å utvikle gode rutiner, bl.a. om hvilke pasienter som har behov for et tilbud i den offentlige primære tannhelsetjenesten.

3.4 Behov for kompetanse

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

God kompetanse om oral helse i sykehus kan opparbeides ved lang erfaring i sykehusmiljø, og det finnes noen allmenntannleger i Norge i dag som på eget initiativ har skaffet seg tilstrekkelig kunnskaper. Imidlertid er disse få, og det finnes ingen struktur for videreføring av den kompetansen disse har opparbeidet seg. Det vil være gunstig om deres kompetanse kan benyttes som ressurs i videre oppbygging av et tilbud i Norge. Man har i Sverige erfaring med at allmenntannleger gjennom kursing og erfaring opparbeider seg nødvendig breddekompetanse etter at de ansettes som sykehustannleger. Dette er antagelig lettere i Sverige enn det per i dag er i Norge, da det er lagt opp til kurs innen både medisinske fag og psykiatri som tannlegene kan delta på. Man har også sett behovet for en mer formalisert spesialistutdanning av sykehustannleger i Sverige, som beskrevet i avsnitt 2.1.

På oppdrag fra statlige helsemyndigheter har Tromsø i 2011 startet utprøving av en spesialistutdanning i "klinisk odontologi". Spesialiteten er ment å ta utgangspunkt i behovene hos voksne pasienter som har komplekse, odontologiske problemstillinger, og studiet tar også for seg fagområdet "sykehusodontologi". Kandidater fra denne utdanningen vil være aktuelle også for ansettelse i sykehus. Klinisk leder av utdanningen som har erfaring som sykehustannlege i Sverige, mener den kan være godt egnet for utdanning av sykehustannleger. Alternativt kan en utdanning i klinisk odontologi danne grunnlag for et eget etterutdanningsprogram for sykehustannleger i Norge.

Det er behov for ekstra kompetanse om barn i en avdeling/seksjon for orale helsetjenester i sykehus. Spesialister i barnetannpleie (pedodontister) har tre års spesialutdanning på barn og utdanningen tilsvarer på mange måter klinisk odontologi hos voksne. Dette er en yrkesgruppe som i dag er fraværende i norske sykehus (med unntak av TAKO-senteret). Det er få yrkesaktive pedodontister i Norge i dag, og det er få utdanningsplasser.

Moderne radiologi er komplisert, og bruk av moderne utstyr krever spesialkompetanse på tolkning. Derfor mener Helsedirektoratet det er behov for kjeve- / ansiktsradiolog i sykehus. Det er mulig en kjeve-/ansiktsradiolog kan dekke flere sykehus, eller bistå øvrig tannhelsetjeneste, ved hjelp av telemedisinske metoder. Behovet for andre spesialister er mer usikkert og anbefales utredet i forsøksordningen. Utarbeidelse av gode samhandlingsrutiner med

tannhelsetjenesten utenfor sykehus i tillegg til annet medisinsk personell vil kunne være en viktig faktor for å sikre brukerne et godt nok tilbud.

Det vil også være behov for at tannpleiere og tannhelsesekretærer som ansettes i ordningen har kunnskaper ut over det de tilegner seg i en forsøksordning. Det finnes ingen formell videreutdanning for disse yrkesgruppene i Norge, men det bør legges til rette for at de kan delta på relevante kurs både i Norge og i utlandet.

Med tanke på at en avdeling/seksjon for orale helsetjenester i sykehus skal nyttegjøre seg annet medisinsk personell i sykehuset vil det være behov for mer ressurser ved noen av disse. Det vil være spesielt viktig med gode anestesitjenester, men også andre medisinske spesialister, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, og sykepleiere i ulike avdelinger med flere vil være aktuelle samarbeidspartnere.

3.5 Behov for lokaler og utstyr

Et tilbud om orale helsetjenester i sykehus krever gode fasiliteter for undersøkelse og behandling. Klinikken lokaliseres mest hensiktsmessig inne i sykehuset, slik at pasienter enkelt kan fraktes mellom avdelinger når det er behov for dette. Lokalisering inne i sykehus er også viktig med tanke på tverrfaglig samarbeid om utredning og behandling av pasienter. Også gjensidig kompetanseutveksling med andre fagmiljø er lettere når fagmiljøene er samlokalisert. Dette gjelder også med tanke på forskningssamarbeid.

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

- Klinikker som er utstyrt slik at man kan gjøre alle former for odontologisk behandling på alvorlig syke og funksjonshemmede pasienter.
- Digitalt odontologisk røntgenutstyr. Det er nyttig med Cone beam CT i moderne odontologisk diagnostikk (Det er ellers liten kapasitet på CT-maskiner i de fleste sykehus). En slik maskin ville også være nyttig på en ØNH-avdeling, da den er spesielt designet for bruk på hode og kjever.
- Tilgang til behandling i narkose, helst anesthesiutstyr på tannklinikken.
- Mobil dentalunit og røntgenutstyr til bruk på andre operasjonsstuer (tverrfaglig behandling, komplisert anestesi)
- Økt tilgang til postoperative tjenester.
- Tilgang til sengepost for de alvorligst syke

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

3.6 Organisatoriske forutsetninger

En avdeling eller seksjon for oral helse kan gjerne være knyttet opp mot en allerede eksisterende kjevekirurgisk avdeling eller en ØNH-avdeling, men det forutsetter en engasjert leder som ønsker tilbudet velkomment og ser nytteverdien av det. Blant annet FUTT-prosjektet (se avsnitt 1.8.10) har vist hvor viktig motiverte og engasjerte ledere er for å lykkes. Når det skal tilbys en ny og ukjent tjeneste i sykehusmiljøet er det også viktig at den blir inkludert i vanlige tjenestelinjer og det er en fordel med få ledd mellom toppledelsen i foretaket og tjenesten. Det er viktig at leder av ordningen deltar i fellesmøter med andre klinikker, og får

mulighet til å komme med innspill og uttalelser når det gjelder sykehusets generelle drift. Formelle og uformelle møteplasser i sykehuset, hvor øvrige ansatte i sykehuset kan bli kjent med sine kolleger innen feltet oral helse og motsatt, kan med fordel benyttes.

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

4. Forsøksordning med oppstart i 2012

4.1 Målsetting

Målsettingen med forsøksordningen er å bygge ny kunnskap om:

- behovet for tjenesten og hvilke pasienter som kan nyttegjøre seg annet tannhelsetilbud
- type og omfang av behandling i tverrfaglig miljø
- behovet for opplæring og veiledning, forebyggende tjenester mv
- systematisk samarbeid med fagmiljøer utenfor sykehus
- økonomiske og administrative konsekvenser som kan gi grunnlag for å vurdere eventuelle lovendringer når det gjelder rettigheter til spesialiserte orale helsetjenester på sykehus
- pasienttilfredshet
- hvordan tilbudet påvirker helsetilstanden hos de som får et tilbud
- personalets tilfredshet og mottakelse i sykehusmiljø

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

4.2 Gode fagmiljø / samhandling

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

Det er viktig å understreke at en forsøksordning ikke må "stjele" ressurser fra et allerede eksisterende miljø, men bygge videre på og nyttegjøre seg de fasiliteter og erfaringer disse miljøene allerede har. Både regionale odontologiske kompetansesentra og de odontologiske fakultetene er tenkt involvert i tannlegers spesialistutdanning, og har tverrfaglige spesialistmiljø tilknyttet seg. Derfor ville det være gunstig om forsøksordninger legges til

sykehus som har slike miljø i geografisk nærhet. Dette vil gi gode muligheter for å se på samhandling mellom organisasjonene. Det vil også gi gode muligheter for gjensidig kompetanseutvikling, og spesialistkandidater kan nyttegjøre seg begge miljø i sin utdanning. Og sist men ikke minst øker mulighetene til rekruttering av personell med nødvendig kompetanse noe som ansees for å være en stor utfordring. Allikevel vil god motivasjon for å knytte ordningen til seg kunne veie opp for manglende etablert fagmiljø i geografisk nærhet. I tilfelle må det aktuelle foretaket vise vilje og evne til å samarbeide med slike fagmiljø andre steder i landet og ha god plan for personellrekruttering.

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

4.3 Sykehusnivå/region

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

For å danne best mulig kunnskapsgrunnlag om behovet på forskjellig nivå, og for å få best mulig data om samhandling og pasientflyt mellom sykehus på forskjellig nivå vil det også være gunstig om man underveis i forsøksordningen kan starte tilbud også i mindre sykehus i en eller begge forsøksregionene, forutsatt at det finansielt og personalmessig ligger til rette for det. . Aktuelle pasientgrupper på lokalt nivå vil blant annet være pasienter med psykiatrisk og eller rusrelatert sykdom, derfor er det gunstig om et distriktpspsykiatrisk senter og/eller en rusbehandlingsinstitusjon ligger i geografisk nærhet til sykehuset.

For å best mulig ivareta målene med forsøksordningen må aktuelle forsøkssykehus samarbeide om tilbudet på tvers av regioner. Særlig kartleggingsdelen av ordningen kan fordeles mellom regionene (se punkt 4.5), hvor man blant annet kan ta hensyn til andre aktuelle satsningsområder i sykehusene.

4.4 Gradvis oppbygging

Helse- og omsorgsdepartementet har signalisert at det for 2012 vil bevilges et begrenset beløp (4-5 millioner kroner) til oppbygging av orale helsetjenester i sykehus, og at tjenesten må bygges gradvis opp. Dette er fornuftig fordi man ikke kjenner til hvor stort behovet er. Å fremskaffe riktige tall om behovet for et tilbud som i dag kun finnes i begrenset grad er utfordrende, da man kan forvente at etterspørselen vil øke etter hvert som tilbudet blir mer kjent og integrert i forsøkssykehus(ene). Det forventes også ut i fra dokumentasjon, blant annet fra Sverige, at det er mange med behov som ikke blir identifisert verken av tannhelsetjenesten eller annen helse- og omsorgstjeneste. Å få kunnskap om disse er spesielt utfordrende, og vil kreve lang tid å opparbeide. Slik kunnskap er viktig for å estimere reelt behov, ikke bare erkjent behov. Om man lykkes med kompetanseheving i lokal tannhelsetjeneste og helse- og omsorgstjeneste vil mange av disse kunne få orale helsetjenester og forebyggende tiltak lokalt, og dette gir også utfordringer med tanke på samarbeid og behandlingsskjeder.

Helsedirektoratet mener det er hensiktsmessig at bevilgede midler for 2012 benyttes til oppbygging av nye eller utvidelse av eksisterende fasiliteter i aktuelle sykehus, og planlegging av neste fase: informasjon, kartlegging, behandling, og opplæring. Slik legges det til rette for en god videre pasientomsorg og kartlegging av behov. Det ansettes ansvarlig personell (prosjektledere) for denne utbyggingsfasen og disse skal samtidig starte informasjonsarbeid til andre fagavdelinger i sykehuset og aktuelle samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten / tannhelsetjenesten.

Fase 1 – 2012:

- Tilsetting av en prosjektleder ved hvert aktuelle sykehus. Prosjektleder bør ha forskerkompetanse og kompetanse innen oral helse for alvorlig syke, funksjonshemmede og eller personer med psykiatriske tilstander.
- Informasjonsvirksomhet parallelt med egen kompetanseutvikling og planlegging av aktivitet
- Innkjøp av utstyr
- Etter hvert tilsetting av hjelpepersonell (tannpleier, tannhelsesekretær)
- Starte behandling av pasienter, de viktigste, de som henvises
- Planlegging av aktivitet i 2013, herunder forskning, strukturert kunnskapsoppbygging og etablere kontakt med regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Fase 2 – 2013-2014:

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

Fase 3 – 2014-2017

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

Innholdet i den systematiske kunnskapsoppbyggingen og evaluering av ordningen beskrives i punktene 4.5 og 4.13.

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

4.5 Erfaringer og systematisk kunnskapsoppbygging

Når det gjelder og drive systematisk kunnskapsoppbygging og skaffe erfaringer og data beskriver Helsedirektoratet tre strategier som kan løpe parallelt:

1. Informasjon og opplæring: det lages en strategi for hvordan man skal gi informasjon og opplæring til aktuelle faglige grupper i og utenfor sykehus. Underveis og etter at informasjon og opplæring er gitt evalueres og justeres strategiene.
2. Kartlegging, utredning og eventuelt behandling av henviste pasienter. Disse pasientene internhenvises fra andre avdelinger i sykehuset, eller de henvises fra tannhelsetjenesten eller fra kommunehelsetjenesten. Til sykehus med de mest høyspesialiserte funksjonene vil sykehus med mindre spesialiserte funksjoner også være aktuell henviser. Ved å kartlegge denne gruppen kan man få et bilde av hvilke pasienter som henvisere anser å ha et behov fra tjenesten, og om dette endrer seg etter hvert som tilbudet blir mer kjent og mer integrert i sykehuset. Videre fremskaffes kunnskap om behandlingsbehov, kostnader, finansielle, administrative og praktiske forhold som påvirker kvalitet i og tilgang til tjenesten.
3. En mer grundig kartlegging, undersøkelse og eventuelt behandling av selekterte pasientgrupper i sykehuset. Dette er et oppsøkende tilbud til hele grupper hvor man kan forvente at det er udekkede og neglisjerte behov, og er et verktøy for å skaffe kunnskap om disse. Etter undersøkelse gis de som trenger det behandling sykehuset, mens de som vurderes ikke å ha behov for å få utført behandling i sykehus henvises til tannhelsetjenesten utenfor sykehus. Det anbefales at disse gruppene prioriteres i kartleggingsdelen av forsøksordningen:
 - a. Barn med langvarig alvorlig sykdom (> 3 mnd) eller funksjonshemming som har tilbud om behandling eller oppfølging i barneavdeling, inkludert habiliteringstjenesten
 - b. Voksne med tilbud i sykehusets habiliteringstjeneste
 - c. Personer i alle aldre med langvarig psykiatrisk sykdom som behandles i sykehuset
 - d. Voksne med kreft (alle former)
 - e. Andre kronisk syke

Struktur for kunnskapsoppbygging

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

- Bakgrunnsdata, som alder og kjønn, bosted (kommune), utdanning, inntekt, og eventuelt andre sosiale variabler
- Medisinsk diagnose
- Henvisningsgrunn og hvem som henviser
- Utførte undersøkelser

- Orale diagnoser
- Tidligere behandlingstilbud
- Behandlingsbehov
- Medisinsk risiko ved behandling
- Behov for tverrfaglig samarbeid
- Utført behandling
- Oppfølging av pasienten etter behandling på sykehuset, pasientforløp, samhandling med den primære tannhelse- og helsetjenesten (om det er ressurser til det)
- Ernæringsstatus og almenntilstand (før og etter behandling)
- Pasienttilfredshet
- Utgifter til behandling
- Bruk av sykehusets øvrige ressurser, som anestesipersonell, postoperative tjenester, portørtjeneste etc
- Om eventuell behandling dekkes via trygdeytelser eller finansieres på annen måte.
- Utfordringer knyttet til de forskjellige finansieringssystemene (se punkt 8.10)

Helsedirektoratet legger til grunn at det må avklares med regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om det må søkes godkjenning derfra før man gjennomfører slike registreringer og kartlegginger som beskrevet over. Dersom man tenker seg at data innsamlet i denne forsøksordningen kan være aktuelle å publisere i tidskrift, følger det at REK må søkes om godkjenning.

Andre data som er viktige å registrere

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

Mange av de kvantitative og diagnostiske dataene kan enkelt registreres ved hjelp av skjema og lignende. Allikevel vil det være behov for ekstern vurdering av mer kvalitative data, som tilfredshet og kriterier og faktorer for å oppnå godt samarbeid og måloppnåelse. Identifisering av disse faktorene gjøres best ved dybdeintervju av ansatte og pasienter, og det anbefales å bruke noe ressurser på ekstern evaluering av forsøksordningen (se punkt 4.13).

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

4.6 Nødvendig behandling

Der det identifiseres behandlingsbehov som må tas hånd om i sykehus skal dette tilbys. Det må i hvert tilfelle avgjøres hva som er nødvendig behandling. Helsedirektoratets veileder "God klinisk praksis i tannhelsetjeneste"¹⁵ kan være til hjelp her i en del tilfeller, selv om andre hensyn må tas i behandling av barn og kronisk syke og funksjonshemmede. Svenska

¹⁵ IS-1589. God klinisk praksis i tannhelsetjenesten - en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. Helsedirektoratet 01/2011.

pedodontiföreningen har laget dokumentene "Prioriteringar och patientsäkerhet för barn och ungdomar" og "Mun- och tandvård vid cancerbehandling av barn och ungdomar". Disse er nyttige hjelpemidler. Nordisk forening for funksjonshemmede og oral helse – Svensk seksjon – har også utarbeidet egne retningslinjer for behandling av funksjonshemmede¹⁶. Der det er vanskelig å avgjøre hva som er nødvendig behandling kan dette diskuteres i tverrfaglige klinikk møter i avdelingen og i dialog med henviser og andre som tar del i vedkommendes totale helsetilbud. Det må tas hensyn til at det ikke finnes etablerte veiledninger for tannbehandling for mange grupper, og at det noen ganger må tas andre hensyn i behandlingsvalgene enn for friske. Eksempelvis kan trangstilling av tenner i munnhulen hos personer med redusert evne til egenomsorg gi større fare for infeksjon og inflammasjon i gingiva enn hos friske. Det kan også bli nødvendig å inkludere andre typer behandling enn hos friske, så som fremstilling av individuelt tilpassede oralmotoriske hjelpemidler, mer bruk av midlertidige erstatninger etc.

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

4.7 Hvem trenger informasjon og hvordan nå dem?

Det er viktig at pasienter som omfattes av tilbudet får informasjon om dette. Disse nås via annet fagpersonell, enten i sykehuset, tannhelsetjenesten eller annen helse- og omsorgstjeneste. For å kunne identifisere hvilke pasienter som har behov for ekstra oppfølging eller oral helsehjelp må derfor de aktuelle faggruppene få økt sin kompetanse om oral helse. De er derfor disse som er den viktigste målgruppen for informasjonsarbeid. God informasjon vil legge til rette for videre informasjon av pasienter som kan ha behov for tjenesten, henvisninger, og et godt samhandlingsklima før, under og etter eventuell utredning og behandling. Slik informasjon til andre helsearbeidere kan med fordel gis som en "pakke" der det også informeres om andre rettigheter prioriterte grupper har etter Tannhelsesloven og etter Lov om Folketrygd. Ansatte i forsøksordningen og ledere i tannhelsetjenesten må være tilgjengelige for andre helsearbeidere slik at de kan stille spørsmål vedrørende slike rettigheter etter kurs. Kurs om rettigheter og oral helse til øvrige helsearbeidere gis til spesifikke yrkesgrupper og/eller fagmiljø, slik at man kan gi tilrettelagt informasjon. Eksempler på fagmiljø med behov for spesifikk informasjon om rettigheter og oral helse i faggruppens målgrupper er for eksempel onkologiske, psykiatriske og geriatriske miljø.

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

Tannhelsetjenesten i det aktuelle fylket (avhengig av valg av forsøkssykehus) kan informeres via fylketannlegen, stabsmøter og Tannlegeforeningens medlemsmøter. Det må utarbeides skriftlig informasjon om hvordan et samarbeid tenkes foregå i praksis, som for eksempel pasientforløp og strategi for kompetanseutveksling. For å få dette samarbeidet til å skje så friksjonsfritt som mulig mener Helsedirektoratet det bør vurderes om personell som ansettes i forsøksordningen kan ha bistillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten. Allikevel er det viktig at prosjektledere jobber full tid i sykehuset på grunn av behov for tilgjengelighet.

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

Fastleger kan nås med informasjon om tilbudet via praksiskoordinator og samhandlingsutvalg, mens kommunal helse- og omsorgstjeneste kan nås via samhandlingsutvalg. I tillegg kan de nås med skriftlig informasjon og ved at representanter for forsøksordningen deltar på fagmøter.

Informasjonen som gis må følges opp og repeteres jevnlig. Dette vil ta mye tid, særlig i oppstartsfasen av ordningen. Trolig vil det dukke opp behov for samarbeid med fagpersonell ikke nevnt i dette dokumentet. Helsedirektoratet ber om at dette registreres og at den informasjon som gis dokumenteres.

4.8 Pasientforløp

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

Henviste pasienter (intern og eksternt): Henvisningen mottas og vurderes i teamet. Om nødvendig innhentes ytterligere informasjon om pasienten, enten fra henviser eller andre som kjenner pasientens helse. Dette forutsetter samtykke fra pasient/foresatte. Pasienten vurderes enten til å ha eller ikke ha behov for oral helsehjelp i sykehuset. Dersom det vurderes at det ikke er behov returneres henvisning med en begrunnelse og eventuelle forslag til hvor pasienten i stedet kan henvises, eventuelt også med råd om behandling. Noen pasienter kan vurderes å ha et annet behov i sykehuset, da kanaliseres henvisningen videre til riktig avdeling. Om pasienten vurderes å ha behov for oral helsehjelp tas vedkommende inn for en undersøkelse, vurdering og eventuell behandling. I noen tilfeller er det kun diagnostikk som krever sykehustjenester, mens all eller deler av behandlingen kan gjøres i lokal tannhelsetjeneste etter råd og veiledning fra sykehuset. Når pasienten er utredet og / eller behandlet sendes epikrise til henviser og eventuelt andre som behandler og pasient / foresatt i felleskap avgjør har nytte av den. Videre oppfølging og kontroller planlegges og utføres på det nivå som i hvert enkelt tilfelle vurderes nødvendig.

Ikke alle pasienter som har behov for oral helsehjelp har tannlege i DOT eller privat som kan delta i behandlingsløpet eller følge dem opp. Dette gjelder særlig pasienter som kommer inn i ordningen via andre sykehusavdelinger eller primærhelsetjenesten. Det vil da være en oppgave for de ansatte i forsøksordningen å hjelpe til å etablere kontakt lokal tannhelsetjeneste. For pasienter som har kompliserte og sammensatte behov og som ofte har tilbud i sykehus er dette spesielt viktig. Det er imidlertid utfordrende å gi slike, ofte ressurskrevende, pasienter et godt tilbud. Mange slike pasienter sees på som for ressurskrevende og tunge, noe som blant annet kom frem i FUTT-prosjektet som er beskrevet tidligere i teksten. Forsøksordningen må identifisere slike problemer, da dette kan gi grunnlag for å vurdere hvorvidt det er behov for en offentlig tannhelsetjeneste i fremtiden som tar ansvar for flere pasientgrupper enn de som per i dag har rettigheter.

Kartlegging, oppsøkende tilbud:

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

4.9 Behov for utstyr og personell

Behov for utstyr er som skissert i avsnitt 3.4. Noen sykehus har allerede egnede lokaler for å drive denne typen virksomhet, ved andre sykehus vil det være behov for å bygge nytt. Investeringsbehovet ved de valgte forsøkssykehusene vil derfor være avhengig av hvilke fasiliteter som er til stede fra tidligere.

Helsedirektoratet ser det nødvendig at det i oppstartsfasen (2012) ansettes to personer i full stilling (prosjektledere) i de aktuelle helseforetakene, med høy kompetanse, gjerne både spesialist- og forskerutdanning (Ph.d). Manglende forskerkompetanse kan eventuelt kompenseres ved et godt samarbeid med regionalt odontologisk kompetansesenter, universitet, eller annet forskerkompetent personell i sykehuset. Med tanke på de pasientgruppene som Helsedirektoratet vil prioritere høyest i en kartleggingsfase (barn og funksjonshemmede) er det ønskelig om en av de som ansettes er pedodontist, mens den andre må ha kjennskap til behandling av voksne pasienter.

I andre fase av arbeidet (2013) skal det også drives kartlegging av voksne i habiliteringstjenesten og behandling av henviste pasienter, både barn og voksne. Det vil da også være behov for ytterligere pedodontisk kompetanse i tillegg til personell med kompetanse om voksne pasienter som trenger behandling i sykehus og samtidig bred klinisk erfaring. Viktig her er også å ansette minst en spesialist i oral kirurgi og oral medisin i forsøksordningen. De oralkirurgiske miljø som finnes i sykehusene har allerede mye pasientbehandling, og har ikke ressurser til å ta seg av nye grupper. Videre må det ansettes tannpleiere og sekretærer, antallet avhenger til dels av hvor mye ekstra midler som tilføres helseforetaket. Tilbudets dimensjonering vurderes fortløpende i forsøksordningen,

4.10 Kostnader ved oppbygging av forsøksordningen

Det beregnes her utgifter for to nye klinikker (en i hvert forsøkssykehus), men det forutsettes at helseforetaket har lokale som kan brukes.

Investeringsbehov i august 2012 – desember 2013:

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

Personell:

2012: (her tatt utgangspunkt i lønnsnivå ved TkNN i Tromsø)

To prosjektlederstillinger (tannlege / tannlegespesialister) i 4 mnd (oppstart høst 2012). Lønn inkluderte sosiale utgifter	851 000 kr
Utgifter til reiseaktivitet, kompetanseoppbygging	100 000 kr
Utgifter til opplæring / informasjon til aktuelle fagmiljø	50 000 kr

Fra 2013:

To prosjektlederstillinger (200 %)	2 600 000 kr
Pedodontist* (2 x 75 %)	1 890 000 kr
Sykehustannlege voksne* (2 x 75 %)	1 890 000 kr
Oral kirurg* (2 x 75 %)	1 890 000 kr
To tannpleiere* (2 x 75 %)	945 000 kr
To tannhelsesekretærer* (2 x 75 %)	800 000 kr
Kjeve – ansiktsradiolog (20 %)	252 000 kr

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

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

Det må også tas høyde for at opprettelse av en forsøksordning vil utløse behov for servicetjenester fra sykehuset (postoperativ, anestesi, portør, operasjonspersonell, rengjøring etc).

4.11 Finansiering av pasientrettet arbeid i forsøksordningen

Det er forutsatt at forsøksordningen skal fullfinansieres.

Når det gjelder eksisterende regelverk rundt finansiering av pasientbehandling i et oralhelsetilbud i spesialisthelsetjenesten vises det til avsnitt 1.6. Det vil bli for komplisert å bruke forskjellige finansieringssystemer for pasienter avhengig av hvem som henviser er, diagnose og om pasienten har eller ikke har rettigheter etter Tannhelsesloven eller har trygderettigheter. Helsedirektoratet skisserer to løsninger på dette:

1. Rammebevilgning til forsøkssykehus som også skal dekke pasientbehandling, eventuelt at man også benytter eksisterende DRG-er og egenandeler og pasientbetaling slik poliklinikkforskriften gir anledning til. Dette forutsetter at forskriften endres slik at tannleger kan henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten. Kan være vanskelig på forhånd å si hvor stor denne rammebevilgningen bør være. Bør kunne justeres underveis i ordningen.
2. Lage en unntaksbestemmelse i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom, der Folketrygdens takster kan benyttes for pasienter som behandles i forsøksordningen. Overgangsordning kan begrunnes med behovet for å skaffe kunnskap nok til å lage gode DRG-er til bruk i sykehusene. Det bør ordnes slik at pasientene kun betaler egenandelen på 307 kroner som inngår i egenandelstak 1. Delfinansiering kan eventuelt også komme via fylkeskommunenes rammer i de fylkene der det er en forsøksordning?

4.12 Kompetansemessige utfordringer

Et godt tilbud om orale helsetjenester i sykehus krever personell med ekstra kompetanse om medisinske tilstander, psykiatri og spesialisthelsetjenesten. Noen funksjoner, som moderne røntgendiagnostikk og oral kirurgi, kan ikke etableres uten tilgang på spesialistkompetanse, mens andre kliniske funksjoner også kan løses av allmenntannleger med interesse og erfaring. Allikevel anbefaler Helsedirektoratet at det fortrinnsvis ansettes tannleger med spesialistutdanning i forsøksordningen. Dette begrunnes med at spesialistutdanning, i tillegg til å gi ekstra klinisk kompetanse, gir god bakgrunn for vurdering av vitenskapelig litteratur og kunnskapsbasert praksis. Breddespesialiteter som pedodonti og klinisk odontologi tilfører også kompetanse om psykiatri og tilnærming til personer med alvorlig funksjonshemming eller medisinske eller psykiatriske diagnoser. Spesialistkompetanse vil også kunne være med å gi de ansatte legitimitet i sykehusmiljøet. Tannpleiere og tannlegesekretærer i ordningen vil også ha behov for økt kompetanse om medisinske diagnoser, tilnærming til pasienter og spesialisthelsetjenesten.

Kunnskap om spesialisthelsetjenesten generelt og det aktuelle sykehuset spesielt gis gjerne i introduksjonskurs til nyansatte som gjentas med jevne mellomrom i de fleste større sykehus. Mye vil også læres ved erfaring. Det må allikevel legges til rette for at alle ansatte i ordningen kan delta på aktuelle kurs. Det vil videre være viktig at eksisterende gode norske og nordiske fagmiljø disse trekkes inn i opplæring og veiledning av personell i forsøksordningen. Aktuelle norske institusjoner er beskrevet i teksten over (avsnitt 1.7.5-1.7.10). Det kan også vurderes å kjøpe utdanningsplasser i Sverige.

Tilgang til spesialisttannleger er begrenset i Norge i dag og det er manglende rekruttering til odontologiske spesialist- og forskermiljø i dag. Det vises også til Helsedirektoratets rapport om desentralisert utdanning, hvor det fremkommer at de fleste spesialister i dag jobber i privat praksis nær utdanningsstedene, Oslo og Bergen. Allikevel er det slik at antall personer i spesialistutdanning i 2010/2011 (78 personer) i Norge er nesten så høyt som det i Stortingsmelding 35 (2007-2008) ble anslått å være behov for å erstatte de som går av med pensjon de neste 15 år, og til å gi en bedre geografisk spredning av spesialister, selv om det ikke tatt høyde for behov i sykehus i denne meldingen. Videre er det rekrutteringsproblemer til stillinger som krever dobbelkompetanse innen odontologi. Selv om regjeringen har lagt til rette for økt utdanning av personer med dobbelkompetanse (bevilget 14 millioner kroner for 2012) vil det ta flere år før man har ferdig utdannede kandidater.

Selv om rekrutteringssituasjonen ikke kan forskutteres kan det tenkes at det vil være interesse blant aktuelle fagpersoner å søke seg til forsøksordningen fordi det er nytt og spennende. Det finnes mange gode forskningsmiljø i sykehusene som kan lokke tannleger med forskningskompetanse til å søke. Sykehus med universitetsfunksjoner har også vitenskapelige stillinger, slik at mulighetene for en akademisk karriere er til stede. En eller flere vitenskapelige stillinger i ordningen (for eksempel prosjektlederstillinger) kan med fordel vurderes. Det kan også hende man vil oppleve mer interesse for kliniske spesialiststillinger dersom det legges til rette for delte stillinger, der spesialisten har mulighet til å jobbe i privat praksis eller i DOT ved siden av stilling i sykehuset. Spesielt i en forsøksordning der personell nødvendigvis må ansettes i midlertidige stillinger vil det for noen være viktig å holde driften av privat klinikk i gang, eller opprettholde forholdet til annen arbeidsgiver. Delte stillinger anbefales ikke for prosjektledere, av grunner nevnt ovenfor.

Det er viktig å understreke at et oralt helsetilbud i sykehusene vil være en berikelse for norsk odontologi, særlig om det blir et etablert samarbeid med institusjoner som utdanner tannleger,

tannlegespesialister, tannpleiere og/eller tannlegesekretærer. Forhåpentligvis vil det bli enda mer fokus på pasientene med de sammensatte og kompliserte behovene for helsehjelp enn det er i dag.

4.13 Kriterier for valg av forsøkssykehus

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

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

4.14 Evaluering av forsøksordningen

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

Den systematiske kunnskapsoppbyggingen som beskrives i avsnitt 4.6 inngår i evalueringen. Det finnes flere verktøy som kan brukes til mer kvalitative evalueringer, disse beskrives blant annet av nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (www.kunnskapssenteret.no). Helsedirektoratet foreslår at den kvalitative vurderingen gjøres av eksterne, både for en uhildet vurdering og fordi kvalitative metoder er komplisert og krever kompetanse man ikke kan forvente at de som ansattes innehar. Sintef Helse er eksempel på en organisasjon som kan utføres slike evalueringer.

Aktuelle evalueringsparametre er:

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

Vedlegg 1

Styringsgruppe:

Avdelingsdirektør Jon-Torgeir Lunke, avd. allmennhelsetjenester,
Avdelingsdirektør Erik Kreyberg Normann, avd. sykehustjenester

Prosjektleder: Ragnhild Elin Nordengen, avd. allmennhelsetjenester

Arbeidsgruppe:

Seniorrådgiver Hilde Nordgarden, avd. allmennhelsetjenester (prosjektbeskrivelse)
Seniorrådgiver Terje Vigen, avd. sykehustjenester
Seniorrådgiver Elin Johanne Sæther, avd. allmennhelsetjenester
Rådgiver Maren Mathisen Wilberg, avd. allmennhelsetjenester

Referansegruppe

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