

Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør

En beskrivelse av dagens praksis med fokus på samhandling mellom
den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og
omsorgstjenesten



Ewa Szyszko Hovden, Eva Rydgren Krona og Per Gunnar Disch

Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør

En beskrivelse av dagens praksis med fokus på samhandling mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Senter for omsorgsforskning, sør

2017



HSN Høgskolen
i Sørøst-Norge



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: © Shutterstock

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 03/2017

Tittel: Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter
etter tannhelsetjenesteloven i region Sør

Forfattere: Ewa Szyszko Hovden, Eva Rydgren Krona og Per Gunnar Disch

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-069-4

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-070-0

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

www.omsorgsforskning.no/rapportserie



FORORD

Prosjektet som her beskrives, er et resultat av samarbeidet mellom Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør (Tks), Senter for omsorgsforskning sør, avd. Høgskolen i Sørøst-Norge, og den offentlige tannhelsetjenesten i fylkene Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud.

Prosjektet er gjennomført med tilskudd fra Helsedirektoratet.

Formålet med studien er å beskrive dagens praksis med fokus på samhandling mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og på bakgrunn av dette forsøke å belyse viktige områder som kan bidra inn i statlig, regional og kommunal politikktutforming på området. Hovedvekten i rapporten ligger på å fremstille hovedtrekk i data-materialet som er samlet inn fra våre respondenter.

Prosjektet er gjennomført av Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør, den offentlige tannhelsetjenesten i region Sør og Senter for Omsorgsforskning sør, avd. Høgskolen i Sørøst-Norge. Forskningsleder Ewa Szyszko Hovden har vært prosjektleder. Prosjektgruppen har i tillegg bestått av overtannpleier Eva Rydgren Krona og sosiolog Per Gunnar Disch, som har bidratt i alle faser av prosjektet (planlegging, gjennomføring, dataanalyser og rapportskrivning).

Ingeniør/statistiker Martin Veel Svendsen ved Sykehuset Telemark HF har bistått i datainnsamling og analysearbeid på den kvantitative delen av prosjektet.

Prosjektleder vil rette en takk til prosjektgruppen for godt samarbeid og til respondentene i undersøkelsen for arbeidet med utfylling av spørreskjemaer og tid til intervjuer.

Prosjektet er gjennomført i henhold til retningslinjene Datatilsynet har for denne type undersøkelser.

Oslo, april 2017
Ewa Szyszko Hovden





SAMMENDRAG

Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge er organisert som et fylkeskommunalt ansvarsområde og skal etter lov om tannhelsetjenesten (1984) yte forebyggende tiltak for hele befolkningen samt gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til bestemte grupper etter lovens § 1-3. En av gruppene som har rett på vederlagsfrie ytelser fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, er eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie (gruppe c2). Denne pasientgruppen representerer samtidig brukere av helse- og omsorgstjenesten som kommunen har ansvaret for. Dette innebærer at det er kommunen etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2012) som har ansvaret for det daglige munn- og tannstellet og for at brukeren får informasjon om sine rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Et system hvor flere forvaltningsnivåer deler ansvaret for den samme pasienten, krever god samhandling mellom tjenestene. Dekningsgraden som rapporteres av Statistisk sentralbyrå (SSB), viser at dette kan være en utfordring, og at tjenesten til tider preges av mangel på rutiner og rapportering samt manglende statistikk på hvor mange som får nødvendig informasjon. Det er derfor vanskelig å si noe om kvaliteten på tilbudet denne pasientgruppen får per i dag. Viktigheten av gode og trygge helse- og omsorgstjenester for eldre og pleietrengende har nylig blitt løftet opp som en av regjeringens satsingsområder. Regjeringen ønsker å skape en omsorgssektor som i større grad preges av kvalitet og aktivitet, og vil derfor pålegge helseregionene å prioritere denne pasientgruppen høyere. I Norge skal flest mulig kunne bo lengst mulig i egne hjem, og faste plasser i sykehjem forbeholdes dem som har omfattende og varig omsorgsbehov. Vi vet lite om tannhelsen i gruppen pasienter som mottar hjemmebaserte tjenester. Skal god tannhelse vare livet ut, forutsetter det økt kunnskap om målgruppen, samarbeid og organisering for å kunne sette inn

riktige forebyggende tiltak.

I tannhelsetjenesten region Sør har man lenge hatt et ønske om bedre samhandling mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunal helse- og omsorgstjenesten for å bedre tannhelsetilbudet, som er en viktig del av det totale helsetilbudet. På bakgrunn av dette har fylkestannlegene i region Sør kommet med en anmodning til Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør (Tks) om å gjennomføre et samarbeidsprosjekt for å bedre tannhelsetilbudet til eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Denne rapporten presenterer kartleggingen av dagens situasjon i region Sør i forhold til samhandling mellom de ulike forvaltningsnivåene, som i fellesskap har ansvaret for den samme pasient-/brukergruppen.

Kartleggingen baseres på kvalitative intervjuer med fylkestannleger og folkehelsekoordinatorer i den offentlige tannhelsetjenesten, fylkesleger og ledere for utviklingssentre for hjemmetjenesten i region Sør. I tillegg er semikvantitative elektroniske spørreskjemaer sendt til kommunale helse- og omsorgssjefer og fastleger i den samme regionen. Spørsmålene som både de kvalitative intervjuene og de semikvantitative spørreskjemaene tar for seg, omhandler: 1: samarbeidsavtaler og rutiner på samarbeidsmøter mellom de ulike forvaltningsinstansene, 2: kommunikasjon mellom de ulike aktørene, 3: informasjon som gis til pasient-/brukergruppen og rutiner rundt dette, 4: kompetanse og behov for kompetanse i tjenesten og 5: opplæring i utdanningsinstitusjoner.

Resultatene fra intervjuer med fylkeslegen viser at tannhelsetilbudet oppleves som tilfredsstillende fra tilsynsmyndighets side, men det utelukkes ikke at dette er et område med store underforbruk. Det understrekes at tannhelse ikke har vært en del av tilsynet de senere årene, og at det på tross av god kommunikasjon med fylkestannlegen er behov for mer systematisk og mer forpliktende samhandling mellom den offentlige tannhelsetjenesten og fylkeslegen.

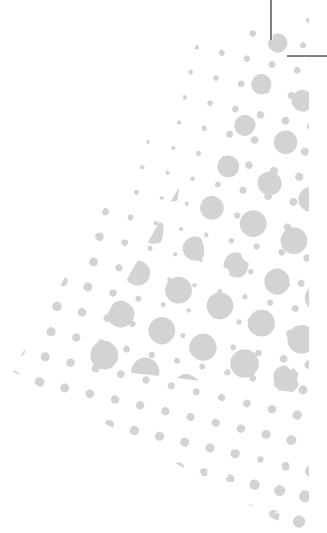
Den offentlige tannhelsetjenesten som i denne rapporten representeres av fylkestannleger og folkehelsekoordinatorer, har på sin side påpekt at på tross av de formaliserte samarbeidsavtalene, oppleves samarbeidet med hjemmebaserte tjenester som en stor utfordring. Rutiner rundt regelmessige samarbeidsmøter, kontinuitet i samhandlingen og rutiner for oppfølging av møter er eksempler på det som oppleves som vanskelig. Samtidig ønsker forfatterne av denne rapporten å understreke at både fylker og kommuner i region Sør ofte er

ulikt organisert, og på tross av denne generaliseringen oppleves dette samarbeidet ulikt i de ulike fylkene og kommunene. Den offentlige tannhelsetjenesten er som regel den oppsøkende part, og en tydeligere ansvars- og oppgavefordeling bør derfor settes på agendaen på samhandlingsmøter. I likhet med fylkeslegen understreker videre den offentlige tannhelsetjenesten behov for formaliserte samarbeidsmøter med både fylkeslegen og fastlegene i distriktet.

Samarbeidet mellom utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester og den offentlige tannhelsetjenesten i region Sør oppleves som minimal. Både utviklingssentrene og den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for kunnskapsformidling og opplæring av personell i pleie- og omsorgstjenester. Det vil derfor være en stor fordel for begge institusjoner å samarbeide om denne oppgaven.

Resultatene fra spørreskjemaene som ble sendt til kommunale helse- og omsorgssjefer, viser at over 80 % av kommunene som har svart, har samarbeidsavtaler med den offentlige tannhelsetjenesten. Kommunene opplever at både samarbeidsavtaler og samarbeidet i praksis fungerer «godt». De kommunale helse- og omsorgssjefene svarer også at de kjenner godt til reglene for fri offentlig tannhelsetjeneste, og at de har rutiner for å gi denne informasjonen til pasient-/brukergruppen. Det er viktig å fremheve at tannhelse, som er en viktig del av den totale helsen til personer med vedtak om hjelpetjenester, bør tydeliggjøres mye bedre i kommunens planer enn slik det er i dag.

En meget lav svarprosent fra fastlegene tydeliggjør den uklare rollen til fastlegen i samhandlingen mellom de ulike aktørene. Undersøkelsen viser også tydelig mangel på samhandling og samarbeid mellom fastleger og den offentlige tannhelsetjenesten.





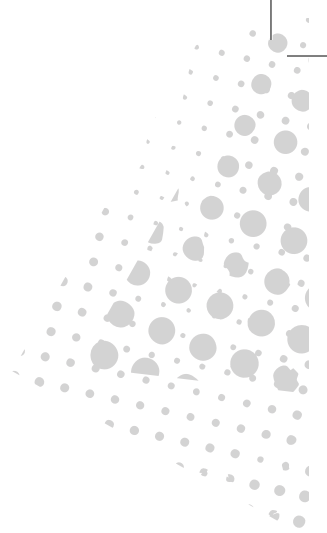
INNHold

FORORD	V
SAMMENDRAG	VII
1. INNLEDNING	1
1.1. Brukere av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven (c2-gruppen)	1
1.2. Tannhelse og munnstell hos c2-gruppen	4
1.3. Samhandling og organisering av tilbudet	5
1.4. Rapportens oppbygging	8
2. DE ULIKE AKTØRENE OG DERES ROLLE I OPPFØLGING AV C2-PASIENTER	9
2.1. Fylkeslegen som øverste tilsynsorgan for helse- og omsorgstjenesten i fylket	9
2.2 Fylkeskommunens ansvar på tannhelseområdet og folkehelseområdet	11
2.3. Fylkestannlegens og folkehelsekoordinatorens rolle i samarbeid med kommunehelsetjenesten	11
2.4 Kommunenes ansvar i forhold til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester	13
2.5 Fastlegens ansvarsområde	14
2.6 Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester som regional utviklingsaktør	16
2.7 Kunnskapsnivå om tannhelse i den kommunale helse- og omsorgssektoren	17
	XI

3. UTFORDRINGER FREMOVER OG OVERFØRINGSVERDI	19
4. PROSJEKTETS FORMÅL, NYTTEVERDI OG SENTRALE PROBLEMSTILLINGER	21
4.1 Mål	21
4.2 Delmål	21
4.3 Sentrale problemstillinger	22
5. ORGANISERING AV PROSJEKTET	23
5.1 Forankring	23
5.2 Samarbeidsparter	24
5.2.1 Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør	24
5.2.2 Senter for omsorgsforskning sør	25
5.2.3 Den offentlige tannhelsetjenesten i Sør	25
6. METODE OG DATAGRUNNLAG	27
6.1 Intervjuer – den kvalitative metoden	28
6.2 Elektroniske spørreskjemaer	29
6.3 Metodekritikk	30
7. RESULTATER OG DISKUSJON	33
7.1 Intervjuer med fylkesleger	33
7.1.1 Fylkeslegenes opplevelse av oppfølgingen av tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester i fylket	33
7.1.2 Tilsynet med hjemmebaserte omsorgstjenester med fokus på tann- og munnhelse	34
7.1.3 Samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten	36
7.1.4 Kort oppsummering og drøftinger rundt intervjuene med fylkesleger	37
7.2 Intervjuer med fylkestannleger og folkehelsekoordinatorer	37
7.2.1 Samarbeid med hjemmebaserte tjenester i fylket	38

7.2.2 Samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i regionen	40
7.2.3 Samarbeid med fastlegen	40
7.2.4 Behov for kompetanse i kommunene	41
7.2.5 Behov for kompetanse i tannhelsetjenesten	42
7.2.6 Kort oppsummering og drøftinger rundt intervjuene med fylkestannleger og folkehelserådgivere	42
7.3 Intervjuer med utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester	43
7.3.1 Samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten knyttet til opplæring og kunnskapsutvikling på området	43
7.3.2 Opplæringstiltak/prosjekter rettet mot tann- og munnhelse for personell i hjemmetjenester	43
7.3.3 Opplæring i lover og regler	44
7.3.4 Behov for kompetanse	45
7.4 Opplæring i utdanningsinstitusjoner	46
7.4.1 Bakgrunn	47
7.4.2 Presentasjon av data	48
7.5 Spørreskjema – kommuner	50
7.5.1 Samarbeid mellom kommunen og den offentlige tannhelsetjenesten	51
7.5.2 Kjennskap til rettigheter i kommunen	54
7.5.3 Informasjon om fri tannhelsetjeneste til brukere med rettigheter	54
7.5.4 Kompetanse og behov for kompetanse	56
7.5.5 Kort oppsummering	57
7.6 Spørreskjema – fastleger	58
7.6.1 Samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten	58
7.6.2 Kjennskap til rettigheter	58
7.6.3 Informasjon og henvisning	59

8. AVSLUTTENDE KOMMENTAR	61
9. LITTERATUR	65
VEDLEGG	71
Tema til intervju med fylkeslege	73
Tema til fokusgruppeintervju med fylkestannlege og folkehelsekoordinator	75
Intervjuguide Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester	77
Spørreskjema til kommunalsjef / helse- og omsorgsjef / pleie- og omsorgssjef	79
Spørreskjema til fastlege	83





1. INNLEDNING

1.1. BRUKERE AV HJEMMEBASERTE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER MED RETTIGHETER ETTER TANNHELSETJENESTELOVEN (C2-GRUPPEN)

Brukere av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester som «har hatt institusjonsopphold eller pleie av hjemmesykepleien i sammenhengende 3 måneder eller mer, skal gis vederlagsfrie tannhelsetjenester, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider, så lenge oppholdet eller pleien vedvarer», ifølge forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten, § 2 (FOR-2008-11-25-1265) (1). Brukere av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester er videre omtalt som gruppe c2: eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie, ifølge lov om tannhelsetjenesten (LOV-1983-06-03-54) (tannhelsetjenesteloven) (2).

Det er kommunen som har det daglige ansvaret for denne pasientgruppen, og dermed er det kommunen som skal sørge for at helse- og omsorgstjenester i hjemmet blir gjennomført etter rammebetingelser gitt av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2012) (helse- og omsorgstjenesteloven) (3). Den daglige pleien skal gis av helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og baseres på forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003) (4). Forskriften sier at det er helse- og omsorgspersonell i kommunene som har ansvar for det daglige tann- og munnstellet og ivaretagelse av munnhygiene hos

brukere som trenger hjelp til dette. Videre sier den samme forskriften at det er tannhelsetjenesten som har ansvar for opplæring av helse- og omsorgspersonell i tann- og munnstell samt eventuelt undersøkelse og behandling av disse pasientene. En slik oppgavefordeling krever høy grad av samhandling og samarbeid og byr på flere utfordringer.

Når det gjelder spørsmål om hva fylkestannlegene i region Sør syntes var de største utfordringene relatert til c2-gruppen, svarte de fleste at dette er en sammensatt gruppe av pasienter, med store variasjoner i både alder, diagnoser og behov for hjelp. I tillegg er gruppen en helt annen i dag enn da tannhelsetjenesteloven kom i 1984. På daværende tidspunkt ble denne gruppen av pasienter definert som eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleien. I dag brukes denne definisjonen kun i tannhelsetjenesten, mens i helse- og omsorgstjenesten brukes det etter ny lov, helse- og omsorgstjenesteloven, betegnelsen «hjemmebasert omsorg», og det er kun en del av gruppen som kvalifiserer til vederlagsfri tannhelsetjeneste: de som har «sykepleie i hjemmet». Ulik bruk av definisjon på gruppen mellom forvaltningsnivåene kan lett skape forvirring om hvem som har rettigheter. Da er det kanskje ikke overraskende at tannhelsetjenesten i region Sør opplever at kriteriene fra 1984 samsvarer dårlig med dagens organisering av helse- og omsorgstjenestene, og at det til tider kan være uklart hvilke pasienter som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Imotsetning tilgruppe a (barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år) og gruppe d (ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret), hvor den offentlige tannhelsetjenesten innkaller pasienter etter lister fra folkeregisteret, er det kommunen som har oversikt over personer som tilhører de prioriterte gruppene b (psykisk utviklingshemmede), c1 (eldre, langtidssyke og uføre på institusjon) og c2 (eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie). Derfor er den fylkeskommunale tannhelsetjenesten avhengig av at helse- og omsorgspersonalet som har den daglige omsorgen for pasientene, formidler informasjonen om tannhelsetjenestens lovpålagte tilbud til brukere med vedtak om sykepleie i hjemmet eller tilsvarende. Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) (5) og lov om helsepersonell (1999) (6) sier at befolkningen har rett til helsehjelp og informasjon om dette. Helse- og omsorgstjenesten pålegges å sikre at tannhelsetjenesten får melding om brukere med rettigheter som ønsker tilbudet. Tannhelsetjenesten i Sør opplever at det kan være vanskelig å vite om alle som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, har fått informasjon – og ikke minst om de har forstått det.

At brukere ikke får informasjon om sine rettigheter, er et problem også i andre deler av landet. Våren 2012 gjennomførte Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester en studie i 15 bydeler i Oslo for å kartlegge årsakene til at brukere i hjemmesykepleien i liten grad benytter seg av det offentlige vederlagsfrie tannhelsetilbudet (7). Resultatene viste at den viktigste årsaken til at c2-gruppen ikke benyttet seg av tilbudet, var systemsvikt når det gjelder informasjon til brukerne. En undersøkelse Fjæra, Willumsen og Eide gjennomførte blant eldre i hjemmesykepleien i Oslo, viste at kun 38 % av eldre har fått informasjon om at de har rett til fri tannbehandling i regi av den offentlige tannhelsetjenesten (8). Det er ikke kjent at lignende statistikk gjelder for region Sør, men at brukere ikke får informasjon om sine rettigheter til tannhelsetjenester, kan være en av årsakene til underforbruk av tjenester i de fleste fylkeskommuner.

SSB/KOSTRA fremlegger årlig statistikk om barn og unges tannhelse basert på rapportering fra den offentlige tannhelsetjenesten. Til sammenligning er det lite data om tannhelsestatus og tannhelsestatistikk hos de andre prioriterte gruppene. I rapporten fra 2009 utført av Folkehelseinstituttet (9), kommer det frem at når det gjelder tannhelse hos eldre og personer med spesielle behov, er det stor variasjon både geografisk og i graden av tilbud. KOSTRA-statistikk basert på tall fra kommunene i region Sør bekrefter dette og viser varierende dekningsgrad i gruppe c2. I 2015 hadde Buskerud fylke høyest dekningsgrad i gruppe c2 med 43,2 % av disse pasientene under tilsyn. Laveste dekningsgrad hadde Aust-Agder fylke med kun 27,6 % av pasientene under tilsyn (tabell 1).

Tabell 1: Dekningsgraden 2015, Eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie. Tall hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB)

	Under tilsyn:	Undersøkt/ behandlet:
Landet	31,4% (45 454)	23,65 834 216)
Buskerud	43,2% (3 708)	36,3% (3 118)
Vestfold	29,9% (2 210)	19,8% (1 462)
Telemark	37,2% (2 160)	26,3% (1 528)
Aust-Agder	27,6% (1 042)	25,2% (953)
Vest-Agder	36,5% (2 245)	25,1% (1 542)

Den store variasjonen i andelen av gruppen som er under tilsyn i den offentlige tannhelsetjenesten, ble belyst og kartlagt i 2004 av Statens Helsetilsyn (10). Også ifølge denne rapporten gir tannhelsetilbudet til gruppen grunn til bekymring i mange fylker. Man må imidlertid stille spørsmål ved om det ikke blir en del feilkilder når tannhelsetjenesten rapporterer om personer med «sykepleie i hjemmet» og kommunene rapporterer om personer med «hjemmebasert omsorg» til KOSTRA.

1.2. TANNHELSE OG MUNNSTELL HOS C2-GRUPPEN

Et annet og nedslående resultat av undersøkelsen utført av Fjæra, Willumsen og Eide blant eldre i hjemmesykepleien i Oslo (8), var at tannhelse og munnhygiene hos brukere med vedtak om hjemmesykepleie er et forsømt område. Det er mangelfull oppfølging av brukere som har behov for daglig hjelp til munnstell.

De siste årene har det vært en del fokus på tannhelse blant eldre i institusjoner i Norge (11–12). Det har ført til økt oppmerksomhet og forbedring i tannhelse rutiner for denne pasientgruppen. Fokuset rettes nå mot gruppe c2: eldre, uføre og langtidssyke med hjemmebaserte omsorgstjenester og rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. En undersøkelse fra 2010 gjennomført blant eldre i hjemmesykepleien i Oslo (7), viste at ingen av de spurte svarte ja på spørsmål om de hadde blitt undersøkt i munnen av hjemmesykepleien. I en rapport fra 2009 viser Lyschol og Biehl (9) at de eldres tannhelse også preges av begrenset tilbud og oppfølging under oppveksten.

Men hvordan er egentlig tannhelsestatusen i c2-gruppen?

En omfattende norsk undersøkelse fra 2006 (11) av eldre på sykehjem har avdekket at hele 54 % av pasientene hadde egne tenner med eventuelt delproteser, og at 43 % var tannløse med proteser. Kun 3 % av beboere på sykehjem var tannløse uten proteser. Hvert tredje år blir en lignende undersøkelse gjennomført på sykehjemmene og bo- og behandlingssentrene i Buskerud (13). I 2015 viste resultatene at hele 74 % av pasientene hadde bra eller akseptabel tannhelsestatus, og kun 2 % ble definert i gruppen med dårlig tannhelsestatus. Tann- og munnhygiene ble målt som summen av beleggstatus og slimhinnestatus (BSI). På institusjonene hadde hele 62 % egne tenner uten protese, 21 % hadde egne tenner og protese,

15 % hadde bare protese, og 2 % var tannløse uten protese. 87 % av institusjonsbeboerne ble kartlagt. Disse resultatene viser at det nytter med gode rutiner for samarbeid, opplæring og oppfølging. At en stor andel av de som bor på institusjon har egne tenner, viser også at behovet for ivaretagelse av pleietrengende eldres tannhelse er økende både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Det er viktig at dette blir tatt på alvor.

En god munnhelse er viktig for alle, både tyggefunksjon, talefunksjon og sosialt samsvar. Munnhelsestatus påvirkes av flere faktorer, der sykdom, funksjon og aldring er noen av de viktigste. Hos eldre forekommer naturlige forandringer i munnen som resultat av aldringsprosessen. Tannkjøttet trekker seg ofte tilbake, spyttsekresjonen reduseres, og slimhinnen i munnen blir tynnere. Dette fører til blant annet nedsatt selvrensing av munnen (14). Dette kan forverres ved sykdom og bruk av ulike medikamenter. Det er også et kjent faktum at sykdom, spesielt langvarig sykdom, kan gå utover munnhygiene. En kombinasjon av aldersforandringer, nedsatt immunforsvar og dårlig munnhygiene kan føre til fatale konsekvenser. Infeksjoner i munnhulen kan i verste fall føre til bakteriespredning og forårsake alvorlige helsetilstander (som for eksempel lungebetennelse) (12). Ivaretagelse av munnhygiene er derfor meget viktig for denne pasientgruppen.

1.3. SAMHANDLING OG ORGANISERING AV TILBUDET

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har den overordnede oppgaven å yte «helhetlig, god, trygg, likeverdig og effektiv helse- og omsorgstjeneste med utgangspunktet i pasientens og brukernes samlede behov» (15). Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har ansvar for å holde oversikt over tannhelsetilstanden samt å gi både forebyggende- og behandlingstilbud til pasientene i c2-gruppen (16). Omsorgen for c2-gruppen krever derfor en høy grad av samhandling og samarbeid mellom kommunen og fylkeskommunen. Etter helse- og omsorgstjenesteloven (3) er det kommunens ansvar å utarbeide skriftlige rutiner (4) for å legge til rette for samarbeid med fylkeskommunen, regionale helseforetak og stat slik at brukere av hjemmebasert omsorg får den omsorgen de har krav på. Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har også ansvar for å gi tilbudet til de som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Det er viktig at

kommunene har system for å dokumentere hvem som takker nei til tilbudet. Erfaringer viser at dette dessverre ikke alltid er godt ivaretatt.

Styrende helsepolitiske dokumenter fremhever behovet for samhandling og koordinering av tjenester for pasientene og påpeker at omsorgstjenesten bør ha en sterkere innretning i forhold til helhetlige tjenestekjeder, noe St.meld. nr. 25 (2005–2006) (17), St.meld. nr. 47 (2008–2009) (18) samt Meld. St. 29 (2012–2013) (19) og Meld. St. 26 (2014–2015) (15) stiller høye krav til. Helsepolitiske strategier vektlegger samhandling i større grad på tvers av forvaltningsnivå, nettopp for å gi koordinerte tjenester, hvor pasientene og deres behov står i sentrum (17–18, 20–23). Målet er rett behandling, på rett sted, til rett tid. I disse helsepolitiske strategiene blir utfordringene når det gjelder samhandling mellom forvaltningsnivåene belyst. I Helsetilsynets veileder «Tenner for livet» (24) ble det allerede i 1999 påpekt at samarbeid mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten er nødvendig for å gi disse brukerne et tilbud som fungerer i praksis. I flere helsepolitiske dokumenter fremheves kontraktsbasert samarbeid som ønsket formalisering av samarbeidet for å være rustet til fremtidens utfordringer (17–18, 22, 24).

Fylkestannlegene i region Sør påpeker at noen av utfordringene med samhandling mellom kommunene og fylkeskommunen er at helse- og omsorgstjenesten i kommunene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er forankret på forskjellig forvaltningsnivå. Dette krever systemer for samhandling. Videre er kommunene ulikt organisert når det gjelder c2-gruppen, og det er derfor en utfordring å tilpasse samarbeidet til den enkelte kommunens behov.

Tannhelsetjenesten i region Sør har ulike typer samarbeidsavtaler for å kunne gi tilbudet som gruppe c2 har krav på etter tannhelsetjenesteloven. I Vest-Agder har man inngått samarbeidsavtaler med rådmenn i alle kommuner som omfatter beboere i institusjon og mottakere av hjemmetjenester med samarbeidsmøter med alle en til to ganger per år. Tannhelsetjenesten i Vest-Agder har også i tidsperioden 2006–2007 innført opplegget til Løvåsen undervisningssykehjem (25) med munnstellkort på samtlige omsorgssentre samt til hjemmetjenestens beboere etter behov.

Vestfold har samarbeidsavtaler på nivå 1 med rådmannens ledergruppe i kommunene og på nivå 2 med sykehjem og hjemmesykepleien i kommunene. Det blir avholdt møter minimum én gang i året med agenda og referat. Det er utarbeidet tannhelsepermer, som finnes på alle avdelinger på institusjoner og i hjemmesykepleiedistriktene.

Tannhelsepermene er tilgjengelig på nettsiden www.vfk/tannhelse.no.

I Buskerud har tannhelsetjenesten 15 års erfaring med samarbeidsavtaler med helse- og omsorgstjenesten på institusjons-/hjemmesykepleiedistriktsnivå. I tillegg har overtannlege og ledende tannpleiere jevnlig møter med ledelsen i kommunene for gjensidig informasjon og diskusjon om eventuelle felles utfordringer. Samarbeidsmøter med institusjoner og hjemmesykepleiedistrikt er forpliktende avtaler som følges opp en til to ganger per år. Saksliste blir sendt fra tannhelsetjenesten i forkant av møtet, og det blir skrevet referat. Det blir fulgt opp at møtene blir gjennomført gjennom tertialrapportering. Alle institusjoner og hjemmesykepleiedistrikter har tannhelseperm hvor det er oversikt over kontaktpersoner, tilbudsskjema, samarbeidskontrakt, kriterier for tannbehandling, tilbakemeldingsskjema, prosedyrer for tann- og munnstell samt temaliste for opplæring. Tannhelsetjenesten bistår også kommunene med oversikt over c2-pasientene som allerede er inne i systemet.

Dette viser at i tillegg til ulik organisering i kommunene er organiseringen av tannhelsetjenesten i regionen også ulik på noen områder. Videre er det grunn til å tro at avtalene som inngås mellom kommune og fylkeskommune, implementeres på ulik måte i den enkelte kommune. Erfaringer viser at enkelte kommuner er bedre kjent med avtaler enn andre kommuner. I region Sør påpekte forvaltningsrevisjonen i Vest-Agder fylkeskommune i 2006 (26) at det etter deres undersøkelser er grunnlag for å anta manglende rutiner for kartlegging og rapportering om hvem som faktisk ønsker tilbudet fra den offentlige tannhelsetjenesten, samt mangler i samarbeidet om nødvendig opplæring i tann- og munnstell av helsepersonell. Det kom frem at det spesielt er gruppe c2 som har et mangelfullt tilbud (26).

Ulik organisering er i seg selv ikke motstridende med samhandlingsreformen, som vektlegger tilpasning av samhandlingen til hver enkelt kommunes behov (18). Enhver kommune og fylkeskommune bør imidlertid være mer bevisst på effekten de ulike organiseringsmåtene har for tilbudet som gis til pasientene, og eventuelt på den ulike dekningsgraden for c2-gruppen, som vist i våre fem fylker.

Man kan også stille spørsmål om rapporteringen og at kommunene rapporterer de som er i «hjemmebasert omsorg» til SSB. Fylkeskommunene i Sør opplever at tallene i SSB ikke stemmer overens med interne tall den offentlige tannhelsetjenesten har, som baserer seg på de som har «sykepleie

i hjemmet». I 2015 rapporterte tannhelsetjenesten i Buskerud at 93 % av eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven var under tilsyn. Dette er over dobbelt så mange som det som oppgis av SSB samme år (tabell 2). Det samme gjelder for den offentlige tannhelsetjenesten i Aust-Agder, som for 2015 oppgir at 61,8 % er under tilsyn, sammenlignet med 27,6 %, som ble rapportert av SSB (tabell 2).

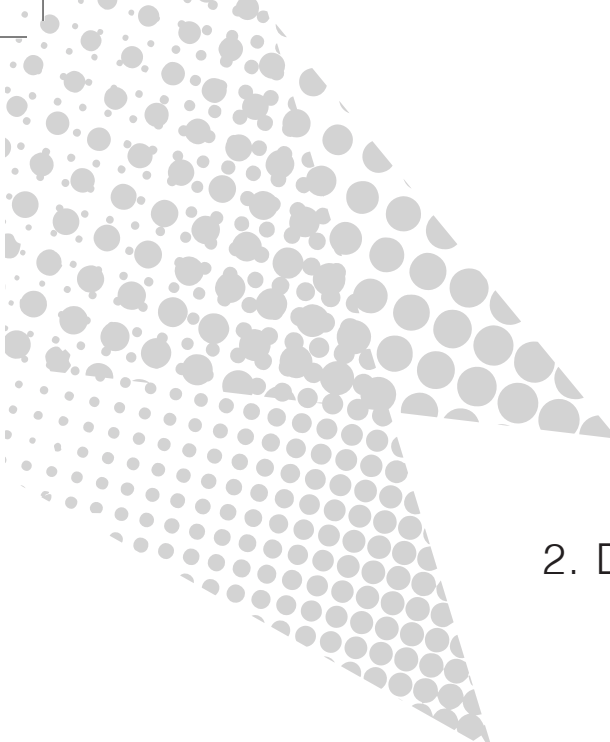
Tabell 2: Sammenlikning av dekningsgraden 2015 gitt av Statistisk sentralbyrå (SSB) med interne tall fra den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud og i Aust-Agder

	Under tilsyn:		Undersøkt/behandlet:	
	Tall SSB	Tall fylke	Tall SSB	Tall fylke
Buskerud	43,2% (3 708)	93% (3 708)	36,3% (3 118)	78,5% (3 118)
Aust-Agder	27,6% (1 042)	61,8% (1 042)	25,2% (953)	56,5% (953)

1.4. RAPPORTENS OPPBYGGING

Denne rapporten inneholder presentasjoner og analyser/ vurderinger av hovedtrekk ved de dataene som vi har samlet inn både gjennom dokumentstudier, intervjuer og spørreskjemaer.

Rapporten er delt inn i ni kapitler. Det første kapitlet er en introduksjon til temaet og prosjektet. I det andre kapitlet presenterer vi aktørene vi mener er sentrale i oppfølging av c2-pasientgruppen, og som vi også har samlet inn data fra. I kapittel 3 beskriver vi utfordringer fremover og overføringsverdi av prosjektet. I kapittel 4 beskriver vi prosjektets formål, nytteverdi og sentrale problemstillinger. Prosjektets organisering er tema i kapittel 5. Kapittel 6 presenterer metodene som ble anvendt i prosjektet. Resultatene av undersøkelsen presenteres i kapittel 7. Avsluttende kommentarer presenteres i kapittel 8, og systematisk oversikt over litteraturen vises i kapittel 9.



2. DE ULIKE AKTØRENE OG DERES ROLLE I OPPFØLGING AV C2-PASIENTER

I dette kapitlet vil vi presentere de ulike aktørene og deres rolle i oppfølgingen av tannhelsetilbudet til C₂-pasienter. Aktørene har vært sentrale kilder i datainnsamlingen. Vi vil starte med å beskrive viktigheten av de regionale institusjonene i folkehelsearbeidet som fylkeskommunen og kommunene har ansvar for, etterfulgt av beskrivelsen av fylkeslegen, fylkestannlegen og folkehelsekoordinatoren. Deretter ser vi nærmere på utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester og den kommunale helse- og omsorgstjenestens rolle. Sist, men ikke minst, følger en beskrivelse av fastlegenes og utdanningsinstitusjonene rolle.

2.1. FYLKESLEGEN SOM ØVERSTE TILSYNSORGAN FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I FYLKET

Som beskrevet av NOU 2000: 22 (27) er «fylkesmannen Kongens og regjeringens representant i sitt fylke, og skal bidra til at Stortingets og regjeringens mål og retningslinjer blir fulgt opp. Fylkesmannen utfører oppgaver som følger av lov, forskrifter og pålegg fra overordnede statlige myndigheter, og har en sentral rolle som bindeledd og koordinator mellom stat, fylkeskommune og kommuner».

En viktig fagavdeling hos fylkesmannen er avdeling for helse, omsorg og sosialtjenester. Her er fylkeslegen øverste leder. Fylkeslegen skal sørge for at nasjonale mål i helse- og

omsorgspolitikken gjennomføres regionalt og innenfor rammene av lovverk og etiske prinsipper. Den viktigste nasjonale overordnede målsettingen for omsorgspolitikken er at alle som trenger det, skal få gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester – uavhengig av bosted, alder, inntekt og diagnose. Det er i stor grad kommunene og helseforetakene (sykehusene) som tilbyr disse tjenestene.

Staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer. Staten har også ansvar for å føre tilsyn og kontroll med helse- og sosialtjenestene. Mye av dette arbeidet gjøres av fylkesmannen gjennom fylkeslegens oppgaver som tilsynsmyndighet. Fylkeslegen i fylkesmannsembetet vil ha oppgaver både for Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet. I tråd med dette vil fylkeslegene ha enkelte rådgivingsoppgaver som tilsynsmyndighet, hvor de er direkte underlagt Statens helsetilsyn. Videre vil fylkeslegen ha forvaltningsrådgivnings- og iverksettingsoppgaver. Fylkeslegen bygger sin virksomhet blant annet på lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) (28), der det heter:

§1: «Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.»

§2: «Fylkesmannen skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i fylket og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse og omsorgstjenester.»

Dette betyr at fylkeslegen også skal føre tilsyn med tannhelsetjenesten og gjennom dette bidra til kvalitetssikring av tannhelsetilbudet til de som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. I dette prosjektet intervjuet vi alle fem fylkeslegene for å se nærmere på hva de mente om tannhelsetjenestetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og for å kartlegge hvordan fylkeslegene opplever at det tverrfaglige samarbeidet mellom fylkeskommunene og kommunene fungerer.

2.2 FYLKESKOMMUNENS ANSVAR PÅ TANNHELSEOMRÅDET OG FOLKEHELSEOMRÅDET

Fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeidet og tannhelseområdet understrekes i Helsedirektoratets rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetakene og fylkesmennene, IS-1/2015 (29).

Her fremgår det at fylkeskommunens ansvar i folkehelsearbeidet omfatter å fremme folkehelse innen de oppgavene og med de virkemidlene fylkeskommunen har. Folkehelsen skal ivaretas i politikkutforming og samfunnsplanlegging og integreres på tvers av oppgaver som tannhelse, videregående opplæring, miljø og friluftsliv, kultur og idrett, samferdsel og trafiksikkerhet.

Det uttrykkes også tydelig at det er fylkeskommunens ledelse som er ansvarlig for at det systematiske folkehelsearbeidet blir ivarettatt gjennom å sørge for at kravene er tilstrekkelig kjent, at oppgavene er definert, og at de som skal utføre oppgavene, har nødvendig kompetanse og ellers andre forutsetninger for å gjennomføre aktivitetene. Fylkeskommunen skal derfor ha en samordnet rolle for folkehelsearbeidet i fylket og skal dermed understøtte folkehelsearbeidet i kommunene. I dette ligger det også at fylkeskommunen skal være en pådriver overfor andre aktører som frivillig sektor, næringsliv, forsknings- og undervisningsmiljøer, helseforetak og andre relevante aktører. De regionale kompetansesentra, som Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør og Senter for omsorgsforskning sør vil være sentrale samarbeidspartnere når det gjelder kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

2.3. FYLKESTANNLEGENS OG FOLKEHELSEKOORDINATORENS ROLLE I SAMARBEID MED KOMMUNEHELSETJENESTEN

Tannhelsetjenesteloven (2), som trådte i kraft i 1984, er styrende for den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. Den sier blant annet at den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunene skal «[...] sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i

fylket (§ 1-1; Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjeneste)», «[...] fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelse tjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling (§ 1-2; Tannhelsetjenestens formål)», «[...] planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift (§ 1-3a; Tilrettelegging m.v.) samt «gi et [...] oppsøkende tilbud til:

- A. Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.
- B. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.
- C. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.
- D. Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.
- E. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere».

Mye har forandret seg siden tannhelsetjenesteloven ble vedtatt, og det er per i dag flere lover og forskrifter som styrer det offentlige tannhelsetilbudet både når det gjelder pasient- og brukerrettigheter, kvaliteten på tjenesten og ikke minst samhandling og samarbeid mellom tannhelsetjenesten og andre offentlige og private helseaktører (tabell 3).

Tabell 3

Ulike lover og forskrifter som styrer det offentlige tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester
Lov om tannhelsetjenesten (LOV-1983-06-03-54)(1984)
Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)(1999)
Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)(1999)
Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792)(2003)
Forskrift om vederlag for tannhelsetjenesten i den offentlige tannhelsetjenesten (FOR-2008-11-25-1265)(2009)
Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)(2011)
Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)(2012)

Det er fylkeskommunen som har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Fylkesrådmannen har det overordnede

administrative ansvaret med fylkestannlegen som enhetsleder for tannhelsetjenesten i fire av fem fylker i regionen. I Buskerud er tannhelsetjenesten organisert som et fylkeskommunalt foretak med et styre som rapporterer direkte til fylkestinget.

Fylkestannlege er betegnelsen som brukes i denne rapporten, men i de fem fylkene i sør som prosjektet omfatter, er det tre som har tittel fylkestannlege, en har tittel tannhelsetjenestedirektør og en har tittel tannhelsesjef. I fire fylker er tannhelsetjenesten organisert som en avdeling i fylkeskommunen, mens i ett fylke er tjenesten organisert som et fylkeskommunalt foretak. I fire av fylkene er fylkestannlegen øverste faglige og administrative leder for tannhelsetjenesten, mens i Vest-Agder, hvor tannhelsesjef ikke har tannhelsefaglig bakgrunn, har de en assisterende tannhelsesjef som er tannlege, og som har fagansvar.

Fire av de fem fylkene har også, på tidspunktet rapporten er skrevet, folkehelsekoordinatorer. Folkehelsekoordinatorene har ulik tittel, stillingsstørrelse, funksjon og ansvarsområde. Det varierer fra 100 % stilling til 20 %. Folkehelsekoordinator i den offentlige tannhelsetjenesten er som oftest en overtannpleier, tannpleier eller rådgiver som jobber med folkehelse, helsefremmende og forebyggende arbeid på et overordnet nivå. I noen av fylkene er ansvar for samhandling med helse- og omsorgstjenesten i kommunene lagt til denne stillingen. I Buskerud er det opprettet en egen folkehelseavdeling i tannhelsetjenesten, ledet av en overtannpleier, som blant annet har ansvar for systematisering og oppfølging av samarbeidet med helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

2.4 KOMMUNENES ANSVAR I FORHOLD TIL BRUKERE AV HJEMMEBASERTE OMSORGSTJENESTER

Det er helse- og omsorgstjenesteloven (17) som setter rammer for kommunens ansvar og oppgaver. I § 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester står det følgende: «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunens ansvar

etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift [...]»

Videre sier § 3-2 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester: «For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende»: «Andre helse- og omsorgstjenester, herunder» (punkt 6) «helsetjenester i hjemmet» (punkt 6 a).

Kommunal pleie- og omsorgstjeneste omfatter blant annet hjemmetjenester og institusjoner (som sykehjem og bo- og behandlingssenter).

En artikkel av Berit Otnes (30) fra 2015 beskriver den store utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten som har skjedd mellom 1994 og 2013. Utviklingen viser blant annet at antall mottakere av hjemmetjenester har økt sterkt fra midten av 90-tallet. Samfunnet har gått gjennom store endringer, noe som har formet dagens pleie- og omsorgstjeneste og deres samfunnsoppdrag (15). Det er ikke lenger bare eldre som omfattes av hjemmetjenesten. Målet er at flere skal «bo hjemme så lenge som mulig». Derfor er det flere brukere i egne boliger og omsorgsboliger og færre som bor på institusjon. Det er også en sterkere vekst i tjenester til yngre mennesker.

Uansett alder eller diagnose er det kommunen som har ansvaret for at brukere av hjemmetjenesten som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven (2), får vederlagsfri tannhelsetjeneste. Kommunen plikter til å legge til rette for samarbeid med blant annet fylkeskommunen (§ 3-4. Kommunens plikt til samhandling og samarbeid) for at tilbudet til c2-gruppen er tilfredsstillende. Kommunale helse- og omsorgssjefer har det overordnede ansvaret for kommunens tjenesteområder som blant annet omfatter helse- og omsorgstjenester. Derfor ble det sendt et elektronisk spørreskjema til kommunale helse- og omsorgssjefer i de 83 kommunene i region Sør hvor samhandling med den offentlige tannhelsetjenesten var hovedtema.

2.5 FASTLEGENS ANSVARSOMRÅDE

Fastlegene har en nøkkelrolle i arbeidet med å styrke det individrettede, forebyggende arbeidet som en integrert del av helsetjenestetilbudet. Forebyggende arbeid rettet mot enkeltpasienter har vært en integrert del av fastlegens oppgaver siden innføringen av fastlegereformen tidlig på 2000-tallet. De fleste

som står på fastlegens liste, vil på et tidspunkt være i direkte kontakt med legen. Gjennom møtet med pasientene har legene en enestående mulighet til å drive individrettet, forebyggende arbeid. Siden fastlegeordningen omfatter så og si hele befolkningen, vil fastlegene nå frem til grupper som det kan være vanskelig å nå gjennom andre kanaler, som kampanjer og annen helseinformasjon. Fastlegene har en viktig rolle i arbeidet med livsstilsendring.

En viktig problemstilling med fastlegeordningen i forhold til Samhandlingsreformen er hvor stort koordineringsansvar fastlegene skal ha. Bakgrunnen er at pasienter med behov for tjenester fra ulike leverandører må ha noen som ser helheten i deres behov, og som kan utøve en aktiv koordineringsrolle. I dag opplever mange pasienter at de selv eller deres pårørende må ivareta denne koordineringsrollen. Spørsmålet kan deles i tre: for det første om fastlegen bør ha et hovedansvar for koordineringen, for det andre om fastlegen, i tilfeller der andre bærer hovedansvaret for koordineringen, bør delta i koordineringsaktiviteter, og for det tredje må det også vurderes hvilken innflytelse som følger med koordineringsfunksjonen.

Fastlegen har etter fastlegeforskriften (31) et klart ansvar for å tilby forebyggende tiltak til personer med betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt. Forebygging og tidlig innsats er god praksis og en forutsetning for forsvarlig behandling når dette kan være positivt for å oppnå ønsket helseeffekt. Fastlegens ansvar for forebyggende tjenester er nærmere omtalt i Prop. 91 L (2010–2011) om helse- og omsorgstjenesteloven (32).

Forebyggende tiltak må ikke nødvendigvis iverksettes av fastlegen selv. Tilbudet kan enten gis hos fastlegen eller ved henvisning til andre tjenesteytere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i spesialisthelsetjenesten.

Gjennom fastlegeforskriften har derfor fastlegene også plikt til å henvise til den offentlige tannhelsetjenesten ved behov og samtidig orientere om pasientens rettigheter.

Samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten er et viktig ledd i Samhandlingsreformens intensjoner. Men hvordan står det til med fastlegenes kunnskap om deres rolle knyttet opp mot henvisning til den offentlige tannhelsetjenesten for denne pasientgruppen?

Regjeringens vurdering om folkehelsearbeid presentert i St.meld. nr. 35 (2006–2007) (22), er at «kommunene har ansvaret for det helsefremmende og forebyggende arbeidet gjennom kommunehelsetjenesteloven. En overordnet intensjon er at kommunen skal fremme helsen i befolkningen. På lik linje med kommunene, har fylkeskommunene et ansvar

for å fremme tannhelsen og ivareta det forebyggende tannhel-searbeidet for hele befolkningen. For å kunne gjennomføre helsemessige tiltak som fremmer både den generelle helsen og tannhelsen, kreves det en helhetlig tilnærming i arbeidet. Dette forutsetter et samarbeid med andre samfunnssektorer/ helsesektorer i kommunen».

For å nå de som trenger det mest, og for å nå målet om mest mulig egenomsorg ved hjelp av forebyggende arbeid, er godt samarbeid med kommunale tjenester avgjørende. I dette perspektivet er også fastlegene viktige aktører på bakgrunn av intensjonene med Samhandlingsreformen. Derfor var det naturlig å spørre fastlegene om hvor godt de kjente til innholdet i samarbeidsavtalen mellom kommunen og den offentlige tannhelsetjenesten.

2.6 UTVIKLINGSSENTER FOR SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER SOM REGIONAL UTVIKLINGSAKTØR

«Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er en nasjonal satsing som skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Utviklingssentrene skal legge til rette for og bidra til forskning» (33).

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er en videreutvikling av satsingen på «undervisningssykehjem» som startet opp i 1999. Ideen med undervisningssykehjem var å bidra til økt kvalitet i eldreomsorgen. Visjonen for utviklingssentre er «utvikling gjennom kunnskap». Visjonen uttrykker et ideal for dagens og fremtidens omsorgstjenester: et ideal om kunnskapsbaserte tjenester i kontinuerlig forbedring og utvikling, tjenester der de ansatte reflekterer over praksis og omdanner konkrete erfaringer til kunnskap (33).

Satsingen er forankret i St.meld. nr. 25 (2005–2006) «Mestring, muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer» (17), Omsorgsplan 2015 og delplanen «Kompetanseløftet 2015» (35). En viktig forutsetning i denne satsingen på utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenesten (fra 2009) er å etablere et forpliktende samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjoner, fylkesmann, utvalgte kommuner og stat (33).

Dagens utviklingssenter omfatter både sykehjem og hjemmetjenester og alle tjenestemottakere, uavhengig av alder, diagnose og funksjonsevne. Helsedirektoratet har satset på ett

utviklingssenter for sykehjem og ett for hjemmetjenester i hvert fylke. I Aust-Agder har de to utviklingssentrene slått seg sammen til ett felles Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.

Utviklingssentre i region Sør er lokalisert i Kristiansand, Grimstad, Porsgrunn, Sandefjord og Drammen.

Hovedmålsettingen for utviklingssentrene er:

- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket

Delmålsettinger for utviklingssentrene er:

- Pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokalt og nasjonalt definerte satsingsområder
- Pådriver for videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter
- Pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte
- Tilrettelegger for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenestene

Disse målsettingene operasjonaliseres blant annet ved at utviklingssentrene samarbeider med de kommunale omsorgstjenestene i sin region, regionale utdanningsinstitusjoner og relevante fag- og forskningsmiljøer som blant annet Senter for omsorgsforskning sør og Tannhelsetjenestens kompetansesenter. Utviklingssentrene har, som tidligere omtalt, en viktig funksjon når det gjelder spredning av kunnskap i regionen (33).

For å møte dagens og fremtidens utfordringer trenger omsorgstjenestene kontinuerlig oppmerksomhet på forbedring og utvikling. Forbedring og utvikling kan i tillegg til å øke kvaliteten i tjenesten også gjøre det lettere å rekruttere og beholde ansatte i tjenestene.

I dette prosjektet har vi intervjuet avdelingsledere ved de fem USHT-ene i region Sør.

2.7 KUNNSKAPSNIVÅ OM TANNHELSE I DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

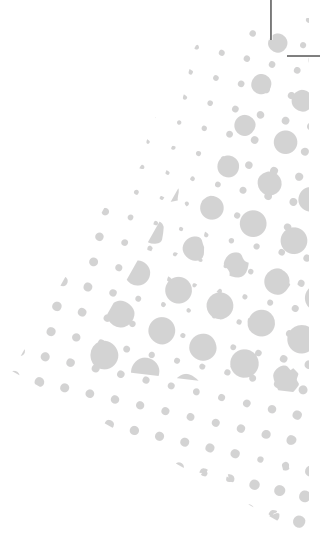
Utdanning, kunnskap og kvalitet er fokusområder i stortingsmeldingene Meld. St. 13 (2011–2012) (36), Meld. St. 18 (2012–2013) (37) og Meld. St. 10 (2012–2013) (38). Utdanning og kunnskap skal brukes til å få bedre samhandling og økt kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Etter tannhelsetjenesteloven (2) skal den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunen gi opplæring i tann- og munnstell til blant annet personalet i hjemmebasert omsorg. Tannhelse og munnhygiene bør være en del av utdanningen til helsepersonell både i videregående skole og på høgskole/ universitet. Likevel viser studier utført ved Universitetet i Oslo, samt en studie gjennomført i Bjerke bydel i Oslo (39,7), at kompetansen til helsepersonell er varierende, og det samme gjelder utøvelsen av tann- og munnstell.

I region Sør har tannhelsetjenesten i Vestfold og Buskerud blant annet et undervisningsopplegg for elever i videregående skole med linjer for helse- og sosialfag. I Buskerud har tannhelsetjenesten fast årlig undervisning for sykepleierstudenter ved Høgskolen i Buskerud utført av tannpleier og tannlege. Både i Vest-Agder og i Buskerud får helsearbeidere og pleiepersonell opplæring i blant annet munn- og tannstell, sykdommer i tenner og munnhule og i protesestell. Tannhelsetjenesten i Vestfold har undervisningsopplegg for alle linjene ved helse- og sosialfag. Det blir gitt regelmessig undervisning til personell ved sykehjem og i hjemmesykepleien. I Sandefjord har det vært et prosjekt med undervisningshjemmetjenesten de siste årene. Resultatene fra prosjektet foreligger i nær fremtid. Dette viser igjen ulik praksis og at tilbudet om opplæring varierer fra fylke til fylke.

40 % av de ansatte i den kommunale omsorgstjenesten er hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og aktivtører. Videregående skole med helsefagarbeiderutdanning er derfor en viktig aktør i utdanning av medarbeidere til den kommunale omsorgssektoren og vil også være det i fremtiden. God tilgang på helsefagarbeidere med videregående opplæring er avgjørende for å møte personellutfordringene i helse- og omsorgstjenestene fremover. Derfor er det viktig å se på hvordan undervisningen i tann- og munnhelse ivaretas i dette utdanningsløpet.

Andre som er utøvere av helse- og omsorgstjenester i kommunene, er yrkesgruppene med utdanning på høgskolenivå, sykepleiere og vernepleiere. Disse yrkesgruppene vil ofte være nøkkelpersoner og kontakter i samarbeidet med tannhelsetjenesten for blant annet c2-pasientene. Vi vil senere i rapporten presentere data fra en regional kartlegging på dette området.





3. UTFORDRINGER FREMOVER OG OVERFØRINGSVERDI

Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for å gi et oppsøkende tilbud til eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Dette er en oppgave som kan by på utfordringer med de systemer og rutiner man har i dag. Befolkningen og de prioriterte gruppene er annerledes enn de var da tannhelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984. Levealderen er høyere, og flere eldre beholder egne tenner livet ut (9). Et mål er at flere skal bo hjemme i stedet for på institusjon. Denne utviklingen vil føre til at den hjemmebaserte omsorgsformen vil øke i omfang, og det vil bli økt behov for forebyggende tiltak, både for daglig omsorg og fra tannhelsetjenestens side. Bare i Aust-Agder har gruppen med voksne over 67 år økt med hele 12,3 % fra 1.1.2010 frem til 2014 (40). Dette vil også føre til økt behov for tannhelsetjenester hos denne gruppen.

Det arbeides med en ny lov om helse- og omsorgstjenester hvor tannhelsetjenesten er inkludert, og hvor både FOU, utdanning, brukermedvirkning og samhandling med private tannleger og andre helseaktører vil få en bredere plass enn i dagens lovverk. Det blir trolig også endringer i hvem som vil få rettigheter, og det er forventet at de som trenger det mest, vil bli prioritert. Den nye loven kan føre til at etterspørselen etter tannhelsetjenester vil øke, og at svake grupper vil få et bedre tilbud. Dette krever gode rutiner og samhandling om et helhetlig tannhelsetilbud med høy kvalitet.

En annen viktig fremtidig utfordring for utøvelsen og ivaretagelsen av tannhelsetjenester er prosessen rundt kommunereformen og den kommende regionreformen.

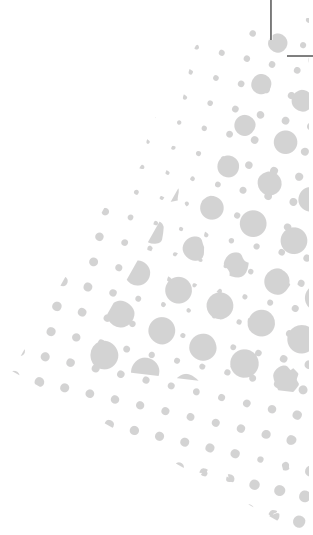
Et stort flertall på Stortinget har samlet seg om behovet for en reform av kommunestrukturen. Målsettingen med kommunereformen er:

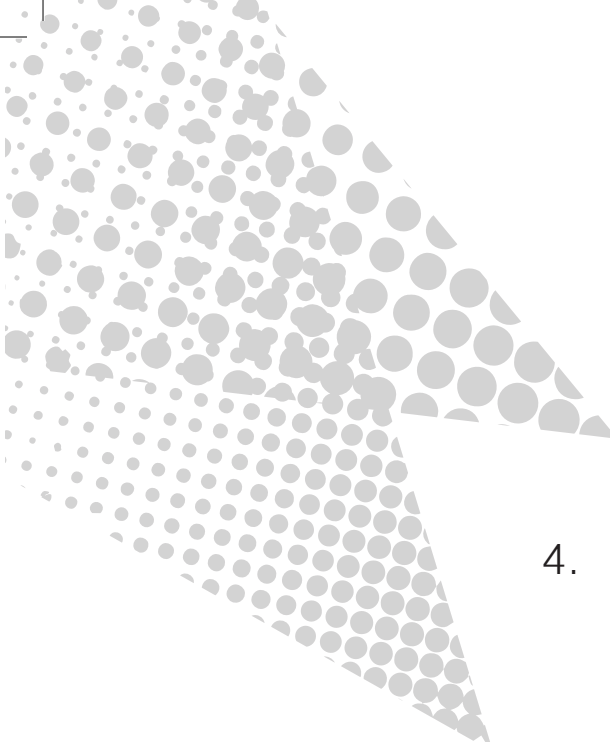
- Gode og likeverdige tjenester til innbyggerne
- Helhetlig og samordnet samfunnsutvikling
- Bærekraftige og økonomisk robuste kommuner
- Styrke lokaldemokratiet og gi større kommuner flere oppgaver

Det er også enighet på Stortinget om å gå igjennom oppgavene til fylkeskommunene, fylkesmennene og staten. Målet er å overføre mer myndighet til kommunene.

Stortingsflertallet har et sterkt ønske om å lykkes med kommunereformen. En viktig premisse for at de skal lykkes, er at de flytter nye oppgaver til kommunene. En av oppgavene en ønsker å flytte ut, er tannhelsetjenesten. Fra politisk hold er det et ønske om en tettere kobling til primærhelsetjenesten, blant annet som følge av at tannhelsetjenesten har grenseflater mot andre kommunale tjenesteområder, og for å samordne tjenester for pasienter med sammensatte behov. Likevel er det stor usikkerhet om hvordan dette skal organiseres, og hvordan ansvarsforholdene skal være. Dette har blitt mer aktuelt siden kommunereformen ikke har ført til en omfattende kommunesammenslåing. Det kan virke som om denne delen er noe mangelfullt utredet.

En annen reform som kan ha store innvirkninger på tannhelsetjenesten, er regionreformen som er på trappene. Hvilke oppgaver regionene skal ivareta, er i skrivende stund usikkert. Vil regionene fortsatt få et overordnet ansvar blant annet for folkehelsearbeid og tannhelse?





4. PROSJEKTETS FORMÅL, NYTTEVERDI OG SENTRALE PROBLEMSTILLINGER

I dette kapitlet vil vi beskrive prosjektets formål, nytteverdi og sentrale problemstillinger.

4.1 MÅL

Å kvalitetssikre tannhelsetilbudet til gruppe c2 – eldre, langtidssyke og uføre med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven – i region Sør samt styrke samhandlingen mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

4.2 DELMÅL

Delmål for å oppnå prosjektets overordnede mål:

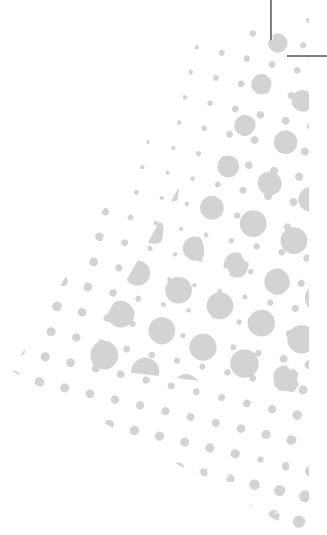
- Å evaluere og styrke samhandling mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale hjemmebaserte helse- og omsorgstjenesten
- Å finne frem til og etablere de mest hensiktsmessige prosedyrene for henvisning, undersøkelse og eventuelt behandling og oppfølging for de fem involverte fylkene
- Å sikre at informasjonen om tannhelsetilbudet når ut til og blir forstått av brukerne
- Å sikre tilstrekkelig kunnskapsnivå om tann- og munnhelse samt om tann- og munnstell hos helsepersonell i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste

- Å sikre at pasientene/brukerne får veiledning i egenomsorg i tann- og munnstell, og at de får undersøkelse og eventuelt tannbehandling de har behov for

4.3 SENTRALE PROBLEMSTILLINGER

For å kunne nå studiens hoved- og delmål ønsker vi å besvare følgende problemstillinger:

- Får pasientene det tannhelsetilbudet de har krav på?
- Hva er forskjeller/likheter i tilbudet i de involverte fylkene?
- Hvordan er samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten organisert per i dag?
- Hvordan bør samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten fungere?
- Hvordan bør samarbeidsavtaler utformes, og på hvilket nivå skal de være / er ansvarsforhold klarlagt?
- Får pasientene nødvendig informasjon om tannhelsetilbudet og om hvilke rettigheter de har?
- Hvordan er systemet for informasjon om tilbudet/rettigheter (tidspunkt, oppfølging, etterfølgende «informasjons- og tilbudsrunde»)?
- Hvordan sikre at de som har rett til tannhelsetjenester, får nødvendig og tilpasset informasjonen om dette?
- Får helsepersonell i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste nødvendig opplæring i tann- og munnhelse og tann- og munnstell?
- Hvordan er kunnskapsnivået/kompetansen om tann- og munnhelse og tann- og munnstell hos helsepersonell i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste?
- Hvordan sikre at helsepersonell i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste får nødvendig opplæring?
- Hvordan er kunnskapsnivået/kompetansen om tannhelse og tann- og munnstell hos pasientene/brukerne?
- Hvordan sikre at de som har behov, får hjelp til tann- og munnstell og får nødvendig tannbehandling?





5. ORGANISERING AV PROSJEKTET

I dette kapitlet skal vi se nærmere på prosjektets forankring og organisering.

5.1 FORANKRING

Prosjektet har vært et samarbeidsprosjekt mellom Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør, Senter for omsorgsforskning sør, Tannhelsetjenesten i Buskerud FKF, den offentlige tannhelsetjenesten i Vestfold, den offentlige tannhelsetjenesten i Telemark, den offentlige tannhelsetjenesten i Aust-Agder og den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder. Prosjektet har vært forankret hos TkS, og styringsgruppen (tabell 4) har vært sammensatt av TkS' styremedlemmer samt en representant fra Høgskolen i Telemark. Det er prosjektgruppen (tabell 5) som har gjennomført prosjektet etter planen, som er godkjent av styringsgruppen og ressursgruppen (tabell 6). Prosjektet har vært finansiert med tilskudd fra Helsedirektoratet.

Tabell 4

Styringsgruppen	
Jostein Eikland	Direktør Den offentlige tannhelsetjenesten i Vestfold
Ebba Laabakk	Budsjettleder, Fylkesrådmannen, Aust-Agder
Per Lündemann	Ass. Tannhelsesjef Vest-Agder
Turid Kristoffersen	Fylkestannlege, Telemark
Marianne Moi	Ass. Fylkestannlege Buskerud
Mette Hofstad	Specialist i periodonti, TkS
Solveig Hauge	1. Aman., Senter for omsorgsforskning Sør

Tabell 5

Prosjektgruppen	
Ewa Sz. Hovden	Forskningskoordinator, TkS
Eva Rydgren Krona	Den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud
Per Gunnar Disch	Senter for omsorgsforskning

Tabell 6

Ressursgruppen	
Anna Tveiten Lündemann	Rådgiver folkehelse, Vest-Agder
Dag Songe	Klinikkleder, Aust-Agder
Gunn Hermansen	Administrasjonsleder, Aust-Agder
Agnes Haugan	Tannpleier, Telemark
Tone Hustad Først	Virksomhetsleder Nordre Vestfold tannhelsedistrikt
Marianne Ekenes	Tannpleier, Vestfold
Liv Brattås	Ledende tannpleier, Buskerud

5.2 SAMARBEIDSPARTER

5.2.1 TANNHELSETJENESTENS KOMPETANSESENTER SØR

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør (TkS) er et interkommunalt selskap som eies av fylkeskommunene Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Selskapet ble etablert i mars 2009, og klinikken i Arendal ble offisielt åpnet i mai samme år. TkS' overordnede formål er å styrke den odontologiske kompetansen og det odontologiske behandlingstilbudet i region Sør samt å sikre befolkningen et behandlingstilbud med tilgang til avansert diagnostikk og tverrfaglig spesialistbehandling. TkS jobber med odontologisk spesialistbehandling, rådgivning til tannhelsetjenesten og befolkningen i regionen, spesialistutdanning, etter- og videreutdanning,

forskning og fagutvikling, inkludert folkehelsearbeid.

TkS har som mål å bidra til å initiere klinisk praksisnær og odontologisk forskning i region Sør, inkludert forskning med et folkehelsefokus. Fokusområder innen forskning er klinisk praksisnær forskning, forskningsbasert kvalitetssikring av tjenestetilbudet i regionen, kompetanseheving og kunnskapsbasert tannlegepraksis og nettverksbygging.

5.2.2 SENTER FOR OMSORGSFORSKNING SØR

Høgskolen i Telemark og Universitetet i Agder ble i juni 2008 tildelt Senter for omsorgsforskning sør. Senteret skal drives i et samarbeid mellom Fakultet for helse- og idrettsfag ved Universitetet i Agder og avdeling for helse og sosialfag ved høgskolen i Telemark. Senterets satsingsområder overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan skisseres slik:

- Psykisk helse
- Eldre og funksjonshemmede
- Palliasjon
- Demens
- Aktiv omsorg (helse og kultur)
- Frivillig innsats
- Helsetjenesteforskning – styring, planlegging og rekruttering
- Helseinformatikk
- Prosjektutvikling i samarbeid med undervisningssykehjemmene i regionen

Senter for omsorgsforskning sør skal basere sin virksomhet på praksisnær forskning og utviklingsarbeid, spesielt rettet mot den kommunale omsorgstjenesten. Senteret skal også gjennomføre oppdragsforskning og utviklingsarbeid etter oppdrag fra kommunale, regionale og statlige myndigheter. Samhandling med kompetansesentre om forskning og utviklingsaktiviteter inngår også.

5.2.3 DEN OFFENTLIGE

TANNHELSETJENESTEN I SØR

Fylkeskommunen har ansvar for å organisere den offentlige tannhelsetjenesten. I region Sør er det tjenester i fem fylker: Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder.

Tannhelsetjenesten i Buskerud er organisert som et fylkeskommunalt foretak. Tjenesten rapporterer direkte til fylkestinget og får sine rammer fastsatt av dette. I de øvrige fylkene

er den offentlige tannhelsetjenesten organisert som avdelinger i fylkeskommunene. I alle fylkene skal det sørges for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Den offentlige tannhelsetjenesten er organisert i tannhelsedistrikter eller klinikkområder som omfatter en eller flere kommuner eller deler av kommuner. De fem fylkene omfattet per 1. januar 2016 totalt 993 631 innbyggere (SSB, kildetabell 05212). Det er ulikt antall ansatte og tannklinikker i fylkene (tabell 7).

Tabell 7: Antall innbyggere og antall ansatte og tannklinikker i den offentlige tannhelsetjenesten i region Sør presentert fylkesvis

	Antall innbyggere	Antall kommuner	Antall ansatte i den offentlige tannhelsetjenesten	Antall offentlige tannklinikker
Buskerud	277 684	21	173	29
Vestfold	244 967	14	150	14
Telemark	172 494	18	131	15
Aust-Agder	115 785	15	130	13
Vest-Agder	182 701	15	130	13

Som beskrevet i kapittel 2.3, er det lov om tannhelsetjenesten (LOV-1983-06-03-54) (2) som styrer den offentlige tannhelsetjenesten i Norge.



6. METODE OG DATAGRUNNLAG

For å kartlegge dagens praksis når det gjelder samhandling mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten for brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør, ble en kvalitativ og en semikvantitativ tilnærming i form av personlige intervjuer og elektroniske spørreskjemaer brukt. Ulike respondentene på ledernivå ble inkludert i kartleggingen. Oversikten over respondentene presenteres i tabell 8.

Tabell 8: Respondentene i region Sør

	Personlig intervju	Elektronisk spørreskjema
Fylkestannleger	X	
Folkehelserådgivere innen tannhelse	X	
Fylkesleger	X	
USHT avdelingsleder	X	
Kommunale helse og omsorgssjefer		X
Fastleger		X

Prosjektet er gjennomført i fem fylker i region Sør: Aust- og Vest-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud. Prosjektgruppen (tabell 4) har intervjuet fem fylkestannleger (i de respektive fylker). Ikke alle fylkene hadde ansatt folkehelserådgiver, så i Telemark ble fylkestannlegen intervjuet alene. I de øvrige fylkene ble både fylkestannlege og folkehelserådgiver intervjuet. I fire av fem fylker har vi lyktes i å intervjuer avdelingsledere for USHT-ene. På grunn av omorganisering var det ikke mulig å få kontakt

med avdelingsleder for USHT i Vest-Agder, men en representant fra kommunen stilte opp til intervjuet. Elektroniske skjemaer ble sendt til kommunale helse- og omsorgssjefer i 83 kommuner (det totale antall kommuner i de fem fylkene). Spørreskjema ble også sendt til fastleger i alle 83 kommunene (ca. 800), enten direkte via e-post eller via link formidlet av de respektive kommunelegene.

6.1 INTERVJUER – DEN KVALITATIVE METODEN

I prosjektet har vi brukt semistrukturert kvalitativt intervju som datainnsamlingsmetode. Det ble gjennomført til sammen 15 personlige intervjuer (tabell 8). Prosjektgruppen (tabell 5) har valgt å intervjuer fylkestannleger sammen med folkehelserådgivere siden disse jobber tett sammen om c2- gruppen, og vi forventet at svarene vil være like for begge respondentgrupper. Fylkesleger og avdelingsledere ved USHT-ene ble intervjuet alene (personlig intervju). Alle respondentene har gitt samtykke til å delta i intervjuene. En intervjuguide ble utarbeidet før intervjuene. Denne ble godkjent av NSD og sendt til alle deltakerne i forkant av intervjuene. Fylkestannleger, folkehelserådgivere, fylkesleger samt avdelingsledere ved alle fem USHT-ene har blitt inkludert i prosjektet på tross av ulik fartstid i sine stillinger.

Intervjuguiden ble utformet av prosjektgruppen (tabell 5) og gjennomgått av ressursgruppen (tabell 6). Intervjuguiden har hovedsakelig en deskriptiv form hvor vi fokuserer på hva- og hvordan-spørsmål. For å kunne kartlegge «status quo» har vi fokusert på følgende temaer under intervjuene:

- Status på samarbeid mellom de ulike forvaltningsnivåene
- Samarbeidsavtaler
- Samarbeidsmøter mellom de ulike forvaltningsnivåene
- Behov for kompetanse
- Kommunikasjon med fastlegen

Respondentene fikk også mulighet til å komme med eventuelle andre kommentarer på slutten av intervjuet. Intervjuguidene er presentert i vedlegg 1, 2 og 3. Alle intervjuene ble systematisert etter ulike temaer og fellestrekk samt at ulikheter ble identifisert. Dette presenteres i kapittelet «Resultater».

Intervjuene ble ikke tatt opp på lydbånd siden målet ikke

var å sitere respondentene ordrett. Det er en samlet prosjektgruppe som har kommet frem til resultatene som er presentert her. Vi ønsker å understreke at prosjektet er et kvalitetsutviklingsprosjekt og ikke en revisjon. På grunn av dette, og for å beholde mest mulig anonymitet i våre data, har vi valgt å generalisere resultatene i størst mulig grad.

6.2 ELEKTRONISKE SPØRRESKJEMAER

I prosjektet har vi brukt semikvantitativ elektronisk spørreskjema. Spørreskjemaet ble sendt til 83 kommunale helse- og omsorgssjefer, og den ble også formidlet til fastleger i alle 83 kommuner. Av de 83 kommunale helse- og omsorgssjefene har 41 sett på skjemaet. Av disse svarte 32 på alle spørsmålene. Det gir en svarprosent på 39, som er noe under det man sikter mot i denne type undersøkelser. Svarfordeling etter kommunetypologi er god i forhold til utvalget (totalt antall kommuner i utvalget) for kommuner med 5000 til 9999 innbyggere og kommuner med mer enn 20 000 innbyggere. Prosentandelen av antall kommuner som har svart, ligger noe lavt for kommuner med mindre enn 4999 innbyggere og kommuner med 10000 til 19999 innbyggere. Det kan derfor diskuteres om resultatene vil være representative for alle kommuner i region Sør. Samtidig har de statistiske analyser som vi har gjennomgått, vist at det ikke finnes signifikant forskjell på svarene vi har fått i forhold til kommunestørrelser.

Tabell 9: Svarfordeling etter kommunetypologi

Antall innbyggere	Total antall kommuner i utvalget	Prosent av antall kommuner	Antall kommuner som har svart	Prosent av antall kommuner som har svart på spørreskjema
0-4999	39	47	11	34
5000-9999	17	20	8	25
10000-19999	12	14	7	22
20000-	15	18	6	19
Total	83	100	32	100

I forkant av spørreundersøkelsen kontaktet vi kommuneneleger i alle 83 kommunene som skulle videresende en anmodning til fastleger om å svare. I noen kommuner fikk vi oversendt direkte e-postadresser til fastleger, mens i andre

ble spørreskjemaet distribuert via kommuneleger i form av en link. Derfor ble skjemaet distribuert via både unike og ikke-unike linker. Det er vanskelig for oss å angi svarprosenten når det gjelder spørreskjemaet som ble sendt til fastleger i de 83 kommunene. I 2015 oppga Statistisk sentralbyrå (SSB) at det i gjennomsnitt er 10,5 leger med ulike avtaleformer i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbyggere (SSB, kildetabell 09750). Ut ifra denne statistikken kan vi estimere at det er ca. 936 leger på de 890 985 innbyggere. Til sammen har 64 fastleger vært inne på skjemaet, men bare 56 har fullført, noe som er en svært lav svarprosent. Med den lave svarprosenten kan resultatets representativitet diskuteres. Vi velger likevel å presentere data fra denne delen av undersøkelsen og ønsker på den måten å få et lite innblikk i hvordan fastlegene håndterer informasjon. Videre ønsker vi å sette fokus på de utfordringene som finnes i samhandlingen mellom allmennleger som har avtale med kommunen, og den offentlige tannhelsetjenesten.

Det kan finnes ulike og sammensatte grunner til at vi har mottatt få svar, men de mest åpenbare for oss er at skjemaet ikke har nådd alle respondentene, eller at det rett og slett ikke har blitt prioritert.

Det elektroniske spørreskjemaet hvor respondentene var de kommunale helse- og omsorgssjefene, omfattet totalt 28 spørsmål med både forutbestemte og åpne svar. Skjemaet var strukturert etter ulike hovedtemaer som samarbeidsavtaler, informasjon og informasjonsformidling til pasientene og kompetanse og behov for kompetanse i kommunen. Spørreskjemaet til kommunale helse- og omsorgssjefer presenteres i vedlegg 4.

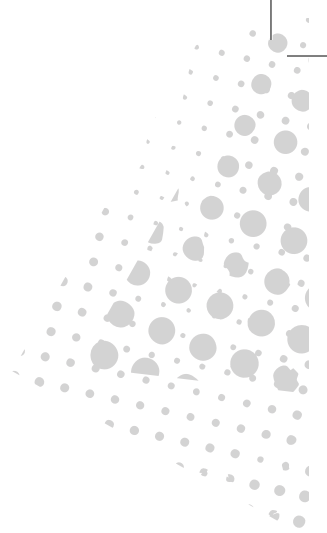
De elektroniske spørreskjemaene til respondentene som var fastleger, omfattet totalt åtte enkle spørsmål om kjennskap til pasientenes rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og om kjennskap til samarbeidsavtale samt eventuelle henvisningsrutiner for denne pasientgruppen var formulert. Spørreskjemaet til fastleger presenteres i vedlegg 5.

6.3 METODEKRITIKK

I dette prosjektet har vi tatt utgangspunkt i det vi oppfatter som sentrale respondenter for problemstillingene og delproblemstillingene vi er interessert å belyse. Fylkeslegene har ulik ansettelsestid i jobben og ulik erfaringsbakgrunn med dette temaet, noe som preget svarene vi fikk. Svarprosenten blant fastlegene var svært lav. Likevel finner vi at undersøkelsen

gir et rimelig godt bilde av situasjonen i region Sør, men vi tar forbehold om generaliserbarhet for andre regioner, da det trolig er variasjoner.

Likevel mener vi at den tilnærmingen vi her gjør, vil gi et interessant bilde som det blir spennende å trekke med seg inn i den videre debatten om hvordan en på best mulig måte kan styrke samhandlingen mellom nivåene og styrke tannhelsetilbudet for c2-pasienter.





7. RESULTATER OG DISKUSJON

7.1 INTERVJUER MED FYLKESLEGER

Vi vil gjøre oppmerksom på at fylkeslegene har ulike ansettelsestid i jobben og ulike erfaringsbakgrunn med dette temaet, noe som preget svarene. I denne sammenheng er det også viktig å opplyse om at fylkeslegene fikk tilsendt vår intervjuguide på forhånd, slik at de hadde anledning til å forberede seg.

7.1.1 FYLKESLEGENES OPPLEVELSE AV OPPFØLGINGEN AV TANNHELSETILBUDET TIL BRUKERE AV HJEMMEBASERTE OMSORGSTJENESTER I FYLKET

En av fem fylkesleger oppgir lite oversikt over dette feltet. Det har nok sin årsak i at vedkommende hadde kort fartstid som fylkeslege. Tre av fem oppgir at de opplever at tilbudet fungerer bra, men at de har hatt lite tilsyn på dette området. Det er svært lenge siden temaet tannhelse har vært en del av tilsynsomfanget.

En av fem fylkesleger er tydelig på at dette er et område med et stort underforbruk. I tillegg har det også vært klagesaker.

Data tyder på at tilbudet oppleves som tilfredsstillende fra tilsynsmyndighetenes side. Det er likevel grunn til å tro at det er flere klagesaker enn de som kommer helt til fylkeslegen siden sakene ofte løses på lavere nivå hos klinikkleder/overtannlege eller fylkestannlege.

Det er interessant at en av fylkeslegene påpeker muligheter for underforbruk av tannhelsetjenester til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester i fylket. Det kan skyldes manglende opplæring

av omsorgspersonell knyttet opp mot informasjon til brukere og andre årsaker som organisatorisk samhandling mellom kommunen og tannhelsetjenesten.

7.1.2 TILSYNET MED HJEMMEBASERTE OMSORGSTJENESTER MED FOKUS PÅ TANN- OG MUNNHELSE

Folkehelsearbeidet har fått økt fokus de senere årene, både regionalt og lokalt. Folkehelse har i økende grad blitt en del av nasjonal helsepolitikk. Dette ser vi både gjennom politikkkutvikling blant annet i. Meld. St. 34 (2012–2013) «Folkehelsemeldingen — God helse – felles ansvar» og i lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (41).

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, og arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Som regional utviklingsaktør og planmyndighet er fylkeskommunene gjennom partnerskapene, mellom kommuner og fylkeskommuner om folkehelsearbeid, tillagt rollen som pådrivere for det regionale og lokale folkehelsearbeidet. De nye regionenes ansvar innenfor folkehelsearbeidet vil bli forsterket i forhold til det ansvar fylkeskommunene har i dag. Rollen som regional pådriver og samordner skal styrkes. I en regional forankring er det viktig at tannhelsetjenestens potensial som deltaker i det generelle folkehelsearbeidet blir utnyttet optimalt og videreutvikles. Det er i stor grad de samme faktorene som har betydning for den generelle helsen som også innvirker på tannhelsen. Derfor skal forvaltningsnivåets ansvar for folkehelsearbeid også favne tannhelse.

Helsen i den norske befolkningen er god, men gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller. Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper, og disse helseforskjellene er økende. Det er derfor et langsiktig mål i folkehelsearbeidet å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse. Folkehelselovens (42) formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder å utjevne sosiale helseforskjeller, og i bestemmelser som regulerer kommunenes og fylkeskommunenes ansvar (§§ 4 og 20), er sosiale helseforskjeller spesielt nevnt.

I St.meld. nr. 20 (2006–2007) «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller» (21) legges det vekt på at arbeidet for

å motvirke sosiale helseforskjeller må kombinere målrettet innsats mot spesielt utsatte grupper med generelle velferdsordninger og befolkningsrettede tiltak. Helsen i befolkningen skapes og fordeles gjennom oppvekst og skolegang, i arbeidsliv og øvrige levekår. Her påpekes nødvendigheten av å styrke den tverrsektorielle tilnærmingen i folkehelsearbeidet og arbeide for en jevnere sosial fordeling av ressurser og dermed reduserte helseforskjeller.

Tannhelsetjenesten har en viktig rolle i folkehelsearbeidet. Det presiseres tydelig i St.meld. nr. 35 (2006–2007) «Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester» (22). Tannhelsetjenesten skal sammen med andre helseaktører være en pådriver i arbeidet. Det blir påpekt at fylkeskommunene må sikre at tannhelsetjenesten har etablert samarbeid med viktige samarbeidspartnere som fylkesmennene, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnehage/skoler/SFO, pleie- og omsorgstjenesten, helse- og sosialtjenesten i kommunene, personell som yter hjelp til fysisk og psykisk utviklingshemmede, den kommunale rusmiddelomsorgen, fengselshelsetjenesten, frivillig sektor / brukerorganisasjoner, vannverk, interesseorganisasjoner og Norsk Tannvern.

Dette gir tannhelsetjenesten en sentral plass i folkehelsearbeidet generelt, men også i helsetjenesten spesielt gjennom de ulike ansvarsområdene. På bakgrunn av dette er det grunn til å bekymre seg over at fire av fem fylkesleger oppgir at tann- og munnhelse ikke har vært en spesiell del av tilsynet de senere årene overfor gruppe c2. Fylkeslegene oppgir at hovedfokuset har vært på ernæring, og at man bare til en viss grad har vært innom temaet. En sier det slik:

«Mye tilsyn med hjemmebaserte tjenester. Mest fokus på ernæring, men lite fokus på tannhelse. Altfor lite fokus på tannhelse, for ingen tenker på det. For lite bemanning, ikke sentrale føringer mht. tannhelse, derfor ikke stort fokus.»

En av fem fylkesleger oppgir at tannhelse inkluderes i systemrevisjoner.

Fylkeslegene forholder seg til føringer fra Helsetilsynet når det gjelder innhold i tilsyn. Det vil derfor også være riktig å rette bekymringen mot Helsetilsynet for at de ikke inkluderer tannhelse i de nasjonale tilsynene.

Fylkeslegene oppgir at det er få avvik på tilsynene, og at disse følges opp på ordinært vis.

Tema for klagen som kommer, går stort sett på transport, individuelle pleieplaner hvor tannhelse mangler, og

fagkompetanse hos ansatte. På steder hvor pleiepersonell har lite eller ingen utdanning, er det oftere svikt i rutine. En av fylkeslegene oppgir at de har hatt følgende avvik:

- ikke tilstrekkelig undersøkelse og behandling
- kostnader, spesielt i forhold til behandling av rusmiddelmissbrukere
- behandling av pasienter uten samtykkekompetanse

Dette kan også være en indikator på at avvik faktisk avdekkes og løses på klinikk- og fylkestannlegenivå før de når fylkeslegen som klageinstans.

Alle fylkeslegene følger opp eventuelle avvik i henhold til gjeldende prosedyrer, og én uttaler:

«Følger standardiserte regler for rettighetslovgivning. Kan for eksempel omgjøre vedtak som kommunen har fattet. Det har vært noen alvorlige klagesaker på tannbehandling, men dette har vært hos privatpraktiserende tannleger, hvor fylkestannlegen har bistått som sakkyndig. Det er for tiden ingen med tannhelsekompetanse tilknyttet fylkeslegens kontor.»

Dette viser at samarbeidet mellom fylkeslegen og fylkestannlegen fungerer i slike saker.

7.1.3 SAMARBEID MED DEN OFFENTLIGE TANNHELSETJENESTEN

Alle fylkeslegene sier at de møter fylkestannlegene ved behov. Tre av fem sier de har regelmessige møter. Alle oppgir de at de har en eller annen form for samarbeid med fylkestannlegen.

En utdyper det slik:

«God dialog med fylkestannlegen. Jevnlige møter, avdelingsmøter. Ingen felles faglige møter. Det er ønskelig med flere møter, men dårlig kapasitet. Det er ikke mulighet til å delta på alle møter. Ingen formell kontaktarena.»

Dataene viser at alle fylkeslegene har en eller annen form for kontakt med fylkestannlegen. At tre av fem sier de har regelmessige møter, er et viktig funn. Det hadde vært interessant å se mer på innholdet i disse møtene på bakgrunn av felles utfordringer for å styrke og utvikle helsetjenesten regionalt. Et punkt i slike møter kunne være tilsyn og organisatorisk samhandling mellom nivåene knyttet opp mot utforming av avtaler mellom kommune og regional tannhelsetjeneste.

7.1.4 KORT OPPSUMMERING OG DRØFTINGER RUNDT INTERVJUENE MED FYLKESLEGER

Det er grunn til å tro at intervjuene med regionens fylkesleger har bidratt til å sette tannhelse på dagsordenen. Det underbygges med at vi ble møtt med velvilje til å snakke om utfordringene som tannhelsetjenesten har når det gjelder blant annet organisatorisk samhandling.

Tannhelsetjenestens rolle i folkehelsearbeidet innenfor habilitering og rehabilitering bør også få økt fokus hos tilsynsmyndighetene. Det er viktig å merke seg at fylkeslegene har observert utfordringer knyttet til rutiner, informasjon til potensielle brukere og til organisatorisk samhandling mellom kommunene og tannhelsetjenesten.

Kommuneoverlegen som kommunal helsekoordinator bør i sterkere grad knyttes opp mot gjennomføringen av de lov-pålagte avtalene mellom kommunene og tannhelsetjenesten. Fylkeslegens dialogmøter med kommuneoverlegene bør styrke fokus på samhandling mellom forvaltningsnivåene for å sikre tannhelsetjenester til prioriterte grupper.

Fylkeslegene ga uttrykk for at de har behov for faste møter med fylkestannlegen for å diskutere administrative og faglige spørsmål. Dette vil være en viktig arena for fylkestannlegen for i større grad å kunne påvirke både innholdet i tilsynet og være en pådriver for å utvikle god tannhelsepolitikk i regionen.

7.2 INTERVJUER MED FYLKESTANNLEGER OG FOLKEHELSEKOORDINATORER

Fylkestannlege er betegnelsen brukt i denne rapporten, men i de fem fylkene er det tre som har tittel fylkestannlege, en har tittel tannhelsedirektør og en har tittel tannhelsesjef. I fire fylker er tannhelsetjenesten en avdeling i fylkeskommunen, mens i Buskerud er tannhelsetjenesten et fylkeskommunalt foretak. I fire av fylkene er fylkestannlegen øverste faglige og administrative leder for tannhelsetjenesten, mens i Vest-Agder, hvor tannhelsesjef ikke har tannhelsefaglig bakgrunn, har de en assisterende tannhelsesjef som er tannlege, og som har fagansvar.

Intensjonen var at folkehelserådgiveren skulle være sammen med fylkestannlegen under intervjuet, men i ett av fylkene var det ingen i denne stillingen. Der hvor de har

folkehelserådgiver, har disse ulike titler, stillingsstørrelse, funksjon og ansvarsområde. Det varierer fra 100 % stilling til 20 %. I noen av fylkene er ansvar for samhandling med helse- og omsorgstjenesten i kommunene lagt til denne stillingen. I Buskerud er det opprettet en egen folkehelseavdeling i tannhelsetjenesten, ledet av en overtannpleier, som blant annet har ansvar for systematisering og oppfølging av samarbeidet med helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

7.2.1 SAMARBEID MED HJEMMEBASERTE TJENESTER I FYLKET

STATUS PÅ SAMARBEID

Alle fylkene har formalisert samarbeid med helse- og omsorgstjenesten i kommunene i sitt fylke med samarbeidsavtaler, enten på overordnet nivå, med kommuneledelse eller på tjeneste-/enhetsnivå. Det formelle er altså i orden, og intensjonen er å ha samarbeidsmøter mellom tjenestene for å følge opp ansvarsområdene i avtalene jevnlig. Systemer for at dette blir gjennomført, fulgt opp og rapportert, mangler i flere fylker.

Alle fylkene svarer at det er en større utfordring å få til gode samarbeidsrutiner med hjemmebasert omsorg enn med institusjonstjenesten. I flere av fylkene er det utfordrende å få til et fungerende samarbeid mellom to ulike forvaltningsnivåer med ulike kulturer og arbeidssituasjoner. Det som gikk igjen i intervjuene, var at på grunn av hjemmetjenestens organisering og oppgaver er det ikke alltid enkelt å få til møtepunkter med de man gjerne ville møte, fordi disse ofte er opptatt med brukerne i deres hjem. Andre momenter som blir trukket frem, er at samarbeidet er personavhengig, det er mye fravær og vikariater, og det er vanskelig å få til kontinuitet i samhandlingen. Ett fylke påpekte viktigheten av å ha godt samarbeid med eldreråd og pensjonistforeninger, som kan fungere som «ombud» for brukergruppen.

Noen fylker har innført systemer for oppfølging av og rapportering på samarbeidet med helse- og omsorgstjenesten. Det som imidlertid går igjen, er at det virker som om dette er et ensidig ansvar som tannhelsetjenesten tar, til tross for at helse- og omsorgstjenesten har et helhetlig ansvar for den enkelte bruker. Man stiller seg undrende til at de ikke har flere spørsmål og stiller flere krav til tannhelsetjenesten, når dekningsgraden for brukere av hjemmesykepleie som

er under tilsyn fra tannhelsetjenesten, er på under 40 % på landsbasis. Dette er brukere som har en lovmessig rettighet til tannhelsetjenester, men det finnes ingen oversikt over om de har mottatt tilbudet, om de har forstått det, eller hvorfor de eventuelt svarer nei.

SAMARBEIDSAVTALER

Alle fylkene har inngått samarbeidsavtaler med kommunene, men har valgt ulik organisering. Noen har forankret avtalene på overordnet nivå i kommunen, andre er forankret på tjeneste-/ enhetsnivå, og noen har avtaler forankret begge steder.

På spørsmål om hva som fungerer bra eller mindre bra med avtalene som foreligger, svarer respondentene følgende:

Hva fungerer bra?

- Avtalene gjør det enklere å ta kontakt
- Tydelighet på hva som er kommunens ansvar, og hva som er tannhelsetjenestens ansvar
- Kommunikasjonen mellom hjemmetjenestene og tannpleiere og klinikkansatte oppleves som bra når tannhelsetjenesten tar ansvar for møter og annen oppfølging
- Avtalen forutsetter møteplasser, og det er innarbeidet et system med regelmessige møteplasser hvor man diskuterer om intensjonene i avtalen blir oppfylt

Hva fungerer mindre bra?

- KOSTRA-tall viser at det er mange som ikke får eller ikke benytter seg av tilbudet. Det er en utfordring for begge tjenester finne ut hvorfor
- Tannhelsetjenesten har / tar ansvar for at samarbeidet skal fungere. Det burde vært viktigere for hjemmetjenesten å få til fungerende samhandling
- Overordnede avtaler mellom rådmann og tannhelsesjef. Selv om rådmennene har overordnet ansvar, kan de delegere bort oppgaver slik at dette blir utydelig i organisasjonen
- Avtaler på lavere nivå fungerer dårlig, for da er den ikke «viktig nok» oppe i systemet, og ingen føler at de har ansvar
- Ikke gode nok rutiner på oppfølging av avtalene

Hva kan gjøres annerledes?

- Kvalitetssikre at brukere med rettigheter får og forstår tilbudet
- Oversikt over hvorfor brukere takker nei

- Samarbeidsavtaler bør utformes i dialog mellom tjenestene
- Samarbeid med fastleger og sykehjemsleger
- Tydelig ansvars plassering
- Bør kanskje ha avtaler både på overordnet og lavere nivå

SAMARBEIDSMØTER

Fire av fem fylker oppgir at de har samarbeidsmøter med kommunen. Møtehyppighet varierer fra fylke til fylke. To av fylkene oppgir dette til én gang i året, mens to beskriver hyppigheten som «rutinemessig» eller «med jevne mellomrom».

På spørsmål om hva som er agendaen i disse møtene, svarer to av fem at samarbeidsavtaler og pasientrettigheter ofte er hovedtema. Andre punkter kan være rapportering fra kommunen, eventuelt resultater fra BSI-kartlegging (belegg- og slimhinneindeks), KOSTRA-tall, oppdatering på tannkontakt, bruk av munnstellkort, behov for opplæring/veiledning, oppfølging av at alle pasienter som har blitt undersøkt/behandlet av tannhelsetjenesten, har fått tilbakemeldings skjema, og felles utfordringer som pasienter med spesielle behov, transport og eventuelt endringer i tjenestene.

Kun to av fem fylker oppgir at de gjennomgår referatet og hva man tidligere har blitt enige om, samt vurderer om intensjonene i samarbeidsavtalen blir fulgt opp.

Samarbeidsmøter beskrives som nyttige. Samtidig påpeker noen at møtene kan ofte oppleves som «*rutinepreget og litt lite motiverende*». Flere nevner viktigheten av god planlegging med klare mål for gjennomføring, ønsket resultat og evaluering.

7.2.2 SAMARBEID MED UTVIKLINGSSENTER FOR SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER I REGIONEN

Det er ingen formaliserte samarbeidsavtaler mellom den offentlige tannhelsetjenesten og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenesten (USHT) i region Sør. Tre av fem fylker har hatt kontakt med USHT-ene via deltakelse på ulike fagmøter.

7.2.3 SAMARBEID MED FASTLEGEN

Alle fylkene har møter med fylkeslegen, men det er kun ett fylke som har formaliserte samarbeidsmøter med fastlegene i ett distrikt. Andre fylker nevner sporadisk kontakt begge veier

når det er spørsmål om for eksempel rettigheter (fra legene) eller medikamenter (fra tannhelsetjenesten).

Det er ingen forventninger til fastlegene når det gjelder tannhelseinformasjon til deres pasienter. Det er behov for bedre samhandling med fastlegene og at de får et ansvar for helheten ved å for eksempel ha et punkt i anamnesen om pasienten har utfordringer med tann- og munnhelse, om de har fast tannlege, og når siste tannhelsekontroll var.

7.2.4 BEHOV FOR KOMPETANSE I KOMMUNENE

Etter tannhelsetjenesteloven skal tannhelsetjenesten i fylkeskommunen gi opplæring i tann- og munnstell til personalet i hjemmebaserte omsorgstjenester. Det er derfor interessant å se på hvordan eventuelt opplæringsbehov kartlegges, og hvordan opplæringstilbudet organiseres og ivretas.

Intervjuene viser at det generelt finnes lite kartlegging av det faktiske behovet for kompetanse, og de vurderinger som er gjort, er tilfeldige og lite systematiske. Det er noen kommuner som gir tilbakemelding om behov for opplæring utenom det faste opplegget. Opplæringen er hovedsakelig tannpleierens ansvar, og det er de som har erfaring fra samarbeid med kommunene. Opplæringsbehovet diskuteres, og opplæringen planlegges ofte på de tidligere nevnte samarbeidsmøtene mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten.

Ett av fylkene har hatt kartlegging av kompetanse via Krona-prosjektet (43) og har siden hatt kontinuerlig oppfølging. Dette er det eneste fylket som nevner at de bistår med opplæring og veiledning sammen med både pasient og pleier.

Flere fylker bruker også ulikt materiell laget spesielt for hjemmetjenesten. Eksempler på dette er munnstellkort og tannhelseperm. Tannhelsepermen kan ha noe ulik utforming, men omfatter ofte informasjon om den lokale kontakten/tannklinikken, rettigheter med informasjonsskriv som kan deles ut til pasienter, registrerings-/tilbudsskjemaer, prosedyrer for tann- og munnstell, munnstellkort og generell informasjon om for eksempel fluorbruk, munntørrethet, de vanligste infeksjoner i munnhulen og vedlikehold av proteser.

Både fylkestannleger og folkehelserådgivere er enige om at både tannleger og tannpleiere er gode på opplæring, men mindre flinke på rapportering.

Videre er den generelle oppfatningen at opplæringen fungerer bedre på institusjon. På grunn av oppgavene og hjemmetjenestens organisering er det vanskeligere å samle hjemmesykepleierne. Hjemmetjenesten tar sjelden kontakt

med forespørsel om opplæring, og det oppleves som personavhengig om det lykkes å få til avtaler om opplæring eller for å diskutere systemer og løsninger for enkeltbrukere.

7.2.5 BEHOV FOR KOMPETANSE I TANNHELSETJENESTEN

Det utadrettede, forebyggende arbeidet er en viktig del av tannhelsetjenestens totale virksomhet. Fylkestannlegene er opptatt av at tannhelsepersonellet er på tilbudssiden, og gode til å gi opplæring og veiledning. Men hvordan er opplærings-tilbudet til tjenestens tannleger og tannpleiere når det gjelder kompetanse på brukere med ulike forutsetninger som rus, psykiatri, demens etc.?

Intervjuene viser at tannleger og tannpleiere deltar på temadager, felles samlinger og lokale og sentrale kurs. De deltar også på kurs om for eksempel rus og psykiatri, som ikke nødvendigvis omhandler tannhelse, men som er med på å styrke kompetansen på området. De siste årene har man hatt sterkt fokus på rus, psykiatri og demens, og flere fylker nevner opplæring i disse temaene for alle ansatte.

7.2.6 KORT OPPSUMMERING OG DRØFTINGER RUNDT INTERVJUENE MED FYLKESTANNLEGER OG FOLKEHELSE RÅDGIVERE

Det var tydelig i intervjuene med både fylkestannlegene og folkehelserådgiverne i region Sør at de er opptatt av tematikken. Alle fem fylker har hatt ulike tilnæringer for å møte utfordringene de opplever i samhandlingen på tvers av forvaltningsnivåene.

Til tross for tidligere samarbeid på folkehelseområdet velger hvert fylke likevel egne måter å organisere samhandlingen på, og det oppleves som at fylkene har ulike målsettinger for samarbeidet. Intervjuene preges av lite felles strategi på området.

Likevel har alle fylkene formalisert samarbeid med helse- og omsorgstjenesten i kommunene, og det settes av en god del ressurser til dette arbeidet i hvert fylke. Satsingen på gruppe c2 bør likevel økes, og tiltakene bør tydeliggjøres. Fokuset bør være å sikre at de som har rettigheter, får tilbud, samt å sørge for opplæring og veiledning av pleiepersonalet slik at daglig tann- og munnstell blir ivaretatt.

I intervjuene med fylkestannlegene og de andre respondentene har det kommet klart frem at det oftest er tannhelsetjenesten som er den oppsøkende part i samarbeidet med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Samhandling hvor kun den ene parten tar ansvar, vil ikke kunne fungere optimalt. Derfor bør samarbeidsavtaler utformes i dialog mellom tjenestene, og ansvars plassering bør tydeliggjøres.

Gjennom intervjuene har det kommet frem ønske og behov for mer formalisert samarbeid mellom tannhelsetjenesten og fastlegene. Dette er noe flere fylker mener blir viktig å jobbe med fremover.

7.3 INTERVJUER MED UTVIKLINGSSENTRE FOR SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER

Intervjuer som beskrives i dette kapittelet, omfavner utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Aust- og Vest-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud.

7.3.1 SAMARBEID MED DEN OFFENTLIGE TANNHELSETJENESTEN KNYTTET TIL OPPLÆRING OG KUNNSKAPSUTVIKLING PÅ OMRÅDET

Alle de fem USHT-ene samarbeider på ulike måter med den offentlige tannhelsetjenesten i sitt fylke. Som oftest er dette samarbeidet formalisert gjennom folkehelserådgiveren i fylket og/eller gjennom distrikts-/klinikkledelsen. To av de fem USHT-ene vi har snakket med, har avtaler om faste møter en eller to ganger i året. Opplæring av personell ved hjemmetjenesten er ofte tema på disse møtene.

7.3.2 OPPLÆRINGSTILTAK/PROSJEKTER RETTET MOT TANN- OG MUNNHELSE FOR PERSONELL I HJEMMETJENESTER

Av de fem utviklingssentrene i region Sør har ingen hatt prosjekter som er direkte rettet mot tann- og munnhelse i 2015. På landsbasis ble det i løpet av årene 1999–2013 gjennomført seks prosjekter om temaet tannhelse i regi av

utviklingssentrene, men ingen av disse i region Sør.

Flere av prosjektene omhandlet munn- og tannpleie hos eldre, hvor både nye systemer og rutiner for munn- og tannstell samt nye opplæringsverktøy har blitt utviklet. Det er ukjent for oss hvorvidt dette brukes i de regionene prosjektene har blitt gjennomført, men resultatene er lite kjent og lite brukt i region Sør.

Resultatet av prosjektet «Munn- og tannpleie til eldre og syke», utført i Hordaland fra 1999 til 2003 (44), er blant annet et veiledningshefte og billedbasert munn- og tannstellkort samt en kort undervisningsfilm, «Munn- og tannstell for eldre og langtidssyke». Ett av USHT-ene er godt kjent med filmen. Den vises til alle studenter og elever og de som er i praksis hos hjemmetjenesten. Det er imidlertid ikke noen systematikk, og det finnes ingen oversikt over hvor mange som har sett filmen, eller hvor ofte filmen vises.

I 2014 ble prosjektet «Munn- og tannhelse ... når tennene ikke lenger pusses en etter en ...» gjennomført i Sandefjord (27). Resultatene viser at rundt 75 % av hjemmetjenestens personell i Sandefjord som svarte på undersøkelsen, aldri har fått opplæring/veiledning i tann- og munnstell på arbeidsplassen, og 85 % kjente ikke innholdet i tannhelsepermen.

En del av prosjektet omhandlet etablering av samhandlingsrutiner mellom tannhelsetjenesten og hjemmesykepleien i Sandefjord kommune. Det ble blant annet utviklet et fire timers opplæringsprogram for ansatte i hjemmetjenesten. Opplæringen resulterte i signifikant forbedring av munnhygiene hos pasientene. Samtidig ble viktigheten av forankring i ledelsen påpekt som en sentral faktor for gode opplæringsrutiner og implementering av ny kunnskap. Siden prosjektslutt i 2014 er det ikke kartlagt hvor mange som benytter seg av opplæringsprogrammet, og det har ikke blitt obligatorisk for de ansatte i Sandefjord kommune eller for andre kommuner i Vestfold.

Flere av USHT-ene nevner prosjekter om ernæring hvor tannhelse inngår til en viss grad.

7.3.3 OPPLÆRING I LOVER OG REGLER

De fleste ansatte i hjemmetjenesten skal ifølge USHT-ene få opplæring i lover og regler også i forhold til rettigheter pasientene har etter tannhelsetjenesteloven. Det anses at de fleste tjenesteutøvere har relativ god kunnskap på dette området. Det ble ikke undersøkt i dette prosjektet, men flere andre prosjekter som er gjennomført i ulike kommuner utenfor

region Sør, viser at de fleste sykepleierne i hjemmetjenesten svarer ja på spørsmål om kjennskap til brukernes rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Vår undersøkelse viser at det er som oftest tannpleierne i fylket som underviser i lover og regler, og de har også opplæring i munn- og tannstell. Flere bruker tilbudsskjemaet, og i noen kommuner får pasientene egen saksbehandler.

7.3.4 BEHOV FOR KOMPETANSE

Ingen av de fem USHT-ene hadde planer om nye opplærings tiltak på intervju tidspunktet. Munnhygiene og tannhelse hos hjemmeboende pasienter er ikke et eget satsingsområde, men blir sett i sammenheng med andre områder, som for eksempel ernærings tiltak.

USHT i Vestfold jobber kontinuerlig med implementering av opplæringsplanen ved alle avdelingene. Det gis opplæring én gang i året, opplæring blir tilbudt nyansatte, og øvrige ansatte tilbys repetisjon. Men det finnes ingen rapportering på dette.

USHT i Buskerud har kontinuerlig vurderingsopplegg om helhetlig omsorg, hvor munnen også er inkludert.

Alle fem USHT-ene vi har intervjuet ser at behovet for kontinuerlig opplæringstilbud på området er stort. Kunnskapen om tannhelse er ofte mangelfull hos den utøvende tjenesten, og det kan være et sårt tema for brukere. Noen av USHT-ene mener at munnstell ofte blir glemt og ikke inngår som en del av det daglige stellet. Det er imidlertid viktig å understreke at denne påstanden ikke er underbygd med statistikk og nok vil oppleves ulikt i kommunene. Til tross for ulikheter er det enighet om at det er behov for mer informasjon om tilbudet og mer fokus på viktigheten av god tannhelse og tann- og munnstell hos C2-pasienter.

Et læringsnettverk der man ser på felles løsninger og lærer av hverandre om temaet, kan være et forslag til utviklingstiltak.

Sykdommer i munnhule og tenner er det liten kunnskap om, og flere påpeker at det er behov for praktiske prosedyrer i munnstell for mennesker med lammelser og ulike diagnoser, diagnoserelatert problematikk, informasjon om utstyr og riktig bruk av dette, og hvordan man skal forholde seg til implantater og proteser. Det er også behov for mer kunnskap om nedsatt spyttsekresjon, hvordan man avdekker diverse tanntilstander, og hvordan man forholder seg til pasienter som ikke vil at man steller munnen deres (tvang eller ikke tvang).

Å utføre praktisk munnstell på hverandre er også viktig. Munnen er en intim sone, og det er viktig å kjenne hvordan

det er selv, slik at man blir bevisst på hvordan det skal gjøres. Tannhelsetjenesten bør involveres mer i opplæring og veiledning, men det krever mer samhandling. I dag er det oftest hjemmetjenesten som er hjemme hos pasientene, det er sjelden tannpleiere er på hjemmebesøk. Det er behov for flere ansatte med høyere kompetanse som kan delta i forskning, for å bidra til å øke kunnskapen på området.

Intervjuene har også vist at det allerede finnes en god del læringsmateriale. Men retningslinjer for bruken av disse er ikke klare nok, og vi vil tørre å påstå at de nærmest er ikke-eksisterende. Felles retningslinjer og anbefalinger vil kunne bidra til et mer likt og rettferdig tilbud til C2-pasienter uavhengig av geografisk tilhørighet.

7.4 OPPLÆRING I UTDANNINGSINSTITUSJONER

I dette avsnittet presenterer vi data fra en kartlegging av de videregående skolene – studieretning for helsefagarbeiderutdanning og høgskolene i regionen. Vi har kartlagt tre skoler i Vest-Agder, fire i Aust-Agder, tre i Telemark, tre i Vestfold og fire i Buskerud. I tillegg har vi kartlagt Høgskolen i Sørøst-Norge og Universitetet i Agder. Når det gjelder Høgskolen i Sørøst-Norge, er det noe usikkerhet, da høgskolen er under fusjon, og det har vært krevende å treffe de rette personene. Men likevel har vi dannet oss et bilde.

Denne kartleggingen av utdanningsinstitusjoner ble gjennomført som telefonintervjuer med intervjuguide. Målgruppen var fagansvarlige på de ulike utdanningsstedene. Dette var en krevende form fordi det viste seg å være vanskelig å få tak i informantene, spesielt i institusjoner med høyere utdanning.

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Dette gir en fleksibilitet som åpner opp for å følge opp relevante temaer som kommer underveis i intervjuet, noe som viste seg å være nyttig.

Utfordringen med å anvende telefonintervjuer kan være at mye av dynamikken mellom forsker og informant kan forsvinne siden en ikke er på samme sted. Likevel mener vi at intervjuene gir et godt bilde av kartleggingsområdet.

7.4.1 BAKGRUNN

Samson et al. (45) gjennomførte i 2010 en studie i Norge for å finne ut om de ulike helseutdanningene gir tilstrekkelig undervisning i oral helse.

Resultatene fra undersøkelsen viser at sykepleierstudiet scorer høyest, spesielt når det gjelder undervisningstimer og praktisk trening i munnstell. Dernest kommer henholdsvis omsorgsarbeider og vernepleier. En relativt stor andel av skolene (128 av 174) har tre timer eller mer med undervisning i oral helse. Med tanke på pensumlitteratur viser undersøkelsen at lærebøkene som anvendes i helsefag/sykepleie på høyere utdanning, omhandler oral helse. I videregående skole, derimot, inneholdt to av de mest brukte bøkene henholdsvis 40 % og 50 % om dette temaet. Det kan altså se ut til at utdanningene på høgskolenivå også stiller sterkest når det gjelder pensumlitteratur. Det er oppgitt at kun én av bøkene som ble brukt, inneholdt noe om sammenhengen mellom oral og generell helse. Hvilken utdanning dette gjaldt, er ikke nevnt.

Samson et al. (45) refererer i sin undersøkelse til WHO, som arbeider for å bedre den orale helsen. I den sammenheng sier WHO at helseutdanningene må ha sterkere fokus på at studentene lærer om sammenhengen mellom oral helse, generell helse og livskvalitet. Det er ikke nok at studentene blir gode i praktisk utførelse av munnstell (45). Kan dette være et positivt bidrag til å heve kompetansen blant helsepersonell?

Studien peker på at utdanningene på bachelornivå inkluderer oral helse som en større del av læreplanen enn utdanningene på videregående nivå. Når oral helse blir inkludert i læreplanen, kan det være grunn til å tro at temaet blir tatt mer på alvor.

Forelesernes utdanningsbakgrunn er også vurdert. 88% av skolene brukte sykepleiere til å undervise i oral helse og munnstell, mens kun 31 % brukte tannhelsepersonell. Halvorsen og Mellemstuen (46) tar også opp dette temaet i sin bacheloroppgave ved tannpleierstudiet.

Her hevder de blant annet at ved å bruke tannhelsepersonell i undervisningen kan foreleserne formidle sitt budskap på en måte som kanskje vekker større interesse og påvirker forståelse og holdninger i sterkere grad enn forelesere med sykepleierbakgrunn. Det kan dermed være grunn til å tro at dette vil få positive ringvirkninger på sikt, og få betydning for hvordan helsepersonell tar vare på tannhelsen til for eksempel eldre i sykehjem. På den andre siden har sykepleiere kanskje mer kunnskap om og erfaring med eldre som pasienter og hverdagen i de ulike institusjonene. Det gjør at de kan

gjenspeile hverdagen som sykepleiere for studentene på en annen måte enn hva tannhelsepersonell kan. Av undersøkelsen går det også frem at de skolene som brukte tannhelsepersonell til å undervise, oftest hadde flest undervisningstimer i oral helse (45). Halvorsen og Mellemstuen (46) spør videre om det kan tenkes at tannhelsepersonell er mer grundige når det gjelder hva som er viktig å ha med i undervisningen? Kanskje samarbeid mellom sykepleiere og tannhelsepersonell i utdanningsforløpet kan bidra til at oral helse ansees som en viktig del av den totale helsen allerede under utdanningen? Det kan i det minste være grunn til å tenke tanken.

I undersøkelsen til Samson et al. (45) kommer det også frem til at 91 % av skolene mente at undervisningen i oral helse var en viktig del av utdanningen. 54 % mente at undervisningen om temaet var bra nok, 39 % mente at undervisningen var bra nok til en viss grad, mens 7 % mente det ikke var bra i det hele tatt. Dette viser at forbedringspotensialet er relativt stort. På den ene siden konkluderer Samson et al. (45) med at undervisningen som blir gitt i oral helse, både på høgskolenivå og i videregående skole, ikke er optimal. På den andre siden hevdes det at alle utdanningene skal gi tilstrekkelig kompetanse, slik at helsepersonell kan ivareta oral helse hos eldre i sykehjem på en tilfredsstillende måte. Det er derfor grunn til å spørre seg om utdanningene faktisk gir tilstrekkelig kunnskap i faget.

7.4.2 PRESENTASJON AV DATA

De videregående skolene vi har intervjuet, tilbyr i gjennomsnitt fire timer undervisning i teori i tann- og munnhelse i løpet av utdanningsløpet. Dette samsvarer med studien til Samson et al. (46).

To av skolene oppgir at de underviser i tann- og munnhelse mellom seks og ti timer, og én skole i Vest Agder oppgir tolv timer. Det bemerkes at det er vanskelig å si nøyaktig hvor mange timer som inngår i dette, da det er integrert i andre deler av undervisningen.

Når det gjelder opplæring i lover og regler, sier en av de videregående skolene at de ikke gjør dette. De øvrige gjør det i varierende grad. Det er vanskelig å få en nøyaktig oversikt over hva som undervises, men bevisheten om viktigheten av dette er på plass. Undervisning i lover og regelverk synes med fordel å kunne styrkes.

Et stort flertall av de videregående skolene integrerer tann- og munnhelse i eksamener og praktiske ferdighetstester.

Det er stort sett egne lærekrefter ved skolene som underviser

i tann- og munnhelse. Noen svært få bruker tannlege eller tannpleier til å undervise i dette. Det er grunn til å anmode de videregående skolene om i større grad å benytte seg av både kompetansesenter, tannleger og tannpleiere i undervisningen. Gjennom et slikt samarbeid kan det være lettere for elevene å få mer kunnskap om tannhelsetjenesten og de tjenester som ytes overfor kommunen, jf. Halvorsen og Mellemstuen (46).

Det syntes ikke å være mangel på lærebøker i temaet. Et flertall benytter seg av Cappelens, Aschehougs og Gyldendals lærebøker. Når det gjelder behovet for mer undervisningsmateriell, svarer et flertall at det kunne med fordel ha vært mer læremateriell som retter seg mot de praktiske ferdighetene.

Et økende fokus på folkehelse fordrer også et økende behov for kompetanse når det gjelder tann- og munnhelse. Det syntes derfor å være et større behov for mer undervisning i dette fremover. Det er viktig at tann- og munnhelse er emner i eksamener og ferdighetstester.

Tre av fem fylker oppgir at de har avtaler med videregående skoler om opplæring i munn- og tannhelse. Tre av fem fylker opplever at det er vanskelig å inngå disse avtalene. Utdanningsinstitusjonene oppgir at de i stor grad gjennomfører undervisningen selv, noe også data fra vår kartlegging også viser.

I vår region er det to utdanningsinstitusjoner på høyere nivå som utdanner sykepleiere og vernepleiere, Universitetet i Agder og Høgskolen i Sørøst-Norge. Tre av fem fylker oppgir at de har avtaler med høgskolesektoren om opplæring.

I stor grad ivaretas undervisningen av høgskolens eget personell. Det undervises noe i lover og regler – men det oppgis at dette med fordel kunne ha vært styrket. Det er et økende fokus på pasientrettigheter og helserett i utdanningene, og det er derfor grunn til å tro at lover og regler knyttet til tannhelse i sterkere grad enn før vil bli ivarettatt.

På institusjonene gis det opplæring i tann- og munnhelse. Dette inkluderes også i praktiske ferdighetstester. Det uttrykkes også her behov for et bedre utvalg i praktisk rettet læremateriell.

Samson et al. (45) konkluderer i sin studie med at undervisningen som blir gitt i oral helse, både på høgskolenivå og i videregående skole, ikke er optimal. På den andre siden hevdes det at alle utdanningene skal gi tilstrekkelig kompetanse, slik at helsepersonell kan ivareta oral helse hos eldre i sykehjem på en tilfredsstillende måte. Det er derfor grunn til å spørre seg om utdanningene faktisk gir tilstrekkelig kunnskap i faget.

Data fra vår undersøkelse gir ikke svar på dette, men diskusjonen om hva som ligger i tilstrekkelig kunnskap, vil fortsette. Det vi nok kan fastslå, er at en tettere oppfølging av temaet overfor utdanningsinstitusjoner og regionalt tannhelsepersonell er nødvendig.

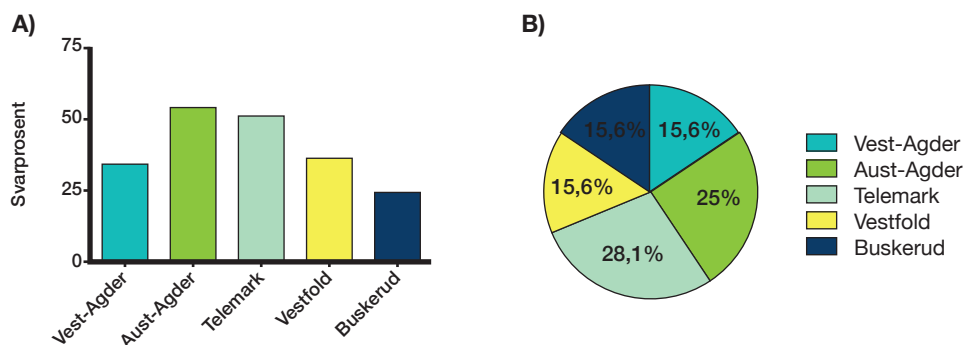
7.5 SPØRRESKJEMA – KOMMUNER

Spørreskjemaet ble sendt til 83 kommunalsjefer, helse- og omsorgssjefer eller pleie- og omsorgssjefer i våre 83 kommuner.

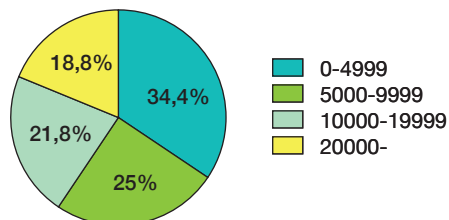
Av de 83 som fikk tilsendt skjemaet, har 41 sett på det, men ikke alle har besvart alle spørsmål. Svarprosenten per fylke var høyest i Aust-Agder med 53,3 % etterfulgt av Telemark med 50 % (Figur 1A). Det var ingen signifikante forskjeller mellom fylkene på noen av spørsmålene. Prosentvis fordeling av kommuner som har svart på skjemaet, vises fylkesvis i Figur 1B.

Figur 1: Svarprosenten og prosentvis fordeling av kommuner per fylke.

A) Svarprosent presentert per fylke. B) Prosentvis fordeling av total antall kommuner som har svart vist fylkesvis.



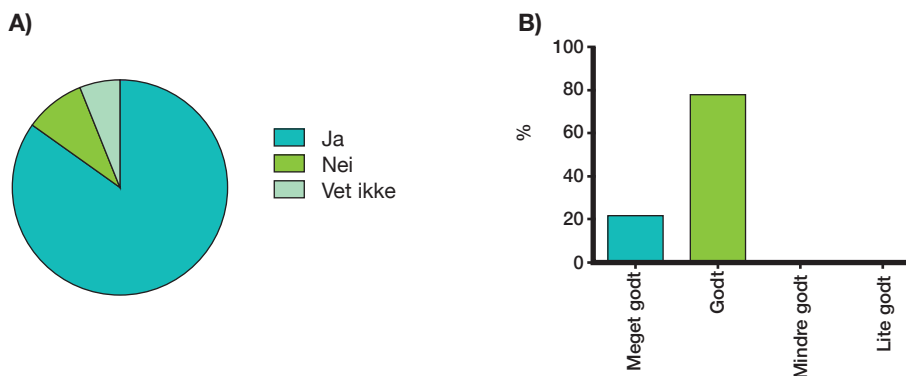
Vi har videre analysert svarene i forhold til kommunestørrelse på deltakende kommuner, men fant ingen signifikante forskjeller mellom de ulike kommunene på noen av spørsmålene. Dette kan imidlertid skyldes noe lavt antall deltakende kommuner. Fordeling i forhold til kommunestørrelse på de deltakende kommuner vises i Figur 2.

Figur 2: Fordeling i forhold til kommunistørrelse på de deltagende kommuner.

7.5.1 SAMARBEID MELLOM KOMMUNEN OG DEN OFFENTLIGE TANNHELSETJENESTEN

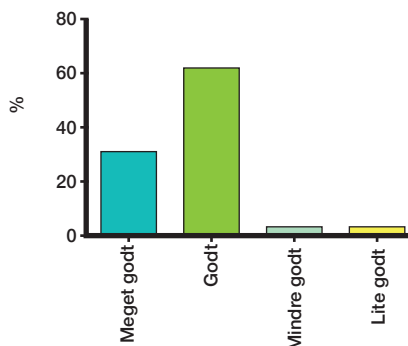
På spørsmål om det er inngått samarbeidsavtaler mellom kommunen og den offentlige tannhelsetjenesten, svarer hele 84% «ja». Bare 9 % svarer at det ikke er inngått noen samarbeidsavtaler, og 6 % vet ikke (Figur 3A). Av de som svarer at det finnes samarbeidsavtaler, svarer 24 % at avtalene fungerer «meget godt», og hele 79 % svarer at avtalene fungerer «godt». Det er ingen som mener at avtalene fungerer «mindre godt» eller «lite godt».

Figur 3: Samarbeidsavtaler mellom kommunen og den offentlige tannhelsetjenesten. A) På spørsmål «Har din kommune inngått samarbeidsavtale med den offentlige tannhelsetjenesten?», svarer 84,4% (28 kommuner) «Ja» 9,4% (3 kommuner) «Nei» og 6,3% (2 kommuner) «Vet ikke». B) På spørsmål «Hvordan vil du si at samarbeidsavtalen fungerer?», svarer 24,1% (6 kommuner) at den fungerer «meget godt» og 78,6% (22 kommuner) at den fungerer «godt».



Samarbeidet med den offentlige tannhelsetjenesten vurderes av hele 93,8 % som «meget godt» eller «godt». Det er bare to av 32 kommunale helse- og omsorgssjefer som beskriver samarbeidet mellom de to forvaltningsnivåene som «mindre godt» eller «lite godt» (Figur 4).

Figur 4: Samarbeid mellom kommunen og den offentlige tannhelsetjenesten. På spørsmål om «Hvordan vil du beskrive samarbeidet med den offentlige tannhelsetjenesten?» svarer 31,3% (10 kommuner) «Meget godt», 62,5% (20 kommuner) «Godt», 3,1% (1 kommune) «Mindre godt» og 3,1% (1 kommune) «Lite godt».



Det nevnes flere årsaker til at samarbeidet er bra, som årlige samarbeidsmøter, tannhelsetjenesten som oppsøkende part og at tannhelsetjenesten er flinke til å orientere om rettigheter (tabell 10). At de gir tilbud om opplæring av ansatte i kommunen, er også noe som flere av respondentene mener bidrar til det gode samarbeidet.

Tabell 10: «Hva vil du si er hovedårsaken til at samarbeidet fungerer «meget godt» eller «godt?»

Gjennomføring av årlige møter
Tannhelsetjenesten som oppsøkende part
En tannhelsekontakt i kommunen som er bindeledd mellom brukerne og fylkeskommunen
Gode rutiner som ferdig utarbeidede skjemaer
Jevnlige samarbeidsmøter på ledernivå
God dialog
Dedikerte ansatte som har ansvar for tannhelse hos hjemmetjenesten
Samarbeidsmøter og samarbeidsavtaler
Tannhelsetjenesten er flinke til å orientere om rettigheter, gir tilbud om opplæring av ansatte i kommunen
Tannhelsetjenesten som følger opp avtaler og er lydhørt overfor utfordringer det finnes i hjemmetjenesten.
Små, oversiktlige kommuner
Lav terskel for å kunne ta kontakt ved behov
Nær lokalisering med tannhelsetjenesten

På spørsmålet om hva som kan være hovedårsaken til at samarbeidet ikke fungerer bra, svarer bare én av 32 kommuner at mangel på samarbeidsmøter er hovedgrunnen. Dette er et interessant resultat siden hele 38 % (elleve kommuner) svarer at det ikke er etablert regelmessige samarbeidsmøter med tannhelsetjenesten, og 7 % vet ikke om dette er etablert.

På spørsmålet om hvor ofte man har samarbeidsmøter med tannhelsetjenesten, svarer 14,4 % «en gang i året», og 16,8 % svarer «to ganger i året».

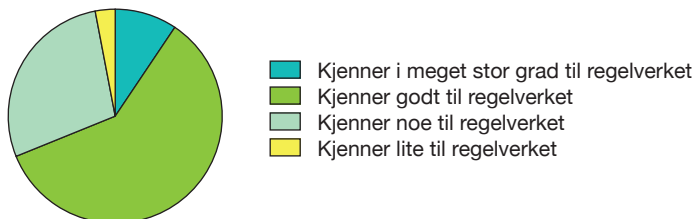
Når det gjelder spørsmålet «Hvor mange ganger i året oppdateres oversikten over brukere som har takket ja til tannhelsetjenestens tilbud?», varierte svarene fra en til fire ganger i året. Noen av kommunene svarte at oversikten oppdateres på samarbeidsmøter, mens noen oppdaterer «etter behov».

På tross av at flere av respondentene oppgir at den offentlige tannhelsetjenesten er «flink til å informere og gi opplæring», svarer hele 36 % at tannhelsetjenesten ikke deltar ved behov i utformingen av individuell plan for enkeltbrukere, og hele 46 % vet ikke om tannhelsetjenesten deltar.

7.5.2 KJENNSKAP TIL RETTIGHETER I KOMMUNEN

På spørsmålet «Hvor godt vil du si at du kjenner til reglene for fri offentlig tannhelsetjeneste?», oppga 9 % (tre kommuner) av de 32 som svarte, at de i meget stor grad kjenner til regelverket. 59 % (19 kommuner) mener de kjenner godt til regelverket, mens bare 3 % (én kommune) mener de kjenner lite til regelverket.

Figur 5: Kjennskap til rettigheter i kommunen. På spørsmålet om «Hvor godt vil du si at du kjenner til reglene for fri offentlig tannhelsetjeneste?» svarer 9,4% (3 kommuner) «Jeg kjenner meget stor grad til regelverket», 59,4% (19 kommuner) svarer «Jeg kjenner godt til regelverket», 28,1% svarer «Jeg kjenner noe til regelverket» og 3% (1 kommune)



7.5.3 INFORMASJON OM FRI TANNHELSETJENESTE TIL BRUKERE MED RETTIGHETER

De kommunale helse- og omsorgssjefene ble videre spurt om hva de tror er årsaken til at brukere av hjemmesykepleie i liten grad benytter seg av tilbudet om fri tannhelsetjeneste (Tabell 1). Her kunne respondentene velge mellom fem svaralternativer.

Av de 30 som svarte på dette spørsmålet, hadde 13 rangert «manglende informasjon» som den mest sannsynlige årsaken, mens elleve valgte «bruker privat tannlege» som årsak til den lave dekningsgraden (tabell 11).

«Problemer med helse», «problemer med transport» og «problemer med følgetjeneste» var rangert etter de to førstnevnte (tabell 11).

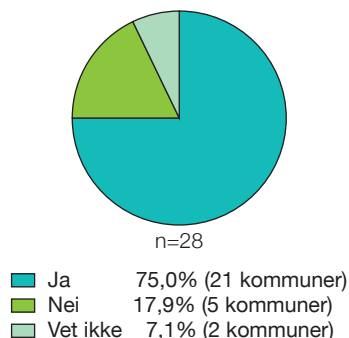
Tabell 11: «Hva tror du at årsaken til at brukere av hjemmesykepleie i liten grad benytter seg av tilbudet om fri tannhelsetjeneste i den offentlige tannhelsetjenesten?»

Manglende informasjon	43,3%
Bruker privat tannlege	36,7%
Problemer med helse	10,0%
Problemer med transport	3,3%
Problemer med følgetjeneste	3,3%
Annet	3,3%

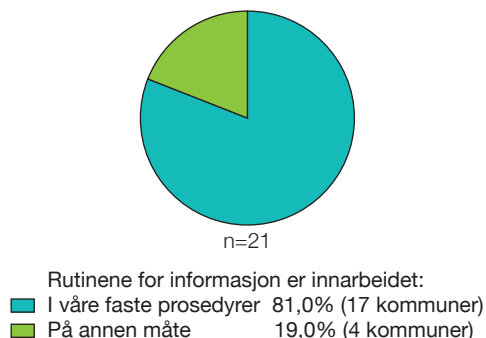
Til tross for at de fleste oppgir mangel på informasjon som hovedårsak til den lave dekningsgraden, viser undersøkelsen at 75% av kommunene har rutiner på å gi informasjon om vederlagsfritt tannhelsetilbud til brukere (Figur 6 A). 81 % har innarbeidet dette i sine faste prosedyrer (Figur 6 B). Videre svarer 22 av 32 kommuner at informasjonen om tilbudet i «meget stor grad» (syv kommuner) eller «stor grad» (15 kommuner) når ut til aktuelle brukere. Tre av 29 kommuner svarer at de har utarbeidet informasjonsmateriale på ulike språk.

Figur 6: Informasjon om fri tannhelsetjeneste til brukere med rettigheter

A) «Har de hjemmebaserte tjenestene rutiner for å gi informasjon om fri tannhelsetilbud til brukere med rettigheter i din kommune?»



B) «Er disse rutinene innarbeidet i prosedyrer eller nedtegnet på annen måte?»

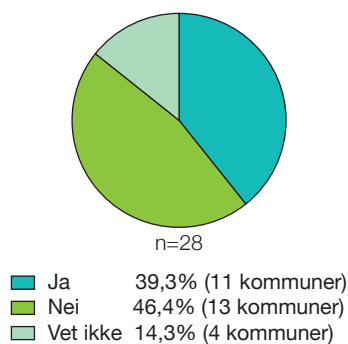


7.5.4 KOMPETANSE OG BEHOV FOR KOMPETANSE

Av 28 kommuner som har svart, har 39,3% etablert regelmessig opplæring i tann- og munnhelse i samarbeid med tannhelsetjenesten, 46,4% har ikke etablert regelmessig opplæring, og 14% vet ikke om en slik opplæring er etablert (Figur 7).

Figur 7: Opplæring om tann- og munnstell

«Har kommunen etablert regelmessig opplæring om tann- og munnhelse i samarbeid med tannhelsetjenesten?»



18% av respondentene vurderer at hjemmetjenesten har mye kompetanse på området, mens 79% svarer at hjemmetjenesten har noe kompetanse på området (Tabell 12). Hele 64% ser at det er noe behov for kompetanseheving innen tann- og

munnstell, mens 28% mener det er meget stort eller stort behov for kompetanseheving (Tabell 13).

Tabell 12: «Hvordan vil du vurdere kompetansen i hjemmetjenestes i forhold til det å utøve tann- og munnstell?» (n=28)

Hjemmetjenesten har mye kompetanse på området	17,9%
Hjemmetjenesten har noe kompetanse på området	78,6%
Hjemmetjenesten har lite kompetanse på området	3,6%

Tabell 13: «Hvilke behov ser kommunen i forhold til kompetanseheving innen tann- og munnhelse?» (n=28)

Meget stor behov	14,3%
Stor behov	14,3%
Noe behov	64,3%
Lite behov	7,1%

I 17 av 29 kommuner (58,6%) er ikke tann- og munnhelse et kompetanseområde som omfattes av kommunens kompetanseplan, mens åtte av de 29 kommunale helse- og omsorgs-sjefene (27,6%) ikke vet om dette er tilfellet.

7.5.5 KORT OPPSUMMERING

Samarbeid fungerer bra, men likevel har ikke alle etablert samarbeidsavtaler, og langt fra alle har samarbeidsmøter.

Mange mener det er gode rutiner for formidling av informasjon, mens andre oppgir at grunnen til at brukere ikke benytter seg av tilbudet, skyldes at informasjon ikke når dem som trenger den.

Kompetansen vurderes til middels, men likevel hevdes det at kompetanseheving ikke er nødvendig.

7.6 SPØRRESKJEMA – FASTLEGER

7.6.1 SAMARBEID MED DEN OFFENTLIGE TANNHELSETJENESTEN

Av de 64 fastlegene som svarte, oppgir kun 12% at de kjenner til samarbeidsavtalen med den offentlige tannhelsetjenesten. 88 % sier at de i liten eller ingen grad kjenner til avtalen. Ser vi på fastleger fordelt på de ulike fylkene, finner vi ingen forskjell i dataene. Det kan indikere at bildet som tegnes her, er gjeldende.

På bakgrunn av dette er det grunn til å stille spørsmål både ved informasjon og kunnskap. Kommunelegene bør ha ansvar for å formidle informasjon videre til fastlegene, men vi ser at kommunelegene i svært liten grad deltar i utvikling av samarbeidsavtalene mellom kommunene og den offentlige tannhelsetjenesten.

7.6.2 KJENNSKAP TIL RETTIGHETER

Av de 64 fastlegene som har svart, oppgir kun 15% at de kjenner godt til regelverket for vederlagsfri tannhelsetjeneste for eldre, uføre og langtidssyke som har vedtak om hjemme-sykepleie. 40% oppgir at de i noen grad kjenner til det, mens de resterende 45% sier at de i liten grad kjenner til dette. Det er grunn til å tro at dette gir et riktig bilde av hvordan kunnskapen om regelverket er. Det kan være flere årsaker til dette, men uklare samarbeidsrelasjoner mellom fastlegene, tannhelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten kan være noe av årsaken. Ansvar for samhandling på dette feltet virker uklart.

En gjennomgang av fastlegeavtalen i Oslo viser at få punkter omtaler samarbeidet mellom fastlegene og hjemmetjenesten, og at det ikke defineres hva som kan forventes av legene i dette samarbeidet. Det er grunn til å tro at de samme utfordringene i dette samarbeidet gjelder i vår region. Derfor er det viktig å forbedre dette samarbeidet, som ofte kan oppfattes som utfordrende. Et mål må være at hjemmetjenesten og fastlegene skal ha realistiske og konkrete forventninger til hverandre.

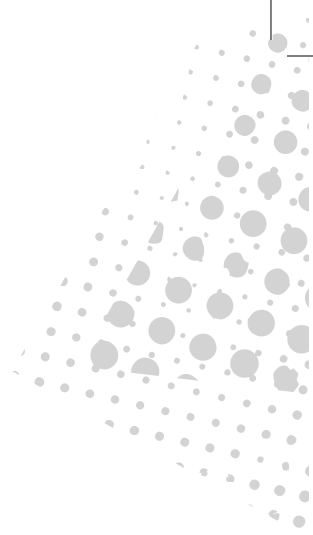
7.6.3 INFORMASJON OG HENVISNING

Vi spurte fastlegene om de informerer om fri/gratis tannhelsetjeneste i den offentlige tannhelsetjenesten i sin kommune for aktuelle brukergrupper der det syntes nødvendig. I vårt utvalg på 64 leger sier 39% at de informerer, mens de resterende 61% informerer sjelden eller aldri.

Pasienter har rett til informasjon som er tilpasset deres behov. Denne rettigheten brytes hver dag i norsk helsevesen, og til tross for at dette er en klar rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven, er det grunn til å anta at det også gjelder fastlegene. Det er derfor viktig at fastlegene får informasjon om dette tilbudet. Fastlegenes overordnede i kommunen er kommunelegen, som bør få ansvar for å styrke informasjonen. Tannhelsetjenesten bør opprette samarbeid med kommunelegene.

Vi spurte fastlegene om hvor ofte de henviser/anbefaler pasienter til fri/gratis tannhelsetjeneste. Av de 56 som svarte, sier én meget ofte, mens 14 svarte av og til og 41 sjelden eller aldri. Vi spurte hvorfor man sjelden eller aldri henviser til fri/gratis tannhelsetjeneste. Av de 56 som svarte, oppgir 54% at de ikke kjenner til regelverket. Altså er det mangel på kunnskap om dette temaet. Likevel er det viktig å tilføye at mange, selv om de har rett til fri/gratis tannhelsetjeneste, velger å gå til sin faste tannlege så lenge de har mulighet.

Vi spurte også om i hvilken grad fastlegene samhandler med hjemmesykepleien om henvisning til fri/gratis tannhelsetjeneste. Av de som henviser, oppgir et flertall at de samhandler med hjemmetjenesten om dette. Det betyr at fastleger som henviser, har et aktivt forhold til utfordringene gjennom samhandling med hjemmesykepleien.





8. AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Dette prosjektet retter seg inn mot rammebetingelser som vi mener har betydning for å få til en god samhandling mellom den offentlige tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten for gruppe c2-pasienter.

I intervjuene med fylkeslegene kom det frem at det i liten grad har vært spesifikke tilsyn med målsetting om å se nærmere på tannhelsetilbudet for c2-pasienter. Temaet har blitt belyst i systemrevisjoner. Det er grunn til å tro at man bør vurdere å se nærmere på dette temaet i fremtidige tilsyn. Gjennom tilsyn vil en få et sterkere fokus på prosedyrer, informasjon og samhandling. Det vil på sikt kunne være med på å styrke fokuset på tannhelsetjenestens rolle i den kommunale helse og omsorgstjenesten.

I alle fylkene som deltar i denne studien, er det inngått samarbeidsavtaler med de enkelte kommunene. I avtalene er det tydeliggjort hva som er kommunens ansvar, og hva som er tannhelsetjenestens ansvar. Kommunikasjonen mellom hjemmetjenestene, tannpleierne og tannklinikkene oppleves som bra når tannhelsetjenesten tar ansvar for møter og annen oppfølging. Det er grunn til å tro at det med fordel kunne ha vært flere møteplasser mellom tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom slike møter blir man bedre kjent med utfordringene tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har i arbeidet med denne pasientgruppen. En tydeligere ansvars- og oppgavefordeling gjennom dialog kan bidra til utvikling av en bedre samhandlingsrelasjoner. Man vil også i større grad kunne avdekke behov og planlegge opplæring på dette feltet. I møtene vil det være hensiktsmessig at kommunelegen eller en representant for kommunelegen deltar. Kommunelegen har en koordinerende funksjon for helsetjenestene i kommunen og blir en viktig partner i samhandlingen mellom fastleger, hjemmetjeneste og tannhelsetjeneste.

Opplæring og kunnskapsoverføring er viktig for å skape større samhandling og bedre kvalitet på de tjenestene som utøves. Både tannklinikker og hjemmetjenester er opptatt av kunnskapsformidling på dette området.

Studien viser at kjennskap til hverandres organisasjon, kontaktetablering mellom samarbeidende parter og faste kontaktpersoner er viktige faktorer. Kunnskapsoverføring og opplæring av personell i pleie- og omsorgstjenesten har også stor betydning for god oppfølging av munn- og tannstell hos pasienter i institusjon og i hjemmesykepleie. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, og mandatet disse har, synes å være lite kjent blant fylkestannleger og folkehelserådgivere. Utviklingssentrene har et viktig ansvar for kunnskapsspredning og kunnskapsforvaltning i helse- og omsorgssektoren. Det betyr at samarbeid mellom fylkestannlegen og utviklingssentrene ville kunne være positivt med hensyn til kunnskapsspredning regionalt. Det har vært noen forsøk på dette blant annet i Vestfold og Buskerud, men en større satsing på samarbeid vil være viktig.

Det vil også være viktig å satse videre på utdanningssektoren. I videregående skole er det ujevn vektning på opplæring i munn- og tannstell, og det samme finner vi innenfor høyere utdanning. En tilnærming til de regionale utdanningsinstitusjonene på området både når det gjelder forskning og utdanning vil være viktig for TKS Sør og fylkestannlegene. Tannhelsetjenesten har dokumentasjon på hvor viktig jobb helsepersonell har i daglig tann- og munnstell for mennesker som ikke lenger klarer dette selv, og denne må brukes i samhandling for å få styrket dette faget i videregående opplæring og i høgskolesystemet.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er under press. Data fra vår studie viser at et flertall av kommunene har etablert rutiner for munn- og tannstell i tjenestene. Rutiner for informasjon om tannhelsetjenestens tilbud er også innarbeidet. Det er likevel grunn til å spørre om dette fungerer i praksis. Kommunalsjefene / helse- og omsorgssjefene etterlyser mer kompetanse på området. For å klare dette er det viktig med drøftinger mellom fylkestannlegen, kommuneledelsen, kommunelegen og utøverne av tjenestene. En viktig faktor i utviklingen av opplæringstilbud vil være utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i regionen. Vi vil derfor fremme forslag om at dette temaet drøftes i et møte mellom Regionalt KS, fylkestannlegene og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, slik at det på sikt kan være mulig å opprette et læringsnettverk med fokus på tann- og munnhelse hos mennesker med pleiebehov.

Vi fikk få svar på henvendelsene til fastlegene, men vi tror likevel at spørreskjemaet satte temaet på dagsordenen, og at flere har blitt oppmerksomme på viktigheten av tann- og munnhelse.

Data viser at kunnskapsnivået til regelverk og avtaler er lavt. Det er behov for opplæring og informasjon. Fylkestannlegen bør samarbeide med kommunelegen og omsorgstjenesten for å bedre dette.

Oppsummert viser studien at de formelle kravene til avtaler og samhandling er på plass. Det er større usikkerhet om hvordan avtalene fungerer i praksis og blir fulgt opp. En tettere dialog mellom partene er nødvendig. Ansvar er ligge både hos kommunene og fylkestannlegene/folkehelsestjenestene.

En tettere dialog med fastlegene om dette temaet bør også prioriteres. Kommunelegen har en nøkkelrolle i dette arbeidet, i samarbeid med fylkestannlegen.

Et større fokus på hvordan samhandlingen fungerer i praksis gjennom statlige tilsyn, vil være med på å øke oppmerksomheten på tann- og munnhelse i kommunehelsetjenesten.

I likhet med andre områder i helse- og omsorgstjenesten er det behov for kompetanseheving. Vi har foreslått tiltak som kan høyne kompetansen. Et tettere samarbeid mellom utdanningssektoren, tannhelsetjenesten, utviklingssentrene, KS og representanter for utøverne vil være nødvendig.

Likevel er det grunn til å understreke at samhandlingen om tjenestene ikke bare skal skje fra fastlegens side. Like viktig er det at også de hjemmebaserte tjenestene har dialog med fastlegen. Tradisjonen på dette området antas å være noe varierende fra kommune til kommune. Organisatorisk samhandlingskompetanse vil være et viktig tema å fokusere videre på både i undervisning, turnustjeneste og i praksisstudier.





9. LITTERATUR

- 1) Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. FOR-1984-05-24-1268
- 2) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om tannhelsetjenester (tannhelsetjenesteloven), LOV-1983-06-03-54. ISBN 82-504-1407-1.
- 3) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30.
- 4) Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. FOR-2003-06-27-792.
- 5) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). LOV1999-07-02-63.
- 6) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell (1999). LOV-1999-07-02-64.
- 7) Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, Oslo kommune, bydel Bjerke. Prosjekt tannhelse. Tannhelse hos eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleien (2010).
- 8) Fjæra B, Willumsen T. Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. Forskning nr. 2, 2010; 5: 100-108.
- 9) Lyshol H, Biehl A. Tannhelsestatus i Norge – En oppsummering av eksisterende kunnskap. Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI Rapport 5, 2009).

- 10) Helsetilsynet. Rapport 5/2004. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenesten i Norge.
- 11) Gimmestad AL (2006). Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116(5): 268–73.
- 12) Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56(11): 2124–30.
- 13) Tannhelsetjenesten i Buskerud TFK. Undersøkelse av tann- og munnstell på sykehjem / bo- og behandlingssentre i Buskerud våren 2012.
- 14) Myhrer T, Haugen HK, Willumsen T, Bergland A. Tannhelse og livskvalitet hos personer etter hjerneslag. *Nor Tannlegeforen Tid* 2014; 124: 890–7.
- 15) Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste nærhet og helhet.
- 16) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid, 2011. LOV-2011-06-24-29.
- 17) Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, mulighet og mening.
- 18) Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- 19) Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.
- 20) Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2005:11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet.
- 21) Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.
- 22) Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning Framtidens tannhelsetjenester.

- 23) Helse- og omsorgsdepartementet). Ot.prp. nr. 73 (2008–2009) Om lov om fylkeskommunale oppgaver i folkehelsearbeidet.
- 24) Statens helsetilsyn Veiledningsserie 1:1999. «Tenner for livet» – Helsefremmende og forebyggende arbeid. IK-2659 (1999).
- 25) Løvåsen Sykehjem, Den Offentlige Tannhelsetjenesten ved Loddefjord Tannklinikk, Undervisningssykehjemmet i Bergen. «Veiledningshefte for munn- og tannstell. For helsepersonell i sykehjem og i hjemmesykepleien». 5. opplag, desember 2010.
- 26) Forvaltningsrevisjon Den offentlige Tannhelsetjenesten i Vest-Agder (2006). Tannhelsetilbudet til psykisk utviklingshemmede, mottakere av hjemmesykepleie, eldre, langtidssyke og uføre.
- 27) Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning. NOU 2000: 22 «Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune». Utredning fra Oppgavefordelingsutvalget oppnevnt ved kongelig resolusjon 5. juni 1998. Avgitt til Kommunal- og regionaldepartementet 3. juli 2000.
- 28) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven). LOV-1984-03-30-15. ISBN 82-504-1414-4.
- 29) Helsedirektoratet. Nasjonale mål og prioriteringer på helse og omsorgsområdet i 2015. Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetakene og fylkesmennene fra Helsedirektoratet. Rundskriv IS-1/2015.
- 30) Otnes B. Statistisk sentralbyrå. Utvikling i pleie- og omsorgstjenestene 1994–2013. Tidsskrift for omsorgsforskning 2015; 1(1); 48–61.
- 31) Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842.
- 32) Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 91 L (2010–2011). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- 33) Helsedirektoratet. Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

- en nasjonal satsing. Overordnet strategi 2011–2015. IS-1858.
- 35) Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2015–2016). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak. Kompetanseløft 2020.
 - 36) Kunnskapsdepartementet. Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis.
 - 37) Kunnskapsdepartementet. Meld. St. 18 (2012–2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter.
 - 38) Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.
 - 39) Ildgruben S. Samhandling mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og kommunale samarbeidspartnere i pleie- og omsorgstjenesten. Masteroppgave ved Det medisinske fakultet, institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO (2011).
 - 40) Aust-Agder Fylkeskommune. Tannhelseplan 2010–2014.
 - 41) Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar og i Lov om folkehelsearbeid.
 - 42) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).
 - 43) Kommuneforlaget Kronaprojektet fra tannhelsetjenesten i Buskerud.
 - 44) Munn- og tannhelse ... når tennene ikke lenger pusses en etter en Rapport fra tannhelseprosjektet - et samarbeid mellom tannhelsetjenesten i Vestfold og USHT Vestfold. Rapport publisert 10.09.2014.
 - 45) Samson H, Iversen MM, Strand GV. Oral care training in the basic education of care professionals. The Gerodontology Societ 2010; 27(2), 121–128. Halvorsen K, Mellestuen A. Kunnskap – En viktig faktor for hvordan oral helse blir ivaretatt hos eldre pleietrengende? Bacheloroppgave i tannpleie, 2015. Høgskolen i Hedmark.

FIGUROVERSIKT

Figur 1: Svarprosenten og prosentvis fordeling av kommuner per fylke.

Figur 2: Fordeling i forhold til kommunestørrelse på de deltagende kommuner.

Figur 3: Samarbeidsavtaler mellom kommunen og den offentlige tannhelsetjenesten.

Figur 4: Samarbeid mellom kommunen og den offentlige tannhelsetjenesten.

Figur 5: Kjennskap til rettigheter i kommunen

Figur 6: Informasjon om fri tannhelsetjeneste til brukere med rettigheter

Figur 7: Opplæring om tann- og munnstell

TABELLOVERSIKT

Tabell 1: Dekningsgraden 2015: eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie. Tall hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB)

Tabell 2: Sammenligning av dekningsgraden 2015 gitt av Statistisk sentralbyrå (SSB) med interne tall fra den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud og Aust-Agder fylkeskommuner

Tabell 3: Ulike lover og forskrifter som styrer det offentlige tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester

Tabell 4: Styringsgruppen

Tabell 5: Prosjektgruppen

Tabell 6: Ressursgruppen

Tabell 7: Folkemengde i region Sør fylkesvis og antall ansatte og klinikker fra den offentlige tannhelsetjenesten

Tabell 8: Respondentene i region Sør

Tabell 9: Svarfordeling etter kommunetypologi

Tabell 10: «Hva vil du si er hovedårsaken til at samarbeidet fungerer 'meget godt' eller 'godt'?»

Tabell 11: «Hva tror du at årsaken til at brukere av hjemmesykepleie i liten grad benytter seg av tilbudet om fri tannhelsetjeneste i den offentlige tannhelsetjenesten?»

Tabell 12: «Hvordan vil du vurdere kompetansen i hjemmetjenesten i forhold til det å utøve tann- og munnstell?»

Tabell 13: «Hvilke behov ser kommunen i forhold til kompetanseheving innen tann- og munnhelse?»



VEDLEGG



TEMA TIL INTERVJU MED FYLKESLEGE

<p>Introduksjon</p> <p>Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge skal etter lov om tannhelsetjenesten (1984) yte forebyggende tiltak for hele befolkningen samt gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til bestemte grupper. En av gruppene som har rett på vederlagsfrie ytelser fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, er eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie (gruppe c2). Denne pasientgruppen representerer samtidig brukere av pleie- og omsorgstjenesten som kommunen har ansvaret for. Et system hvor flere forvaltningsnivåer deler ansvaret for den samme pasienten, krever høy grad av samhandling mellom tjenestene. Dekningsgraden fra fylkeskommunene viser at dette kan være en utfordring, og at det er mange som ikke benytter seg av tilbudet.</p> <p>Målet med prosjektet er å kvalitetssikre tannhelsetilbudet til gruppe c2 samt styrke samhandlingen mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.</p> <p>I studien ønsker vi å kartlegge hvordan samarbeidsavtaler og samhandlingen mellom de ulike fylkeskommuner og de kommunale helse- og omsorgstjenestene fungerer, og i hvilken grad samarbeidsavtalene er gjort kjent på det overordnede nivået både i fylkene og i den enkelte kommunen. Vi ønsker videre å kartlegge behov for kompetanseheving i kommunene og ved undervisningsinstitusjoner.</p> <p>Hensikten med intervjuet er å samle kvalitative data om temaet på en mest mulig effektiv og korrekt måte.</p>
Fylke
Til stede
Hvordan opplever fylkeslegen at tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven følges opp i kommunene i fylket
Har fylkeslegen en møteplass med den offentlige tannhelsetjenesten
Hvor stor del av tilsynet med hjemmebaserte omsorgstjenester har fokus på tann- og munnhelse
<p>Hvordan opplever dere at status er på samarbeid mellom tannhelsetjenesten og hjemmebaserte tjenester i fylket, knyttet opp mot tilsyn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rutiner - Oppfølging - Samhandling

Hvordan følges eventuelle avvik opp
Hva er hovedinnholdet i avvik som avdekkes
Hvor mange klagesaker kommer til fylkeslegen på manglende tannhelsetjenester i løpet av året – Hva er hovedfokus i klagen
Andre temaer som kommer opp
Andre relevante opplysninger

TEMA TIL FOKUSGRUPPEINTERVJU MED FYLKESTANNLEGE OG FOLKEHELSEKOORDINATOR

Introduksjon

Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge skal etter lov om tannhelsetjenesten (1984) yte forebyggende tiltak for hele befolkningen samt gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til bestemte grupper. En av gruppene som har rett på vederlagsfrie ytelser fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, er eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie (gruppe c2). Denne pasientgruppen representerer samtidig brukere av pleie- og omsorgstjenesten som kommunen har ansvaret for. Et system hvor flere forvaltningsnivåer deler ansvaret for den samme pasienten, krever høy grad av samhandling mellom tjenestene. Dekningsgraden fra fylkeskommunene viser at dette kan være en utfordring, og at det er mange som ikke benytter seg av tilbudet.

Målet med prosjektet er å **kvalitetssikre tannhelsetilbudet til gruppe c2 samt styrke samhandlingen mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.**

I studien ønsker vi å kartlegge **hvordan samarbeidsavtaler og samhandlingen mellom de ulike fylkeskommuner og de kommunale helse- og omsorgstjenestene fungerer, og i hvilken grad samarbeidsavtalene er gjort kjent på det overordnede nivået både i fylkene og i den enkelte kommunen. Vi ønsker videre å kartlegge behov for kompetanseheving i kommunene og ved undervisningsinstitusjoner.**

Fokusgruppeintervju: Hensikten er å samle kvalitative data om temaet på en mest mulig effektiv og korrekt måte. I fokusgruppeintervjuet vil det legges til rette for innsamling av svar gjennom at deltakerne samtaler med hverandre og med den som intervjuer.

Fylke

Til stede

Hvordan opplever dere at status er på samarbeid med hjemmebaserte tjenester i fylket

- Rutiner
- Oppfølging
- Samhandling

Samarbeidsavtaler med kommunene

- Hvilket nivå er avtalene forankret på (overordnet eller på institusjons-/tjenestenivå)
- Hva fungerer bra
- Hva fungerer mindre bra
- Hva kan gjøres annerledes
- Kontaktpunkter med tjenestene i kommunen
- Hvordan bør samarbeidsavtaler utformes i fremtiden

<p>Samarbeidsmøter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det regelmessige møter med kommunen om samarbeidsavtalen - Hva er agendaen i disse møtene - Hvordan fungerer møtene - Om møtene er utfordrende – hva skal til for å optimalisere disse - Hva rapporteres det om i møtene - Rapportering om overholdte møter
<p>Behov for kompetanse i kommunene og i tannhelsetjenesten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan kartlegges eventuelt opplæringsbehov i kommunen - Hvordan ivaretas opplæringstilbudet ut i kommunene - Hva fungerer bra - Hva fungerer mindre bra - Hva kan gjøres for å bedre opplæringstilbudet - Hvordan er opplæringstilbudet for tjenestens <u>tannleger og tannpleiere</u> når det gjelder brukere med ulike forutsetninger som rus, psykiatri, demens etc. - Finnes det samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i regionen
<p>Opplæring i utdanningsinstitusjoner</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avtaler med høgskolesektoren - Avtaler med VGS - Undervisning/hospitering
<p>Kommunikasjon med fastlegen</p> <ul style="list-style-type: none"> - På hvilken måte når tannhelsetjenesten ut til fastlegene med informasjon
<p>Andre temaer som kommer opp</p>
<p>Andre relevante opplysninger</p>

INTERVJUGUIDE UTVIKLINGSSENTER FOR SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER

<p>Introduksjon</p> <p>Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge skal etter lov om tannhelsetjenesten (1984) yte forebyggende tiltak for hele befolkningen samt gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til bestemte grupper. En av gruppene som har rett på vederlagsfrie ytelser fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie (gruppe c2). Denne pasientgruppen representerer samtidig brukere av pleie- og omsorgstjenesten som kommunen har ansvaret for. Et system hvor flere forvaltningsnivåer deler ansvaret for den samme pasienten, krever høy grad av samhandling mellom tjenestene. Dekningsgraden fra fylkeskommunene viser at dette kan være en utfordring og at det er mange som ikke benytter seg av tilbudet.</p> <p>Målet med prosjektet er å kvalitetssikre tannhelsetilbudet til gruppe c2 samt styrke samhandlingen mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.</p> <p>I studien ønsker vi å kartlegge hvordan samarbeidsavtaler og samhandlingen mellom de ulike fylkeskommuner og de kommunale helse- og omsorgstjenestene fungerer, og i hvilken grad samarbeidsavtalene er gjort kjent på det overordnede nivået både i fylkene og i den enkelte kommunen. Vi ønsker videre å kartlegge behov for kompetanseheving i kommunene og ved undervisningsinstitusjoner.</p> <p>Hensikten med intervjuet er å samle kvalitative data om temaet på en mest mulig effektiv og korrekt måte.</p>
<p>Fylke</p>
<p>Driver utviklingssenteret noen opplæringstiltak/prosjekter rettet mot tann- og munnhelse for personell i hjemmetjenester</p>
<p>Nevn opplæringstiltak/prosjekter</p>
<p>Gir/Har utviklingssenteret gitt noen form for opplæring i lover og regler og samhandling med fylkeskommunal tannhelsetjeneste for brukere av de kommunale hjemmetjenestene</p>
<p>Har utviklingssenteret samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten knyttet til opplæring og kunnskapsutvikling på området, eller er det planer om det</p>
<p>Har utviklingssenteret samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten, og hvordan samarbeides det</p>

Har utviklingssenteret planer om å iverksette opplæringstiltak på området
Ser utviklingssenteret behov for opplæringstilbud på området, eventuelt hvilke
Ser utviklingssenteret behov for opplæringstilbud på området, og hva bør et slikt opplæringstilbud inneholde
Er det behov for mer læremateriell om temaet
Andre relevante opplysninger

SPØRRESKJEMA TIL KOMMUNALSJEF / HELSE- OG OMSORGSJEF / PLEIE- OG OMSORGSSJEF

Introduksjon

Med sterk vekst i antall eldre og nye brukere av kommunale omsorgstjenester tjenester med egne tenner har det blitt et økt behov for kunnskap om tann- og munnhelse for alle helseprofesjoner som er aktører i helse- og omsorgstjenesten. Tannhelsetjenesteloven gir grupper av eldre, uføre og langtidssyke som har hjemmesykepleie, rett til gratis tannhelsetjeneste i offentlig tannklinikk, men forskning viser at brukere av hjemmebaserte tjenester i liten grad benytter seg av dette tannhelsetilbudet. Erfaringsmessig ved sykdom vil mange droppe tannlegebesøk, men vil ha hyppigere besøk hos fastlegen sin. Derfor er fastlegens rolle også viktig når det gjelder tannhelsen.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør og Senter for omsorgsforskning sør gjennomfører med støtte fra Helsedirektoratet denne kartleggingen i kommunene. Målsettingen er å finne ut hvordan samarbeidsavtalen mellom kommunenes omsorgstjeneste og tannhelsetjenesten fungerer, og samtidig kartlegge behovet for kompetanse og kompetanseutvikling i hjemmetjenesten og den primære helsetjenesten.

Bakgrunn

Fylke

Vest-Agder
Aust-Agder
Telemark
Vestfold
Buskerud

Kommunestørrelse

0–4999
5000–9999
10 000–19 999
20 000–

Hvor godt vil du si at du kjenner til reglene for fri offentlig tannhelsetjeneste?

Jeg kjenner i meget stor grad til regelverket
Jeg kjenner godt til regelverket
Jeg kjenner noe til regelverket
Jeg kjenner lite til regelverket
Jeg kjenner ikke til regelverket

Samarbeidsavtale

Har din kommune inngått samarbeidsavtale med den offentlige tannhelsetjenesten?

Ja

Nei

Vet ikke

Hvis ja, hvordan vil du si at samarbeidsavtalen fungerer?

Den fungerer meget godt

Den fungerer godt

Den fungerer mindre godt

Den fungerer lite godt

Hvordan vil du beskrive samarbeidet med den offentlige tannhelsetjenesten?

Det fungerer meget godt

Det fungerer godt

Det fungerer mindre godt

Det fungerer lite godt

Hvis samarbeidet fungerer meget godt/godt, hva vil du si er hovedårsaken til dette?

Hvis samarbeidet fungerer mindre godt/lite godt, hva vil du si er hovedårsaken til dette?

Ideelt sett, hvordan mener du at samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgssektoren bør fungere?

Er det etablert regelmessige samarbeidsmøter mellom den offentlige tannhelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste?

Ja

Nei

Vet ikke

Hvis ja, hvor ofte?

Hvor mange ganger i året oppdateres oversikten over brukere som har takket ja til tannhelsetjenestens tilbud?

Deltar tannhelsetjenesten ved behov i utformingen av individuell plan for enkeltbrukere?

Ja

Nei

Vet ikke

Hva tror du er årsaken til at brukere av hjemmesykepleie i liten grad benytter seg av tilbudet om fri tannhelsetjeneste i den offentlige tannhelsetjenesten?

Manglende informasjon

Bruker privat tannlege

Problemer med helse

Problemer med transport

Problemer med følgetjeneste

Annet

Informasjon

Hvordan sikrer kommunen at brukere av hjemmetjenester som etter tannhelse-tjenesteloven har rett på vederlagsfri tannhelsetjeneste i offentlig tannklinikk får nødvendig informasjon?

Nyttiggjøres erfaringer fra andre deler av det kommunale apparatet i informasjonsformidling til brukere som har rett til fri tannhelsetjeneste?

I stor grad

I noen grad

I mindre grad

Ikke i det hele tatt

Har de hjemmebaserte tjenestene rutiner for å gi informasjon om fritt tannhelse-tilbud til brukere med rettigheter i din kommune?

Ja

Nei

Vet ikke

Hvis ja, er disse rutinene innarbeidet i prosedyrer eller nedtegnet på annen måte?

Rutinene for informasjon er innarbeidet i våre faste prosedyrer

Rutinene for informasjon er innarbeidet på annen måte

Rutiner for informasjon er ikke fast innarbeidet i de kommunale hjemmetjenester

Hva mener du skal til for å sikre at informasjon når ut til brukergruppen som har rett til fri offentlig tannhelsetjeneste?

I hvilken grad mener du at informasjon om gratis tannhelsetjenester når ut til aktuelle brukere av hjemmebaserte tjenester i din kommune?

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

Vet ikke

Er det utarbeidet informasjonsmateriell på ulike språk om rettigheter knyttet til tannhelsetjenester for brukere av de kommunale hjemmetjenestene?

Ja

Nei

Vet ikke

Uaktuelt

Kompetanse og behov for kompetanse

Har kommunen etablert regelmessig opplæring om tann- og munnhelse i samarbeid med tannhelsetjenesten?

Ja

Nei

Vet ikke

Hvordan vil du vurdere kompetansen i hjemmetjenesten i forhold til det å utøve tann- og munnstell?

Hjemmetjenesten har mye kompetanse på området

Hjemmetjenesten har noe kompetanse på området

Hjemmetjenesten har lite kompetanse på området

Har ingen kompetanse på området

Vet ikke

Hvilke behov ser kommunen i forhold til kompetanseheving innen tann- og munnhelse?

Meget stort behov

Stort behov

Noe behov

Lite behov

Er tann- og munnhelse et kompetanseområde som omfattes av kommunens kompetanseplan?

Ja

Nei

Vet ikke

Uaktuelt

Hvis ja, på hvilken måte omfattes dette av kommunens kompetanseplan?

Hvis nei, hvorfor er ikke dette et område som omfattes av planen?

Hva savner du selv av kunnskap om tann- og munnhelse i forhold til den kommunale omsorgstjeneste i nåtid og fremtid? Sett opp en ønskeliste her:

SPØRRESKJEMA TIL FASTLEGE

Introduksjon

Med sterk vekst i antall eldre og nye brukere av kommunale omsorgstjenester med egne tenner har det blitt et økt behov for kunnskap om tann- og munnhelse for alle helseprofesjoner som er aktører i helse- og omsorgstjenesten. Tannhelsetjenesteloven gir grupper av eldre, uføre og langtidssyke som har hjemmesykepleie, rett til gratis tannhelsetjeneste i offentlig tannklinikk, men forskning viser at brukere av hjemmebaserte tjenester i liten grad benytter seg av dette tannhelsetilbudet. Erfaringsmessig ved sykdom vil mange droppe tannlegebesøk, men vil ha hyppigere besøk hos fastlegen sin. Derfor er fastlegens rolle også viktig når det gjelder tannhelsen.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør og Senter for omsorgsforskning sør gjennomfører med støtte fra Helsedirektoratet denne kartleggingen i kommunene. Målsettingen er å finne ut hvordan samarbeidsavtalen mellom kommunens omsorgstjeneste og tannhelsetjenesten fungerer, og samtidig kartlegge behovet for kompetanse og kompetanseutvikling i hjemmetjenesten og i den primære helsetjenesten.

Hvilket fylke arbeider du i

Vest-Agder
Aust-Agder
Telemark
Vestfold
Buskerud

Hvor stor er kommunen du arbeider i

0–4999
5000–9999
10 000–19 999
20 000–

Hvor godt vil du si at du kjenner til reglene for fri/gratis tannhelsetjeneste i offentlig tannklinikk for eldre, uføre og langtidssyke som har vedtak om hjemmesykepleie?

Jeg kjenner i meget stor grad til regelverket
Jeg kjenner godt til regelverket
Jeg kjenner noe til regelverket
Jeg kjenner lite til regelverket
Jeg kjenner ikke til regelverket

Informerer du som fastlege om fri/gratis tannhelsetjeneste i den offentlige tannhelsetjenesten i din kommune for aktuelle brukergrupper?

Ja, hver gang jeg ser behovet
Noen ganger
Sjelden
Aldri
Opplever ikke dette som min jobb

Kjenner du til samarbeidsavtalen mellom kommunen og den offentlige tannhelsetjenesten?

Ja
Nei

Hvor ofte vil du si at du henviser/anbefaler pasienter til fri/gratis tannhelsetjeneste?

Meget ofte
Av og til
Sjelden
Aldri

Om du sjelden eller aldri henviser/anbefaler pasienter til fri tannhelsetjeneste i offentlig tannklinikk, hva er årsaken til dette?

Jeg tenker ikke på det
Jeg kjenner ikke til regelverket
Det har ikke vært aktuelt
Jeg oppfatter ikke dette som min jobb

Om du henviser/anbefaler pasienter som mottar hjemmesykepleie til offentlig tannklinikk, samhandler du da med hjemmetjenesten om dette?

I stor grad
I noen grad
I liten grad
Ikke i det hele tatt

