



Rapport

Tannhelsetilbudet til gruppe C

**Juni 2006
Rogaland fylkeskommune**

Innhold

1	Sammendrag	2
2	Innledning og metode	4
2.1	Kommunens hjemmel for forvaltningsrevisjon	4
2.2	Bakgrunn for prosjektet.....	4
2.3	Målsetting med prosjektet	4
2.4	Problemstillinger	4
2.5	Revisjonskriterier	4
2.6	Metode	5
3	Faktabeskrivelse	7
3.1	Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge og tilbudet om fri behandling	7
3.2	Tannhelsetilbudet på landsbasis i praksis	9
3.3	Tannhelsetilbudet i Rogaland, statistikk og arbeidsdeling.....	11
3.4	Tannhelse Rogaland, organisering og bemanning.....	14
3.5	Hvordan følger rettighetsordningen opp internt i THR?	16
3.6	Gjennomførte forbedringsprosjekter i 2000 og 2005	17
3.7	Hvordan følger den enkelte kommune opp ordningen?	19
4	Revisjonens vurderinger og anbefalinger	21
4.1	Gjennomføres tannhelseordningen i tråd med lovverket og vedtatte retningslinjer i fylket?	21
4.2	Mulige konsekvenser av manglende overholdelse av vedtatte retningslinjer.....	24
5	Fylkestannlegens kommentarer	26

Leserveiledning: Denne rapportens målgrupper er kontrollutvalget, andre folkevalgte, formelt ansvarlige i administrasjonen og utførende fagfolk i administrasjon. Behovene varierer, men her er en leserveiledning med nivåer for hvor dypt rapporten kan behandles:

1. Gå gjennom innholdsfortegnelsen, sammendraget og rådmannens kommentarer.
2. Les også vurderingene i kapittel 4.
3. Les dertil bakgrunnsstoffet i kapittel 2, faktaframstillingen i kapittel 3 og vedleggene.

1 Sammendrag

Fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til prioriterte innbyggergrupper. Tjenesten er gratis for brukerne. Denne rapporten gjennomgår tilbudet til pasientgruppe C, som er pasienter i institusjon og pasienter i hjemmesykepleie. Offisiell statistikk har over flere år vist at under halvparten av målgruppen benytter seg av tilbudet, og at Rogaland ligger under landsgjennomsnittet.

Våre funn kan oppsummeres som følger, i forhold til de problemstillinger som ble lagt til grunn for prosjektet.

Hvordan blir tannhelsetjenesten for gruppe C ivaretatt av Tannhelse Rogaland FKF og samarbeidspartnere?

I Rogaland fylkeskommune er oppfølgingsansvaret lagt til det fylkeskommunale foretaket Tannhelse Rogaland (forkortet THR) med sine 49 tannklinikker lokalisert i de fleste kommunene. Fylkestannlegen har delegert oppfølgingsansvaret til overtannlegene på regionalt nivå og videre til klinikkene. Det skjer en rapportering på måloppnåelse fra hver tannklinikk. Innen hver tannklinikk er det en tannpleier som har det direkte kontaktansvar overfor kommunene.

Tannhelsetilbudet over disse gruppene eldre er i stor grad avhengig av gode samarbeidsløsninger med den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Det er kommunene som fatter de vedtak som kvalifiserer brukerne til gratis tannpleie fra fylket, dvs. vedtak om hjemmesykepleie over tre måneder og vedtak om institusjonsplass. Det er også kommunen som direkte må informere berørte personer om deres rettigheter, forespørre dem om interessen for å benytte seg av tilbudet, og deretter melde dette til nærmeste tannklinikk.

Her finner vi sviktende og svært varierende rutiner og systemer i kommunene. Oppmerksomheten til kommunale pleie- og omsorgsarbeidere må fordeles på mange områder, så vel som at utskiftningen av personalet kan være stor. Vi finner imidlertid få eller små grunner til at kommunene skal ha egeninteresser (f.eks økonomiske) i å ikke formidle sine brukere videre til den offentlige tannhelsetjenesten.

Gjennomføres ordningen i tråd med lovverket og vedtatte retningslinjer i fylket?

Kravet i loven er at tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Det er således ikke et fastsatt kriterium at alle i gruppen nås, selv om dette er et mål for ordningen. Loven sier videre at hvis ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud til alle gruppene skal prioriteringslisten følges, og dermed skal ikke betalende klientell få tilbud om behandling før et tilstrekkelig tilbud er gitt pasienter i institusjon og hjemmesykepleie (gruppe C).

Revisjonen vurderer THR's tilbud og målsettinger i forhold til gruppe C som positive, men mangler i systemet for utførelse og oppfølging gjør at ordningen ikke fungerer i tråd med retningslinjene.

Vi finner i denne forbindelse ikke grunn til å feste særlig lit til nasjonale statistikker som rangerer fylkeskommunene mot hverandre. Den brøk som gjennom årene er blitt presentert som sammenligningsgrunnlag svikter i både teller og nevner. Ikke desto mindre er det positivt at Tannhelse Rogaland ikke lar det være med det, men aktivt søker å bedre situasjonen.

Hva er årsakene til at ordningen ikke fungerer optimalt?

Vi finner at årsakene er sammensatte og mange. Dels handler det om forhold ved brukerne selv. Her kan det være at de ikke føler behovet sterkt nok, eller at de er fornøyd med sin egen tannlege selv om de må betale for tjenesten. Dels handler det om oppfølgingen fra THR som nok kunne ha vært tettere og mer nyansert. Dels handler det om oppmerksomheten og systemene i kommunene.

Vi vil også peke på at man i dag har for liten systematisk kunnskap om potensielle brukere av tannhelsetjenesten. Mulige årsaker er identifisert, uten at man har gjennomført undersøkelser som kan gi svar på hvilke av årsakene som har mest forklaringskraft. Dette gjør det vanskelig både for tannhelsetjenesten selv og for revisjonen å gi presise svar på hvorfor Rogaland ligger under landsgjennomsnittet for pasienter som er under tilsyn. Manglende systematisk kunnskap om brukergruppen kan i seg selv være en årsak til at ordningen ikke fungerer optimalt.

Hva er konsekvensene av manglende overholdelse?

Spørsmålet i neste omgang er hvilke konsekvenser manglende måloppnåelse vil kunne ha i forhold til berørte pasientgrupper. Her foreligger det ikke systematisert kunnskap. Manglende overholdelse av lovverket kan være alvorlig for den enkelte pasients helsetilstand, og i verste fall føre til sykdom og smerte hos et allerede svakt menneske. På den annen side oppgir våre informanter at mange som ikke benytter seg av et gratis offentlig tilbud, benytter seg av sin egen tannlege eller ikke har/ser behov for tannlege.

Vi vil også trekke fram at behovet antas å stige framover dels i tråd med demografisk utvikling, dels fordi stadig flere beholder egne tenner. Gruppen eldre som trenger behandling vil dermed være økende i omfang i årene fremover, hvilket underbygger behovet for å ha gode samarbeidsløsninger og gode lokale rutiner på tannklinikkene og i kommunene.

Oveordnede vurderinger og anbefalinger

Både i foretaket og i kommunene oppfatter de fleste det slik at det er den kommunale oppfølging som i størst grad har et forbedringspotensiale. Våre anbefalinger slår imidlertid begge veier og betoner at det kun er gjennom et godt samarbeid mellom de offentlige aktørene, at brukerne kan få det tilbud de har krav på. Følgende temaer er drøftet i kapittel 4:

- Femårsprosjekter har vært nødvendige skippertak, men ikke tilstrekkelige
- Samarbeidsmøter mellom kommunale tjenester og tannklinikker er viktige, men for lite praktisert.
- Opplæring av kommunalt pleie- og omsorgspersonell er viktig, men for lite praktisert
- Kontaktperson i hver tannklinikk er viktig i møtet med kommunen, men ikke alle har det.
- Brukerundersøkelser er nyttige for å få mer systematisk informasjon om behov og oppfatninger i målgruppene
- Informasjon om tilbudet direkte til pasientene og langs flere kanaler
- Tettere avtaler mellom THR og sentralt kommunenivå for å styrke ansvarsfølelsen i kommunene
- Bruk av tidsfrister som styringsverktøy internt i tannhelsetjenesten og i kommunene
- Vasking av listene over brukere av tjenesten for å fange opp dem som ikke lenger skal motta innkallinger
- Noen praktiske tilpasninger kan også være aktuelle
- Økt ansvarliggjøring av kommunen sentralt og rutinisering av pleie- og omsorgstjenestene lokalt

2 Innledning og metode

2.1 Kommunens hjemmel for forvaltningsrevisjon

I kommunelovens [§ 77.4](#) pålegges kontrollutvalgene i fylkeskommunene og kommunene å påse at det årlig gjennomføres forvaltningsrevisjon. Forvaltningsrevisjon innebærer systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Lovens bestemmelser er nærmere utdypet i revisjonsforskriftens [kapittel 3](#) og kontrollutvalgsforskriftens [kapittel 5](#).

2.2 Bakgrunn for prosjektet

Fylkeskommunene er tillagt et ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten overfor prioriterte grupper unge og eldre. I Rogaland er tilbudet organisert som et fylkeskommunalt foretak. Tannhelse Rogaland FKF skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til barn og unge opp til 20 år, psykisk utviklingshemmede, og grupper av eldre, langtidssyke og uføre. Tannhelsetjenesten har i tillegg et tilbud til voksent betalende klientell. For gruppe C, som omfatter eldre, langtidssyke, og uføre i institusjon, samt brukere av hjemmesykepleie, ligger Rogaland under landsgjennomsnittet for pasienter som er under tilsyn. Dette fremgår av Helsetilsynets rapport om tannhelsetjenesten i Norge for 2004. Tannhelse Rogaland har nedsatt en arbeidsgruppe omkring forholdet og tilsvarende ble gjort i 2001.

Prosjektet er inntatt i årsplan 2005 for forvaltningsrevisjon. Kontrollutvalget i Rogaland fylkeskommune bestilte igangsettelse av prosjektet i møte 25.08.2005.

2.3 Målsetting med prosjektet

Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet er å vurdere tilbudet om rettighetsbasert tannhelsetjeneste for gruppe C, dvs. eldre, langtidssyke, og uføre i institusjon, og brukere av hjemmesykepleie, og fremme eventuelle forbedringsforslag til dagens praktisering av ordningen.

2.4 Problemstillinger

Prosjektet tar for seg følgende problemstillinger:

- Hvordan blir tannhelsetjenesten for gruppe C ivaretatt av Tannhelse Rogaland FKF og samarbeidspartnere?
 - Hvordan følger foretaket selv opp rettighetsordningen, fra ledelsen til foretakets 49 tannklinikker?
 - Hvordan følger den enkelte kommune med hovedansvar for det øvrige helse- og pleiefaglige tilbudet til gruppen, opp ordningen?
 - Hvordan er samarbeidet mellom foretaket og den enkelte kommune?
- Gjennomføres ordningen i tråd med lovverket og vedtatte retningslinjer i fylket?
- Gitt at det avdekkes manglende overholdelse av lovverk eller vedtatte retningslinjer:
 - Hva er konsekvensene av manglende overholdelse?
 - Hva er årsaken(e) til at ordningen ikke fungerer optimalt?

2.5 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er elementer som inneholder krav eller forventninger, og som vi bruker for å vurdere funnene i våre undersøkelser. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, eller utle-

det av, autoritative kilder innenfor det reviderte området, f.eks lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet har vi bygget på følgende kilder:

- Tannhelsetjenesteloven §1-3 "Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesteloven", med fokus på Gruppe C (grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie).
- Rogaland FKs vedtatte retningslinjer for ivaretagelse av rettighetene til brukere i Gruppe C.
- Statens helsetilsyns veileder: Tenner for livet (punkt 11.7)
- Lov om helsepersonell § 25. *Opplysninger til samarbeidende personell*: Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.
- Tannhelseperm gruppe C

2.6 Metode

Tilnærmingen har basert seg på gjennomgang av relevante dokumenter fra Rogaland fylkeskommune, statlige myndigheter, forvaltningsrevisjon i andre fylkeskommuner, og intervjuer i fylkesadministrasjonen, i foretaket og med andre utvalgte informanter.

Vi har gjennomført intervjuer med:

Fylkestannlegen:

- Magnar Thorsvik, Fylkestannlege, Rogaland
- Helene Haver, prosjektleder for prosjekt Tenner for livet

Overtannleger:

- Øyvinn Magnussen, overtannlege, Sandnes tannhelseklinikk
- Åge Hansen, overtannlege Sør-Jæren tannhelsedistrikt
- Elisabeth Langberg, overtannlege Ytre-Ryfylke tannhelsedistrikt

Tannpleiere:

- Ragnhild Halvorseth, tannpleier, Nærbø og Varhaug tannklinikk
- Åse Turøy Oftedal, tannpleier, Ganddal tannklinikk

Kommunal pleie og omsorg:

- Torgunn Oma, leder Åpen Omsorg Vigrestad
- Hilde Ledaal, leder Åpen omsorg, Rennesøy kommune
- Bodil H O, soneleder A distrikt nord, Sandnes kommune
- Gerd Totland, tannkontakt Trones bolig og eldresenter, Sandnes kommune

Andre informanter:

- Inge Magnus Bruvik, fylkestannlegen i Hordaland
- Terje Osnes, revisor, Vest-Agder Fylkesrevisjon

Undersøkelsen bygger på følgende skriftlige kilder:

- Nettstedet til Tannhelse Rogaland FKF: <http://www.tannhelsetjenesten-rogaland.no>
- Nettstedet til Rogaland fylkeskommune: <http://www.rogaland-f.kommune.no/>
- Lov om tannhelsetjenesten: <http://www.lovdata.no/all/nl-19830603-054.html>
- Lov om helsetjenesten i kommunene: <http://www.lovdata.no/all/hl-19821119-066.html>
- Lov om helsepersonell: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>
- Delplan for tannhelsetjenesten i Rogaland 2002-2006: Delplan 2002 - 2006

- Årsmeldinger for Tannhelse Rogaland FKF 2000, 2001, 2002, 2003 og 2004, tilgjengelige fra foretakets nettsider.
- Sosial- og helsedirektoratets nettsider om tannhelse som bl.a inneholder rapporter og henvisninger videre: <http://www.shdir.no/tannhelse>
- Sør-Trøndelag Fylkesrevisjons forvaltingsrapport fra 2004: http://www.stfk.no/arena_stfk2_data/den_offentlige_tannhelsetjenesten.pdf
- Tannhelse Hordaland: <http://www.hordaland.no/>

Rogaland Revisjon vurderer kildematerialet som godt egnet til å belyse de problemstillinger som er vedtatt for prosjektet og fremme de anbefalinger som er utferdiget. Grunnlaget ville vært styrket dersom det hadde foreligget brukerundersøkelser. Selve prosjektet har imidlertid av både metodiske og ressursmessige årsaker ikke gjennomført en egen undersøkelse av brukernes oppfatninger.

3 Faktabeskrivelse

3.1 Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge og tilbudet om fri behandling

Den offentlige tannhelsehelsetjenesten er i Norge organisert som et fylkeskommunalt ansvar. Fylkeskommunen skal etter [Tannhelsetjenesteloven](#) sørge for at tannhelsetjenesten i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Dette gjelder også spesialisttjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen.

Tannhelsetjenesten tilbyr tjenester til prioriterte grupper barn, voksne og eldre, såvel som identifiserte uprioriterte grupper. I utgangspunktet har alle som faller inn under de prioriterte kategoriene rett til fri behandling på offentlig klinikk. For alle prioriterte grupper gjelder det at fylkeskommunen ikke refunderer for kjeveortopedisk behandling eller transportutgifter.

Tannhelsetjenesten tilbyr også ordinær behandling til voksne betalende pasienter. Tannhelse Rogaland FKF driver også tannhelseopplysning i skolen i samarbeid med lærerne, og tannhelseundervisning utdanningsinstitusjoner, svangerskapskurs, i barnehager, foreldrelag, foreninger o.l.

I tabellen nedenfor har vi tatt inn den gruppeinndeling tannhelsetjenesten opererer med. Fokuset i denne rapporten er på personer i gruppene C1 og C2.

Tabell 3-1 Inndelingen av tannhelsetjenestens brukergrupper.

Prioriterte grupper	
A Gjelder alle pasienter mellom 0-18 år.	Tilbud: Fri behandling på offentlig klinikk. Betaler selv kjeveortopediske plater og idretts-skiner. Fylkeskommunen refunderer for akuttbehandling hos privatpraktiserende tannleger dersom offentlig tannlege ikke er å få tak i.
B Psykisk utviklingshemmede over 18 år	En forutsetning er at navneliste foreligger fra den aktuelle kommune, og at vedkommende pasient er oppført på denne listen. Tilbud: Fri behandling på offentlig klinikk.
C1 Eldre, uføre og kronisk syke med opphold i somatiske/psykiatriske institusjoner som sykehjem, aldershjem, omsorgsbolig og sykehus med minimum tre måneders varighet.	Gjelder ikke dagpasienter, med mindre de tilhører andre prioriterte grupper utenfor institusjon. Tilbud: Fri behandling på offentlig klinikk.
C2 Pasienter i hjemmesykepleie med pleie minst en dag pr. uke over tre måneder eller mer.	Unntak fra denne ordning er alle tiltak som kan betraktes som ren "service". Eksempler på dette er enkle injeksjoner og klargjøring av dosett-esker. Unntatt er også alle tjenester definert som "hjemmehjelp". I tvilstilfeller skal distriktets overtannlege kontaktes. Tilbud: Fri behandling på offentlig klinikk.
C3 Pasienter tilhørende gr. A,B,C,D og E (se under), med opphold på institusjon som nevnt over, med kortere varighet enn tre måneder, gis et tilbud i samsvar med aktuell gruppetilhørighet utenfor institusjon. Opphold på statlige spesialinstitusjoner (eks. Frambu) er unntatt.	Tilbud: Fri behandling på offentlig klinikk
D Gjelder alle 19 –20 åringer.	Tilbud: Betaler 25% av honoraret inkl. tannteknikerutgifter. Ved akuttbehandling hos private tannleger, betaler de selv hele beløpet og får ved innlevering av betalt regning 75% av beløpet refundert fra fylkeskommunen.
Ikke lovpålagte grupper:	
E1 Fengselsinnsatte.	Tilbud: Varetektsfanger og soningsfanger med opphold mindre enn 3 måneder, tilbys kun akuttbehandling ved offentlig klinikk. Soningsfanger, samt varetektsfanger med opphold utover tre måneder, tilbys akutt-og nødvendig tannbehandling ved offentlig klinikk. For soningsfanger yngre enn 20 år, gjelder ikke tremåneders-regelen.
E2 Personer i rusvern på offentlig godkjent behandlingsinstitusjon. ¹	Med offentlig godkjent institusjon menes institusjon som mottar fylkeskommunale rammetilskudd over budsjettet. Det er et krav at pasientene fysisk bor sammenhengende på nevnte institusjon i en periode som strekker seg over tre måneder eller mer. Tilbud: Fri behandling på offentlig klinikk.
E3 Psykiatriske pasienter som får poliklinisk behandling (dag-pasienter) i 3 måneder eller mer.	Det er en forutsetning at de ikke oppebærer lønn i arbeidsforhold under behandlingen. Tilbud: Fri behandling på offentlig klinikk.
E4: Pleiepasienter i pleie av pårørende.	Pleiebehovet må attesteres av lege. Pleieperioden må være på tre måneder eller mer. Tilbud: Fri behandling på offentlig klinikk.
F: Voksne betalende pasienter	Egne takster

¹ Gruppe E2 er siden 1.1.06 definert som del av gruppe C. Listen er den som var gjeldende høsten 2005 da størstedelen av informasjon innhentet. Vi har derfor ikke inkludert rusverninstitusjoner i dette prosjektet.

3.2 Tannhelsetilbudet på landsbasis i praksis

3.2.1 Offentlig statistikk

Helsetilsynet har tilsyn med Den Offentlig Tannhelsetjenesten. Siste rapport fra Helsetilsynet på dette området, rapport 08/2005, er fra november 2005. Her legges blant annet frem statistikk over tilbudet til gruppe C. Utdrag av statistikken vises under.

Tabell 3-2 Fylkesvis oversikt over andel av gruppe C som er under tilsyn

	C1, institusjon		C2, hjemme	
	2003	2004	2003	2004
Østfold	91	56	16	15
Akershus	102	84	29	25
Oslo	94	98	36	31
Oppland	66	64	25	31
Hedmark	99	99	41	37
Buskerud	81	77	32	32
Vestfold	88	90	26	27
Telemark	77	71	36	42
Aust-Agder	72	55	30	29
Vest-Agder	63	82	43	46
Rogaland	-	75	-	19
Hordaland	-	78	-	32
Sogn og Fjordane	67	85	43	41
Møre og Romsdal	65	69	22	27
Sør-Trøndelag	73	70	23	33
Nord-Trøndelag	46	56	15	19
Nordland	70	63	34	32
Troms	76	60	33	26
Finnmark	72	64	38	25
Hele landet	80	76	30	29

3.2.2 Kommentarer til tallgrunnlaget

Rogalandstall med splitting på institusjon (C1) og hjemmesykepleie (C2) foreligger ikke. Inn-til 2004 ble tilbudet rapportert samlet. Tallgrunnlaget for 2004 viser at Rogaland kommer dårligere ut enn for eksempel nabofylket Hordalands tannhelsetjeneste. Påliteligheten til disse tallene svekkes blant annet ved at prosentandel av gruppe C1 under tilsyn i Akershus for 2003 viser 102.

Antallet eldre, langtidssyke og uføre i institusjon (C1) som er under tilsyn har på landsbasis gått ned med 5 % fra 2003 til 2004. Samtidig har det vært en 5 % økning av antallet eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie som er under tilsyn.

Tannhelse Rogaland antar at nevneren, i begge tilfeller, er høyere enn det reelle tallet på personer med krav om gratis tannbehandling. Foretaket setter spørsmål ved tallenes validitet, men at de likevel har valgt å se på tallene som en indikator på at Rogaland trenger større fokus på de to gruppene, og at det er rom for forbedring.

Mulige årsaker til lav validitet:

- Tidsbegrensing for nevneren er definert ulikt i de to utregningene: Prosenttallene for gruppe C1 i tabellen er antall registrerte eldre, langtidssyke og uføre under tilsyn oppgitt av tannhelsetjenesten, delt på totalt antall eldre, langtidssyke og uføre på institusjon gjennom året rapportert av kommunene i KOSTRA. Gruppe C2 er antall eldre,

langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie under tilsyn (oppgitt av tannhelsetjenesten) delt på antall i hjemmesykepleie per 31.12.(KOSTRA).

- Revisjonens undersøkelser viser at nevneren for hjemmesykepleie i noen tilfeller vil inkludere personer som har hjemmesykepleie i mindre grad enn det som legges til grunn for å få gratis tannbehandling. Det er ingen dokumenterte kontroller på dette.
- Nevneren for institusjonsplass vil, på grunn av at den teller alle som har vært inne på institusjon i løpet av året, også inkludere pasienter som har falt bort. De vil kanskje ikke ha blitt registrert av Tannhelsetjenesten på grunn av kort oppholdstid i institusjonen, eller de vil være ført ut av listene hos Tannhelsetjenesten på grunn av dødsfallet. THR oppdaterer ikke listen over pasienter i gruppe C mot oppdaterte register. Det antas dermed at innrapporterte tall over pasienter under tilsyn hos tannhelsetjenesten vil kunne inneholde personer som er døde.
- Begrepet ”under tilsyn” (telleren i den angitte brøken) kan være ulikt definert av ulike aktører i tannhelsetjenesten. Begrepet defineres i utgangspunktet som antall pasienter undersøkt og vurdert av tannhelsetjenesten, og avhenger av om pasientene er satt på recall, det vil si vurdert av personell og lagt inn i tannhelsetjenestens system for innkallelse etter en viss tid. Hvorvidt pasienten har vært inne til kontroll i løpet av året eller ikke er ikke relevant, så lenge det er en faglig begrunnelse for at slik kontroll ikke har funnet sted. I utgangspunktet legges pasientene inn med intervall for recall på et år.

3.2.3 Erfaringer fra Vest-Agder og Hordaland

Samtaler med representanter i de andre fylkene viser at problemstillingene er kjente, og har vært oppe til diskusjon og vurdering i andre fylkeskommuner også.

Fylkesrevisjonen i Vest-Agder har arbeidet med tilsvarende forvaltningsrevisjonsprosjekt, og forteller at tannhelsetjenesten i Vest-Agder jobber med de samme problemstillingene som THR i forbindelse med gruppe C.

Tannhelsetjenesten i Hordaland kan fortelle om at det der er satt opp egne avtaler mellom kommunen og fylkeskommunen. Målet med avtalen er:

- å sikre at alle brukerne av pleie- og omsorgstjenester i kommunen, som etter loven har rett til gratis tannhelsetjenester, får tilbud om det
- å sikre at omsorgspersonell har kunnskap til å ta seg av tannhelsen til brukerne

Avtalen består av rutinemessige punkter og avklarer hvem som er ansvarlig for oppfølging av de ulike punktene. Det er pleie- og omsorgsjefen som undertegner avtalen på vegne av kommunen. Overtannlegen skal sørge for at avtaler blir inngått med kommunene, men oppfølgingen på den enkelte institusjon er klinikksjefen sitt ansvar.

Blant annet kan nevnes at ett av punktene i avtalen forteller at Tannhelsetjenesten i Hordaland benytter seg av frankerte og adresserte konvolutter, som pleie og omsorgstjenesten får for videre utdeling til aktuelle brukere.

Hordaland registrerte for 2004 alle ”ja” og ”nei” i forbindelse med tilbud om tannbehandling for gruppe C. Fylkestannlegen oppgir at summen avviker en del fra det totale tallet som Helseilsynet opererer med.

Tabell 3-3 Samarbeidsavtale mellom tannhelsen i Hordaland og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten

Samarbeidsavtale mellom Den offentlege tannhelsetenesta(DOT) og den kommunale omsorgstenesta (KOMS) i xx kommune.

Avtalen byggjer på:

- o Lov om tannhelsetenesta
- o Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstenesta.
- o Lov om pasientrettar

Målet med avtalen er:

- o å sikre at alle brukarane av pleie- og omsorgstenester i kommunen som etter lova har rett til gratis tannhelsetenester får tilbod om det
- o å sikre at omsorgspersonell har kunnskap til å ta seg av tannhelsa til brukerne

1. Tilbodet om tannhelsetenester etter Lov om tannhelsetenesta §1-3 c skal formidlast til brukarar som fyller kriteria. Ansvarleg: KOMS
2. I januar leveres konvoluttar til pleie- og omsorgstenesta i kommunen/sona. Konvolutten skal stemplast med klinikken sitt stempel og inneheld kriterium for tilbod om gratis tannhelsetenester frå Den offentlege tannhelsetenesta. Konvolutten inneheld og frankert og adressert svarkonvolutt. Ansvarleg: DOT
3. Kvart årsskifte mottar KOMS oversikt over alle pasienter i denne gruppa som er registrert ved klinikkane. Ansvarleg: DOT.
4. KOMS melder frå til klinikkane dersom brukarar på lista ikkje lenger kvalifiserer til tilbod om gratis tannhelsetenester Ansvarleg: KOMS
5. Talet på brukarar som har fått tilbod skal kvart år sendast til overtannlegen i tannhelsedistriktet. Ansvarleg: KOMS
6. Tilsette i KOMS har ansvar for å følgje opp den skriftlege informasjonen til brukaren, hjelpe til ved utfylling av skjemaet og sørge for tilrettelegging slik at brukarane kan gjere seg nytte av tilbodet. Ansvarleg: KOMS
7. Tannpleiar/tannlege skal undervise tilsette i KOMS minst ein gong årleg i tann- og munnstell. Avtale blir gjort mellom tannpleiaren/tannlegen og dei respektive grupper/ avdelingar. Ansvarleg: DOT
8. Gruppe-/avdelingsleder og klinikkisjef er ansvarleg for det lokale samarbeidet. Det blir halde eitt samarbeidsmøte kvart år eller etter behov. Ansvarleg for innkalling: DOT

Gruppe-/ avdelingsleiar og klinikkisjef er ansvarleg for å setje i verk og følgje opp av avtalen.

_____ den

Overtannlege

Pleie- og omsorgsjef

3.3 Tannhelsetilbudet i Rogaland, statistikk og arbeidsdeling

Tannhelsetilbudet i Rogaland er, likt med resten av landet, delt inn i privat og offentlig sektor. De to tilbudene henvender seg til ulike kundemasser ved at offentlig sektor er lovpålagt å behandle pasienter som har behov for ekstra fokus på egen tannhelse.

Fylkestannlegen har øverste myndighet i THR, og har valgt å delegerer sitt ansvar til overtannlegene. Dermed har overtannlegen i det enkelte distrikt overordnet kontroll av klinikkene i distriktet. Denne har også ansvar for årlig rapportering av tall som inngår i årsmelding, samt månedsrapporter til bruk i oppfølging av det enkelte distrikt. Månedsrapporter fra distriktene leveres til styret, og kontrolleres fortløpende mot planlagt nivå for behandling.

Fylkestannlegen avholder månedlig møter hvor alle overtannlegene møtes. Her er alle typer driftsspørsmål aktuelle. Også oppfølging av gruppe C kan inngå som tema.

I tillegg har det enkelte distrikt obligatorisk møte for de ansatte 3-4 ganger i året.

I tabellen nedenfor gjengis gruppe C-score for hver klinikk i fylket. Tallene er hentet fra årsrapportene til tannklinikene.

Tabell 3-4 Andel gruppe C1 under tilsyn i Rogaland fordelt på klinikker

ROGALAND 2005	TOTALT	UNDER TILSYN	UNDERSØKT OG BEHANDLET	UNDER BEHANDLING	ANDEL UNDER TILSYN
SAUDA	55	37	31	3	67 %
SAND	40	36	29	7	90 %
SANDEID	60	60	52	6	100 %
SKJOLD	2	2	2	0	100 %
ØLEN	32	32	29	1	100 %
BOKN	11	10	10	0	91 %
TYSVÆR	58	56	37	11	97 %
NEDSTRAND	16	14	14	0	88 %
HAUGESUND	316	306	230	26	97 %
ROSSABØ	0	0	0	0	
NORHEIM	91	89	80	1	98 %
KOPERVIK	77	75	71	2	97 %
ÅKREHAMN	29	29	22	4	100 %
SKUDESNEHAVN	60	53	43	6	88 %
VEDAVÅGEN	18	16	15	1	89 %
NORD ROGALAND	865	815	665	68	94 %
HJELMELAND	37	37	26	11	100 %
JØRPELAND	66	62	55	6	94 %
TAU	19	6	6	0	32 %
FORSAND	13	6	6	0	46 %
SØR RYFYLKE	135	111	93	17	82 %
KVITSØY	8	8	6	0	100 %
RANDABERG	35	23	21	1	66 %
SOLA	129	58	48	7	45 %
TANANGER	40	11	11	0	28 %
FINNØY	37	37	29	1	100 %
RENNESØY	13	13	13	0	100 %
NORD JÆREN/YTRE-RYFYLKE	262	150	128	9	57 %
STAVANGER SENTRUM	222	195	141	51	88 %
BJERGSTED	197	180	145	14	91 %
HUNDVÅG	78	60	53	1	77 %
MADLA	84	56	68	0	67 %
GAUSEL	181	112	78	24	62 %
TJENSVOLL	145	144	132	0	99 %
KVERNEVIK	46	46	46	0	100 %
STAVANGER	953	793	663	90	83 %
MOI	37	33	29	4	89 %
VIKESÅ	17	17	15	0	100 %
ÅLGÅRD	20	20	5	1	100 %
OLTEDAL	0	0	0	0	
HOMMERSÅK	38	36	27	4	95 %
SANDNES SENTRUM	54	54	34	2	100 %
GANDDAL	135	65	65	0	48 %
LURA	189	188	170	0	99 %
HØLE	0	0	0	0	
SANDNES	490	413	345	11	84 %
SOKNDAL	36	29	29	0	81 %
EGERSUND	105	97	96	0	92 %
VIGRESTAD	3	3	2	1	100 %
VARHAUG	16	16	0	0	100 %
NÆRBØ	91	91	85	6	100 %
ÅNA (fengselet)					
BRYNE	89	83	61	6	93 %
KLEPP	60	59	47	6	98 %
SØR-JÆREN	400	378	320	19	95 %
ROGALAND	3105	2660	2214	214	86 %

Tabell 3-5 Andel gruppe C2 under tilsyn i Rogaland fordelt på klinikker

ROGALAND 2005	TOTALT	UNDER TILSYN	UNDERSØKT OG BEHANDLET	UNDER BEHANDLING	ANDEL UNDER TILSYN
SAUDA	103	68	60	4	66 %
SAND	44	25	20	5	57 %
SANDEID	14	14	8	1	100 %
SKJOLD	37	23	19	2	62 %
ØLEN	59	59	34	6	100 %
BOKN	3	3	2	1	100 %
TYSVÆR	16	16	12	1	100 %
NEDSTRAND	14	12	6	6	86 %
HAUGESUND	288	243	127	16	84 %
ROSSABØ	5	5	5	0	100 %
NORHEIM	106	87	65	6	82 %
KOPERVIK	22	12	7	5	55 %
ÅKREHAMN	49	41	26	7	84 %
SKUDESNEHAVN	47	33	19	4	70 %
VEDAVÅGEN	33	14	8	6	42 %
NORD ROGALAND	840	655	418	70	78 %
HJELMELAND	35	35	11	11	100 %
JØRPELAND	47	41	27	5	87 %
TAU	14	8	4	2	57 %
FORSAND	10	8	5	0	80 %
SØR RYFYLKE	106	92	47	18	87 %
KVITSØY	7	2	2	0	29 %
RANDABERG	193	14	10	3	7 %
SOLA	138	26	24	1	19 %
TANANGER	6	6	6	0	100 %
FINNØY	70	24	23	1	34 %
RENNESØY	56	22	18	1	39 %
NORD JÆRENYTRE-RYFYLKE	470	94	83	6	20 %
STAVANGER SENTRUM	73	54	37	8	74 %
BJERGSTED	138	119	75	11	86 %
HUNDVÅG	45	30	24	6	67 %
MADLA	34	34	32	1	100 %
GAUSEL	69	51	24	8	74 %
TJENSVOLL	99	84	65	5	85 %
KVERNEVIK	12	5	3	1	42 %
STAVANGER	470	377	260	40	80 %
MOI	34	18	18	0	53 %
VIKESÅ	19	19	14	0	100 %
ÅLGÅRD	54	54	23	0	100 %
OLTEDAL	3	1	1	1	33 %
HOMMERSÅK	13	12	9	3	92 %
SANDNES SENTRUM	32	32	10	0	100 %
GANDDAL	77	58	43	1	75 %
LURA	53	50	32	7	94 %
HØLE	0	0	0	0	
SANDNES	285	244	150	12	86 %
SOKNDAL	27	22	22	0	81 %
EGERSUND	171	137	128	2	80 %
VIGRESTAD	38	30	18	9	79 %
VARHAUG	24	24	23	1	100 %
NÆRBØ	48	48	42	5	100 %
ÅNA (fengselet)					
BRYNE	135	128	106	14	95 %
KLEPP	83	80	60	18	96 %
SØR-JÆREN	526	469	399	49	89 %
ROGALAND	2697	1931	1357	195	72 %

Tallene viser stor variasjon mellom distriktene. Særlig distrikt som har hatt bemanningsproblemer ser ut til å ha lav dekningsgrad. Dette gjelder bl.a. Rennesøy, Randaberg og Sauda. I tillegg ser vi at gruppe C2 (hjemmesykepleie) jevnt over ikke er like godt dekket som C1 (institusjon).

3.4 Tannhelse Rogaland, organisering og bemanning

Organisering og bemanning av RTH

Foretaket består av 49 tannklinikker i en regional inndeling på 6 enheter, slik de også framstår i skraverte felt i tabellene 3.3. og 3.4 tidligere i dette kapitlet:

- Sør-Ryfylke
- Sandnes
- Stavanger
- Nord-Jæren/Ytre-Ryfylke
- Nord-Rogaland
- Sør-Jæren

Foretaket har nesten 300 ansatte i stillingene tannpleier, tannhelsesekretær og tannlege.

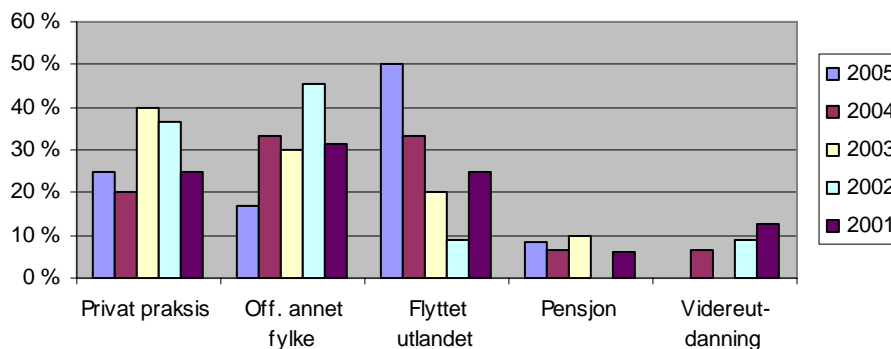
En organisasjon preget av vakanse og høy turnover

THR har over lengre tid hatt problemer med vakante stillinger. Tannlegevakansen var verst i perioden 1998 frem mot 2003, med 2001-2002 som toppunkt og da 22% vakanse. Ved ledige vikariater er det i noen tilfeller ikke mulig å finne noen som er interesserte. Grunnen til vakanse og høy turnover antas å først og fremst være begrunnet i økonomi i ansettelsesforhold.

Disse økonomiske forholdene oppgis å være resultat av en generell utvikling i samfunnet, med vesentlig høyere avlønning for tannleger i det private markedet. THR's årsmeldinger oppgir en viss forbedring av kapasitet over de siste år. THR mener foretaket drar fordel av bonusordningen og overtidsordningen de har for sine ansatte.

I figuren under har vi gjengitt de årsaker som fylkestannlegen kartlegger ved sluttintervjuer. Vi ser at begrunnelsene varierer forholdsvis mye fra år til år. En viktig forklaring er overgang til privat praksis, og her kan det nok som nevnt være at økonomi spiller en sentral rolle.

Figur 3-1 Sluttårsak tannleger 2001 – 2005 (Kilde: THR årsmelding 2005)



Vi ser imidlertid også at geografisk mobilitet kjennetegner denne yrkesgruppen, både nasjonalt og internasjonalt. I 2005 ble de ansatt 25 nye tannleger, med tredjeparten fra andre land. I hele perioden 2001-2005 er det sluttet 75 tannleger og 98 er ansatt. Personalutskiftningen er størst for tannleger, mindre for andre grupper ansatte.

Bonusordning for de ansatte

THR's bonusordning ble innført i 1991. I 1995 var det en vesentlig endring i beregning av bonus for at den skulle gjelde hele produksjonen, og foretaket mener selv at dagens ordning gagnar de prioriterte gruppene. (Indikator på dette er at betalende, ikke-prioriterte pasienter faller bort ved vakanse) Forutsetningen for utbetaling av bonus er at de prioriterte gruppene (a-d) i tannhelsesloven har fått tilsyn etter vedtatte plan.

Helt enkelt forklart tar ordningen utgangspunkt i totalt antall tilgjengelige timer. Hver pasientgruppe er definert med standard tidsramme for behandling, og ferdigbehandlede pasienter gir fradrag i antall timer. De ulike gruppene krever ulik behandling, og gir ulikt antall timer i fradrag. Eksempelvis gir en pasient i gruppe A 0,9 timer fradrag, en pasient i gruppe C gir 2 timer fradrag. Timeantallet som fremstår etter fradrag for totalt antall timer brukt på prioriterte pasienter legger grunnlaget for forventet nivå på inntekter fra betalende pasienter. Inntekter over forventet nivå gir bonus.

I forhold til gruppe C vil bonusordningen være mest lønnsom med pasienter som krever mindre behandling enn 2 timer, som er fradraget tannlegen får.

Eksempel: En gruppe C-pasient kommer til tannlegen og behandlingen tar en time. Tannlegen registrerer pasienten som under tilsyn og får fradrag for 2 timer behandling, samtidig som han kan ta betalt for den resterende timen fra en betalende kunde i gruppe F.

Gjennomsnittlige utbetalinger for arbeidsåret 2005 var 54.000 kr til tannlegene, 29.450 kr til tannpleierne og 28.500 kr til tannhelsesekretærene.

Overtidspraksis

I tillegg kan ansatte tegne avtale om overtidspresis. THR mener overtidspresis har gunstige betingelser og tilsvarende ordningen med assistentpraksis i privatpraksis. Muligheten for å tegne slik avtale med fylkeskommunen er kommet i stand etter ønske fra tannlegene om å leie klinikkene etter ordinær arbeidstid. Fylkeskommunene krever at ekstra utgifter til denne driften blir dekket. Tannlegen får 55 % av pasientinntektene, mens tannhelsesekretæren får 20 %.

Overtidspresis forutsetter full stilling i tannhelsetjenesten, og er tidsavgrenset. Denne praksisen må ikke gå utover inntjeningen og driften slik det er fastsatt i driftsplanen. Det føres eget regnskap for overtidspresisen, og utbetalt lønn inkluderer feriepengene og inngår ikke i pensjonsgrunnlaget.

Ekstra inntekter

Inntektene fra betalende pasienter subsidierer i noen grad behandling av prioriterte grupper. For eksempel har tannhelsetjenesten brukt av inntektene til å kjøpe Fluortabletter for utdeling til gruppe A.

I følge ansatte i THR er det også faglig viktig for bemanningen å opprettholde en viss andel betalende pasienter på grunn av en større variasjon i behandlingsmetoder på denne gruppen enn på gruppene ellers. Variasjonen opprettholder kunnskapsnivå hos eksisterende bemanning og gir således de prioriterte gruppene et bedre tilbud, men er også en faktor i rekruttering av bemanning.

Kvalitetssystem

THR har en egen kvalitetshåndbok som alle ansatte har tilgang til på fylkeskommunens og THR's interne nettverk. For øvrig inneholder tannhelsepermen som regulerer arbeidsdelingen mellom kommunen og tannhelsetjenesten en rekke prosedyrer for ulike brukere i gruppe C. Se nærmere omtale litt senere i kapitlet.

3.5 Hvordan følger rettighetsordningen opp internt i THR?

Ansvar og oppfølgingen av gruppe C er innarbeidet i driftsplan for alle team på den enkelte klinikk. I tillegg vil en person på hver klinikk ha et ekstra ansvar ved å være kommunenes kontaktperson i forbindelse med spørsmål og rapportering av gruppe C.

Rapportering av aktuelle pasienter som tilfredsstillende kravene for gratis tannbehandling i gruppe C kan ikke skje ved utlevering av pasientlister fra kommunal sektor til fylkeskommunal. Helsepersonellovens § 25 tolkes slik at pasient må gi samtykke for at taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell. For å oppnå kontakt med brukerne må dermed tannhelsetjenesten ha et velfungerende samarbeid med kommunal sektor.

Tannhelsetjenesten legger opp til besøk på institusjonene årlig, og da i hovedsak hver høst. Dette for å nå ut til gruppe C1. Når det er mulig er det tannpleierne som tar seg av denne delen. De kan vurdere nødvendighet av at pasienten kommer til kontroll på klinikken, samt foreta enkle former for behandling.

Brukerne i gruppe C2 nås ved et standardisert skjema som skal leveres ut til alle som mottar hjemmesykepleie. Brukerne kan ikke kontaktes direkte, og det blir dermed viktig å ha et godt samarbeid med kommunene for å nå ut til denne gruppen.

Et godt samarbeid mellom kommunen og fylkeskommunen er oppgitt å være ett av hovedgrepene for at gruppe C skal få tilbudet de har krav på. Dette samarbeidet har flere utfordringer.

Det kan være vanskelig å legge opp til et bra samarbeid ved en høy personellgjennomtrekk både på kommunalt nivå og hos tannhelsetjenesten. Det er klart lettere å holde kontakt med hverandre i de tilfeller hvor det har vært kontakt mellom de to instansene tidligere og man har kjennskap til den andre, i tillegg til at det ved nyansettelse kan ta tid før alle rutiner er innarbeidet.

I tillegg kan det være vanskelig å plassere ansvaret for oppfølging av gruppen mellom pleie- og omsorgstjenesten og THR. Dette er forsøkt ivaretatt ved at alle institusjoner skal ha opprettet en tannkontakt som har hovedansvaret for informasjonen som skal gå ut til pasientene, samt være tannklinikkenes kontakt blant annet for innsamling av skjema. Våre informanter oppgir at ansvaret for gruppe C ofte forsøkes plassert hos ansatte i faste stillinger, eller som av andre grunner i større grad forventes å være stabile.

Når det gjelder informasjon til pasientene og hvorvidt den når ut, har THR nå startet måling av både de som takker ja og de som takker nei til tilbudet. Foretaket vil da kunne sammenligne summen av "ja" og "nei" med aktuelle KOSTRA-tall, og håper at dette gir en bedre oversikt over hvor stor andel av gruppen man når ut til, selv om de ikke sier noe om årsaken til at noen brukere velger å stå utenfor ordningen.

Tiden som går fra en ny pasient innen gruppe C meldes til tannklinikken til oppsatt time varierer i høy grad. Enkelte oppgir at den nye pasienten som regel vil få time hos tannpleier/tannlege etter en uke, andre må vente 3-4 måneder med mindre behovet er akutt. Denne perioden kommer i tillegg til tiden som går fra skjema utfylles av pasient til tannkontakt sen-

der skjemaet til tannhelsetjenesten. Enkelte steder gjøres dette bare 2 ganger i året. Det kan altså gå opp mot et år fra vilkår for tjenesten er oppfylt, til pasienten faktisk blir undersøkt.

Våre informanter oppgir at gruppen pasienter som kommer inn på institusjon eller får hjemmesykepleie og som er i terminalfasen av livet i mange tilfeller velger å ikke benytte seg av tilbudet om gratis tannpleie. Denne opplysningen forklares med at tannhelse generelt nedprioriteres av både pasient, pårørende og muligens også helsepersonell når andre helseproblemer er viktigere, og pasienten ikke har lenge igjen å leve.

En annen grunn til at denne gruppen ikke kommer med i antallet som benytter seg av Tannhelsetjenestens tilbud kan være at gruppen er vanskeligere for tannhelsetjenesten å fange opp, i det de vil oppfylle kravene til gratis behandling i en kortere periode enn andre pasienter. Det er likevel klart at det er viktig at også denne gruppen mottar tilbudet fordi det for noen vil være mulig å gjøre siste periode av livet bedre med enklere behandlinger.

Rapporter fastslår at stadig flere eldre i større grad har egne tenner. Det forventes dermed at gruppen eldre som trenger behandling vil være økende i omfang i årene fremover. Dette oppgis av THR å være en motivasjonsfaktor for økt fokus på tannhelse for eldre.

Selv om det ikke finnes skriftlige tilbakemeldinger, meldes det fra kommunene om at pasientene i gruppe C er fornøyde når de har vært hos tannhelsetjenesten. Vi savner imidlertid en systematikk i forhold til brukeropplevelsen.

3.6 Gjennomførte forbedringsprosjekter i 2000 og 2005

Forbedringsprosjekt i 2000-2001

Statens helsetilsyn utga i 1999 veilederen ”Tenner for livet”, og senere har et landsomfattende prosjekt for å implementere veilederen blitt igangsatt.

I forbindelse med veilederen gjennomførte Tannhelse Rogaland våren 2000 et prosjekt med dette som tema. Prosjektet kom også som et resultat av at tannhelsetjenesten over en periode hadde hatt ressursproblemer og sett at som et resultat fikk ikke gruppe C høy nok prioritet.

Det ble holdt møter med personal både innen tannhelsetjenesten og innen kommunal sektor. Målsettingen var å ha økt fokus på forebyggende arbeid, samt sørge for at alle som hadde rett til gratis tannbehandling fikk informasjon om denne rettigheten.

På høsten 2000 ble såkalt ”eldreuke” arrangert over hele fylket. Prosjektet bestod av intensiv læring med eldre i fokus, og inkluderte også at deler av tannhelsetjenesten besøkte eldrerådet, institusjoner og holdt kurs for kommunalt ansatte i pleie- og omsorgssektoren.

I forbindelse med prosjektet utarbeidet THR ”Tannhelseperm gruppe C”, en veileder for behandlingen av denne gruppen. Etter dette har foretaket jobbet med å fremstille undervisningsmaterieell og lignende til bruk mot gruppe C, men har ikke hatt større prosjekter eksternt.

Tannhelseperm gruppe C

Tannhelsepermen inneholder spesifikke prosedyrer for behandling og oppfølging av ulike brukergrupper innen gruppe C. Brukergruppene er inndelt etter hvor stor grad brukerne kan delta i tannstellet selv. Innholdet i permen er forankret i gjeldende lover og forskrifter.

I tillegg fordeler den i noen grad ansvaret mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten, og fastsetter at det bør være årlige samarbeidsmøter mellom pleie- og omsorgssektoren og den enkelte tannklinikk/tannhelsedistrikt. Tannhelsetjenesten har her ansvar for å avtale møtedato og for at referat blir skrevet.

Videre skal tannhelsetjenesten:

- Gi tilbakemelding til pleie- og omsorgstjenesten om tannhelsetilstanden til brukerne om hvem som ikke klarer munnrenholdet selv.
- Gi opplæring i tann- og munnstell til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Plan for opplæring lages i samarbeid mellom tjenestene.
- Ha en kontaktperson med ansvaret for samarbeidet med pleie- og omsorgstjenesten.

Tannhelsepermen gir en del av ansvaret for gruppe C til pleie- og omsorgstjenesten:

- Informere nye brukere om tannhelsetjenestens tilbud ved informert samtykke. Journalføre svar.
- Kontaktperson (tannkontakt) for samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten.
- Tannkontakt skal sende inn statusrapport hver januar.
- Hjelp til med daglig renhold av tenner og munn for de som ikke klarer dette selv.

Fra fylkestannlegen understrekes det at helsepersonell har plikt til å vurdere egen kompetanse (eventuelt etterspørre denne) i forhold til oppgaver en er forventet å ivareta.

Forbedringsprosjekt i 2005

Erfaringene viste tannhelsetjenesten at den skisserte ordning og arbeidsdeling ikke fungerte optimalt. Det er underbygget også av våre stikkprøver. Vi ser blant annet at punktene som er omtalt i tannhelsepermen bare delvis er blitt fulgt opp av foretaket og kommunene. Tilbakemeldinger blir ikke alltid gitt, opplæring i tann- og munnstell har i flere tilfeller bare vært gitt sporadisk, og det har ikke vært årlige samarbeidsmøter som anbefalt.

Høsten 2005 gjennomførte THR et nytt prosjekt med fokus på tannhelse for eldre. Prosjektet konsentrerte seg om avholdelse av fem samlinger med deltakende helsepersonell fra alle kommunene i Rogaland. Også kommunale eldreråd ble invitert og deltok på samlingene. Gjennom dette prosjektet oppga THR flere mulige årsaker til at færre enn ønskelig benyttet seg av tilbudet til gruppe C:

Tabell 3-6 Mulige årsaker til mangelfull måloppnåelse
<p>Pasientrelaterte årsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pasientene kjenner ikke til tilbudet ○ Pasient er tilfreds protesebærer ○ Når generell helse er dårlig, prioriteres tenner lavt ○ Tannstell føles for privat og får ikke nok fokus av den grunn ○ Praktiske utfordringer ved behandlingen ○ Pasienter vil ikke bry pleierne fordi de har det travelt ○ Pasientene mener de klarer tannstellet selv ○ Pasient har ikke tidligere hatt behov for årlig oppfølging ○ God økonomi blant brukerne (slik at mange ikke tar seg bryet med å bytte tannlege) <p>Mulige årsaker på kommunalt nivå</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Blir ikke tannhelse og munnstell prioritert? ○ Manglende kunnskap og ferdigheter om munnstell? ○ Mangler pleie og omsorgstjenesten rutiner for å informere brukerne? ○ Er informasjonen fra pleie- og omsorgstjenesten for dårlig? ○ Er ressursmangel grunnen til at tannhelsekontroller nedprioriteres <p>Mulige årsaker i THR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Er samarbeidet mellom THR og pleie- og omsorgstjenesten dårlig? ○ Følger ikke THR opp sine forpliktelser? ○ Har ikke THR kapasitet nok til å ta imot flere i gruppen? ○ Har THR dårlig rykte?

Til sammen legger overnevnte grunnlag for 3 hovedutfordringer på området i følge THR:

- 1 – Informasjon til alle aktuelle brukere
- 2 – Samarbeid mellom kommunale pleie- og omsorgstjenester og fylkestannlegen
- 3 – Daglig munn- og tannstell

I tillegg til informasjonsmøtene ble det iverksatt tiltak for å få bedre oversikt over kliengruppen. Det ble lagt opp til også å registrere dem som takket nei til tilbudet. Usikkerhet rundt riktigheten av tallene som kommer frem i Helsetilsynets rapporter gjør at dette er en viktig prosess for tannhelsetjenesten. Andre fylker produserte tilsvarende tall for 2004.

I forhold til helseforbyggende arbeid er ble det laget et nytt rapporterings- og planleggings-skjema som skal tas i bruk fra 2006. Dette gjør at planlagte møter og undervisning i forhold til omsorgstjenesten også skal rapporteres inn fremover.

3.7 Hvordan følger den enkelte kommune opp ordningen?

En utfordring er at vi her taler om to forvaltningsnivåer. Kommunene har hovedansvar for det øvrige helse- og pleiefaglige tilbudet til gruppen. Et velfungerende samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten på fylkeskommunalt nivå og kommunen er av våre informanter oppgitt til å være ett av hovedkriteriene for at gruppe C skal få tilbudet de har krav på. Samtidig er det på dette området at ordningen har sine største utfordringer. Det er vanskelig å legge opp til et bra samarbeid ved personalutskiftninger både på kommunalt nivå og hos tannhelsetjenesten. Det kan også være vanskelig å plassere ansvaret for oppfølging av gruppen.

Tannhelsepermen tillegger pleie- og omsorgstjenesten i kommunene en del av ansvaret for oppfølging av gruppe C. Våre stikkprøver viser at den tilrettelagte arbeidsdelingen bare delvis følges opp, og det er varierende system for oppfølging fra kommune til kommune. Utover i kapitlet vil mye av redegjørelsen gå inn på disse forhold, og begrepene forklares nærmere.

Når en ny tjenestemottager registreres hos kommunen skal ansatte vurdere om denne har rett til gratis tannpleie. I så fall skal brukeren informeres om tjenesten, få utdelt brosjyre fra tannhelsetjenesten, og fylle ut skjema for registrering ved positivt svar. Kommunen skal samle inn skjema og formidle disse videre til tannhelsetjenesten, i de tilfeller pasientene ikke gjør dette selv. Fra og med 2005 registreres alle nei med antall for å benyttes i THR's statistikk.

Tannhelsepermen sier at hvert kommunale distrikt, sone, eller institusjon skal ha en kontaktperson som er ansvarlig for samarbeidet med tannhelsetjenesten. Denne ordningen ble innført i 2000 da tannhelsepermen ble gitt ut, men revisjonens undersøkelser viser at denne delen av ordningen fortsatt ikke er på plass enkelte steder. Det opplyses at manglende kontaktperson (tannkontakt) i pleie- og omsorgstjenesten kan ha sammenheng med høy turnover, samt stor arbeidsmengde.

Informanter fra kommunal sektor opplyser også at det etter samlingsmøtet med tannhelsetjenesten høsten 2005 har vært ekstra fokus på å få informasjonen ut til pasientene som faller innenfor gruppe C. Det er i denne sammenhengen enighet om at samlingene særlig har positiv effekt ved at de ansatte blir påminnet ansvaret de har og betydningen av at dette tilbudet når ut til brukerne. Erfaringen er at møter mellom tannhelsetjenesten og kommunal sektor også er positivt fordi de da får oppdatert seg og kan stille spørsmål hvis det er noe de er usikre på.

Det opplyses videre at regelen om at en pasient må motta hjemmesykepleie utover en 3-månedersperiode gjør oppfølgingen vanskeligere enn ved en automatisk kvalifikasjon for tilbudet ved mottatt tjeneste. Det ligger også en grad av skjønn her, vedrørende om pasienten skal motta 3 måneders hjemmesykepleie før innsendelse av skjema, eller om det er nok at det er overveiende sannsynlig at pasienten kommer til å motta mer enn 3 måneders sammenhengende hjemmesykepleie totalt sett.

Forskriften sier at tilbudet skal gis 3 måneder eller mer før tilbudet gis, men ledelsen i THR sier om dette at de internt i foretaket har retningslinjer som sier at hvis en person forventes å ha lengre opphold venter de ikke 3 måneder med å gi tilbudet. De ser pragmatisk på dette for å sikre et godt tilbud.

Faglært helsepersonell har i løpet av sin utdanning fokus på tannhelse for eldre. Det er fra ansatte i THR side ønskelig med større fokus på tannhelse for eldre i undervisningen for at helsepersonell skal føle seg tryggere på tannpleie. Tannhelseperm gruppe C inneholder prosedyrer for ulike typer brukere som trenger hjelp til tannstell. Tannstell inngår i daglig stell, og skal ivaretas av pleietjenesten i de tilfeller hvor det er nødvendig. Hovedoppgaven vil være daglig renhold, samt fokus på indikasjoner på tannproblemer. Tannhelsetjenesten kan følge opp med å kommunisere til pasient og/eller pleietjenesten hvis det er noe utenom det vanlige som skal hensyntas i forbindelse med daglig stell.

Ved tilbud om behandling er det i mange tilfeller kommunens plikt å sørge for følge og skyss til pasientene. Hjemmetjenesten oppfordrer ofte pårørende til å følge pasientene når det er mulighet for det, men det er likevel slik at tilbud om gratis behandling på dette grunnlaget fører med seg enkelte ekstra kostnader for kommunene, både i form av behov for ekstra bemanning, og selve transportkostnadene. I Sandnes har et boligsenter en ordning hvor menighetsvakt trer inn som følge mot en mindre betaling fra kommunen. Ordningen anses av de ansatte å være en god ordning både fordi følgeplikten da ikke påvirker helsetjenestens kapasitet i like stor grad, samt at kommunen ikke har større kostnader i denne forbindelse.

4 Revisjonens vurderinger og anbefalinger

4.1 Gjennomføres tannhelseordningen i tråd med lovverket og vedtatte retningslinjer i fylket?

Gjennomgangen viser at Tannhelse Rogaland i stor grad har fokus på å nå ut til pasienter i institusjon (gruppe C1) og pasienter i hjemmepleie (gruppe C2). I 2000 og 2005 ble det gjennomført særskilte prosjekter overfor kommunale pleie- og omsorgstjenester for å styrke oppmerksomheten og rapporteringssystemene. Årsaken ligger i problemene med å nå ut til de pasientgruppene som har krav på gratis tilsyn fra en offentlig tannklinikk.

Offisiell statistikk har vist at Rogaland ikke ligger godt an i forhold til andre fylker. Samtidig viser statistikken at det i særlig grad er blant potensielle pasienter som mottar hjemmesykepleie at utfordringene med å nå fram er størst. Mens tilbudet kom fram til 75% av beboere på institusjoner, rakk man kun 24% av mottakerne av hjemmesykepleie.

Revisjonen understreker at tallmaterialet ikke er særlig pålitelig og har et forbedringspotensiale som vi tror sentrale myndigheter bør arbeide videre med. Vi vil berømme THR for at man likevel velger å se videre på hvilke områder man kan bli bedre, også overfor disse prioriterte pasientgruppene. Vi bemerker også at foretaket synes å ha en aktiv og langvarig bevisst personalpolitikk som tar sikte på å tiltrekke seg og beholde arbeidskraften i et arbeidsmarked som ikke alltid er like gunstig for en offentlig arbeidsgiver. Videre er det grunn til å trekke fram det systematiske arbeid som er gjort med å utvikle en kvalitetshåndbok for virksomheten samlet.

Vi viste i tabell 3-6 i forrige kapittel et knippe mulige **årsaksforklaringer** som ble satt opp av Tannhelse Rogaland. Eksempler var mangelfull kjennskap til tilbudet, manglende ønske om å bytte tannlege, mangelfulle systemer i det offentlige hjelpeapparatet osv. Det er ikke gjennomført utvidede undersøkelser for å finne ut hvilke av disse antatte årsakene som har mest forklaringskraft. Revisjonen finner likevel gjennom våre samtaler i kommunene og i tannhelseforetaket støtte for de fleste punkter. Det betyr at årsaksforklaringene er sammensatte, og at løsningene dermed også må finne flere veier.

Revisjonen vurderer tannhelsetjenestens **tilbud og målsettinger** i forhold til gruppe C som positive, men svikt i utførelse og oppfølging gjør at ordningen ikke fungerer helt som den skal i hele fylket. Pasienter i institusjon og pasienter som mottar hjemmesykepleie har ofte behov for ulike typer medisinsk behandling, så vel som pleie- og omsorgstiltak av ulik karakter. På kommunenivå konkurrerer gjerne de ulike behandlingsbehovene med hverandre i oppmerksomhet fra personalet. Dette kan resultere i at pasientene ikke alltid får den informasjonen eller oppfølging for øvrig de har krav på i forhold til tannbehandling.

Utgangspunktet har vært å vurdere tilbudet ut fra brukerne og deres rett på tilbud fra en tjeneste som er avhengig av **to forvaltningsnivåer**. Både i foretaket og i kommunene oppfatter de fleste det slik at det er den kommunale oppfølging som i størst grad har et forbedringspotensiale. Våre anbefalinger slår imidlertid begge veier og betoner at det kun er gjennom et godt samarbeid mellom det offentlige aktørene, at brukerne kan få det tilbud de har krav på.

- **Femårsprosjekter har vært nødvendige skippertak, men ikke tilstrekkelige**

De ekstraordinære innsatsene tannhelsetjenesten har tatt initiativ til og gjennomført i 2000 og 2005, har blitt møtt med stor interesse og god tilbakemelding rundt om i kommunene, og som

en motivasjonsfaktor også i tannhelsetjenesten selv. Det kan være at en slik innsats er nødvendig også om noen år, men man bør arbeide for å redusere behovet for det. Skippertak er nyttig, men et fast tilbud til store befolkningsgrupper kan ikke basere seg på det. Derfor er de andre tiltakene viktige å intensivere.

- **Samarbeidsmøter mellom kommunale tjenester og tannklinikker er viktige, men for lite praktisert.**

Tannhelsepermen fastslår at det skal være årlige samarbeidsmøter mellom den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og den enkelte tannklinikk. Dette er definert som tannhelsetjenestens ansvar. Vår gjennomgang viser at det i mange tilfeller kun er sporadiske møter, og noen ganger ikke har vært kontakt mellom THR og pleie- og omsorgstjenesten på flere år. Vi vurderer det slik at opplevelsen av konstant tilstedeværelse er viktig for at kommunalt ansatte skal ha fokus også på tannhelse blant eldre, og på informasjon til og rapporteringen av nye pasienter. Personlig kjennskap er viktig, korte telefonsamtaler og hyppige møter av kortvarig natur likeså. Det betyr å kanskje arbeide på en annen måte for de ansatte på tannklinikkerne, for å gjøre seg kjent i kommunene og gjøre seg kjent med kommunens ulike virkemåter. Dette har sammenheng også med neste punkt.

- **Opplæring av kommunalt pleie- og omsorgspersonell er viktig, men for lite praktisert**

Videre fastslås det at THR skal gi opplæring i tann- og munnstell til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Plan for opplæring skal lages i samarbeid mellom tjenestene. Gjennomgangen viser at opplæring ikke har fulgt en fastsatt plan, og mange steder ikke har vært gitt i perioden mellom 2000 og 2005. Intervjuene revisjonen har gjennomført har vist at engasjementet på området var størst rett etter gjennomgangen i 2000 og har vært avtagende frem til nytt prosjekt ble satt opp høsten 2005. Fra informantene fremkommer et ønske om en jevn fokusering og oppfølging fra THR's side for å opprettholde engasjement. Vår anbefaling er at man søker nye veier for å drive dette arbeidet videre, nye opplæringsmetoder, kortere og enklere budskap, og ikke minst hyppigere frekvens. Det blir som nevnt for sjeldent med femårsprosjekter.

- **Kontaktperson i hver tannklinikk er viktig i møtet med kommunen, men ikke alle har det.**

Hver tannklinikk skal ha egen kontaktperson som er ansvarlig for samarbeidet med pleie- og omsorgstjenesten. I flere tilfeller oppgir pleie- og omsorgstjenesten at de ikke vet hvem som er deres kontaktperson. Dette tyder på at også denne delen av ordningen trenger et forsterket fokus fra tannhelsetjenestens side, og vi anbefaler at dette tydeliggjøres overalt.

- **Brukerundersøkelser er nyttige for å få mer systematisk informasjon om behov og oppfatninger i målgruppene**

Siden det ikke er gjort noen brukerundersøkelser på dette området er det vanskelig, både for revisjonen og for THR, å si noe om hvor stor del av de oppgitte pasientrelaterte årsaker til lav oppslutning som faktisk er reelle, og i hvor stor grad dette har betydning i forhold til gruppe C. Revisjonen vil anbefale THR å rette et større fokus direkte mot brukerne innenfor målgruppen. Dette kan eksempelvis gjøres ved å foreta regelmessige brukerundersøkelser som kan måle brukernes tilfredshetsgrad. Økt brukertilpasning er en generell tendens innenfor offentlig tjenesteyting, hvor det er i større grad enn tidligere vektlegges at tilbudet som gis er tilpasset den enkelte brukers behov. Det kan i denne sammenheng også være aktuelt å vurdere differensiering av hva som inngår i selve tilbudet, altså i tilsynsbegrepet. Vi har imidlertid ikke gått nærmere inn på akkurat det i dette prosjektet.

- **Informasjon om tilbudet direkte til pasientene og langs flere kanaler**

En annen måte å styrke brukerfokus på er å informere bedre om tilbudet. Dersom flere eldre og pårørende, kjenner til det offentlige tannhelsetilbudet også før de selv kvalifiserer for det, vil de kunne ha lettere for å ta i mot tilbudet senere. De kan også gjøre mennesker i sin omgangskrets som oppfyller kriteriene kjente med tilbudet. Ved at flere i samfunnet totalt sett vet om ordningen kan man anta at de som oppfyller kravene lettere vil kunne få informasjon om tilbudet. Det handler altså om å spre budskapet gjennom flere kanaler enn bare gjennom pleiepersonellet i institusjoner og åpen omsorg. Ulike tjenester og produkter for eldre, eksempelvis seniorreiser, bilførerkurs, helseprodukter osv, annonseres i informasjonsblader for eldre. Vi vil anbefale tannhelsetjenesten å vurdere å legge inn annonse i slike publikasjoner for å nå ut til aktuelle brukere. Her kan blant annet nevnes "Leirgauken" i Sandnes og "Mortepumpen" i Stavanger. Muntlige orienteringer på dagsentre, oppholdsrom på institusjoner og lignende kan også være en god måte å møte de eldre på.

- **Tettere avtaler mellom THR og sentralt kommunenivå for å styrke ansvarsfølelsen i kommunene**

På grunn av at tannhelsetjenesten er så avhengig av kommunenes hjelp i tannhelsearbeidet anser vi det som avgjørende at det legges klare føringer for samarbeidet og med en høy grad av oppfølging. Det er kommet klare signaler fra kommunene om at hvis deres oppfølging av gruppen skal være på et tilfredsstillende nivå, krever dette faste rutiner og hyppigere oppfølging fra Tannhelsetjenesten.

Vi vil her vise til Hordalands tannhelsetjeneste sin ordning med avtaler mellom ansvarlig på kommunalt nivå og tannhelsetjenesten. Revisjonen anbefaler at THR vurderer en lignende ordning med avtaler som klart definerer ansvaret overfor gruppe C. Avtalen er neppe juridisk bindende, men vil kunne ha positiv effekt av flere årsaker. Den vil for det første kunne gi en klarere ansvarsfordeling mellom kommune og foretak. Den vil for det andre kunne fastsette datoer for rapportering. Det vil gjøre det lettere for kommunene å innrapportere nye brukere i gruppe C. Samtidig blir det lettere for THR å følge opp manglende innrapportering. For det tredje kan man legge opp til en kontroll av at de pasientene som inngår i gruppe C hos THR, også er registrert hos kommunen. Det sikrer mot misbruk av tilbudet.

Avtalen gjengitt i tabell 3-3 kan forbedres ved at kontrollkolonne settes inn. På den måten kan avtalen påføres informasjon om utførelse gjennom året, og både kommunen og THR vil kunne ha oversikt over for eksempel når siste samarbeidsmøte var, når THR sist hadde undervisning av kommunalt personell og når de sist hadde gjennomgang av pasienter på de ulike institusjonene.

- **Bruk av tidsfrister som styringsverktøy internt i tannhelsetjenesten og i kommunene**

På grunn av ulik praksis i forbindelse med innkalling av gruppe C, og for å unngå at behandlingen drøyer så lenge at pasienten ikke lenger oppfyller kriteriene for å få behandling, vil revisjonen anbefale THR å vurdere en maksimal ventetid for denne gruppen, i tillegg til faste rapporteringstidspunkter for kommunene. Grensene kan i begge tilfeller settes enten som veiledende eller absolutt grense på for eksempel 4 uker, og kan om ønskelig inngå som en del av en eventuell samarbeidsavtale.

- **Vasking av listene over brukere av tjenesten for å fange opp dem som ikke lenger skal motta innkallinger**

Vi har forstått det slik at der foreligger en risiko for at avdøde personer kan bli innkalt til kontroll. Tannhelse Rogaland har hatt problemer med å få ut informasjon fra folkeregisteret om sine pasienter, slik at de kan "vaskes" mot egne pasientlister. Når kommunen ikke er akt-

pågivende nok med å sende lister over nye pasienter, sitter det enda lengre inne å sende lister ved dødsfall. Vi tror det mest nærliggende vil være å bruke folkeregisteret, slik at slik uheldige forhold kan unngås. Det kan i denne sammenheng være nærliggende også å nevne at sletting av pasienter i THR-arkivet også skal skje når vilkåret er brutt som følge av at man for eksempel ikke lenger mottar kommunal hjemmesykepleie av andre årsaker.

- **Noen praktiske tilpasninger kan også være aktuelle**

Til slutt vil vi nevne følgende muligheter:

- Frankerte og adresserte svarkonvolutter benyttes av Tannhelsetjenesten i Hordaland for å gjøre det lettere for gruppe C å registrere seg hos THR. Dette antas å være spesielt bra for pasienter i hjemmepleie, som ut fra statistikken er den gruppen som i minst grad benytter seg av tilbudet.
 - Pleie og omsorgstjenesten har i mange kommuner stort arbeidspress, og våre informanter oppgir at i noen tilfeller kan ressursmangel oppstå eller ressursituasjon forverres på grunn av at kommunens ansatte må følge pasienter til tannlege. THR kan gjøre arbeidet lettere for pleie og omsorgstjenesten ved å ha økt internt fokus på at innkalling, eventuelt kopi av denne blir sendt til institusjonen i de tilfeller hvor kommunen må sørge for transport og følge.
 - Det nye systemet for rapportering av kurs og opplæring som tas i bruk i 2006 bør også inkludere spesiell oppfølging av gruppe C. Det er kanskje mulighet for at eventuelle kontrollpunkter i en samarbeidsavtale kan være en del av denne rapporteringen.
 - Tekniske innretninger, som at tannhelsetjenestens ansatte nå har egne epostadresser på jobben, kan forenkle oppfølging av gruppe C. Ved å ta i bruk kommunenes adresselister kan man enkelt sende påminnelser om å dele ut og sende inn skjema over nye pasienter, og opprette en jevnere kontakt med pleie og omsorgstjenesten. Vi vil her legge til at det også har framkommet informasjon om at nye fagsystemer i kommunene kan automatisere disse rutinene og dermed gjøre det enklere å fange opp og melde fra om nye pasienter.
- **Økt ansvarliggjøring av kommunen sentralt og rutinisering av pleie- og omsorgstjenestene lokalt**

Vi har allerede nevnt muligheten av å inngå en avtale på sentralt nivå i kommunen. Vi vil også nevne at pleie- og omsorgstjenesten i de ulike kommunene tar inn en del ufaglært arbeidskraft, både som vikarer og i faste stillinger. Det kan nok ikke forventes at ufaglærte har like sterkt fokus på tannstell som det de faglærte har. Det er da av stor betydning at det finnes rutiner slik at de ufaglærte får kunnskap om korrekt tannstell, hvilken pasientoppfølging som kreves, samt hvem som har oppfølgingsansvaret. **Vi anbefaler** at det opprettes en nedskrevet rutine som fungerer som mal for oppfølgingen av ufaglærte. Vi anbefaler også at det, i tilfeller hvor det kan være formålstjenlig, kartlegges hvorvidt det er mulig for kommunen å benytte ideelle organisasjoner og lignende til følge av pasienter i forbindelse med tannlegetime.

4.2 Mulige konsekvenser av manglende overholdelse av vedtatte retningslinjer

Revisjonen deler erkjennelsen i både kommuner og tannhelsetjenesten om at tannhelsetilbudet for gruppe C ikke er i tråd med fylkeskommunens vedtatte retningslinjer, og vi har også pekt på årsaker til at ordningen ikke fungerer optimalt. Spørsmålet som gjenstår blir da: Hvilke konsekvenser har dette?

Manglende overholdelse gir seg først og fremst utslag på individnivå. Den enkelte pasient vil kunne ha unødvendige plager eller smerter ved å ikke få nødvendig behandling. Negative

konsekvenser av manglende tannstell kan være sykdommer som tannkjøttbetennelse og tannløsningssykdom. I tillegg kan plager relatert til tennene føre til dårlig matlyst og vansker med å spise, og dermed også få negative konsekvenser for klientenes generelle helsetilstand.

På foretaksnivå vil et dårlig tilbud til en gruppe pasienter kunne medføre at foretaket som helhet får dårlig rykte på seg. Vi har imidlertid ikke holdepunkter for trekke en slik konklusjon, men oppfatter ut fra vårt datamateriale det slik at det offentlige tannhelsetilbudet har et godt rykte, leverer gode tjenester, men har et fortsatt forbedringspotensiale i å faktisk nå ut til alle som kunne tenkt seg å benytte seg av tilbudet.

5 Fylkestannlegens kommentarer

Etter kommunelov, relevante forskrifter og revisjonsstandarder på området, skal fylkesrådmannen bli forelagt rapporten til uttalelse og uttalelsen skal følge rapporten i den videre behandling. I dette tilfellet er det et fylkeskommunalt foretak som blir revidert. Foretaket rapporterer til fylkestinget, og rapporten ble derfor 12.05.2006 sendt foretaket til uttalelse.

I følge fylkestannlegen er rapporten blitt forelagt foretakets styre. Følgende uttalelse er mottatt, datert 21.06.2006:

”Rapporten peker på en del problem i forhold til tilbudet til gruppe C (eldre og langtidsyke i institusjon og hjemmesykepleie). Tannhelse Rogaland FKF (ThR) vil bruke rapporten i sitt arbeid med å fordre tjenestetilbudet til gruppen.

Fylkestannlegen har disse kommentarene til rapporten:

- Arbeidsfordelingen mellom tannhelsetjenesten og kommunal pleietjeneste er fastlagt i forskrifter (Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene – rundskriv I-13/97 og forskrift av 2003 §3). Disse er ikke tatt med i kilder rapporten har vurdert tjenesten mot. Institusjonene har ansvar for daglig pleie av pasientene, inkludert nødvendig munnstell. Tannhelsetjenesten har ansvar for nødvendig behandling og skal tilby opplæring når kommunene etterspør / har behov for slik opplæring. Personell i pleietjenestene må, ref. lov om helsepersonell, selv vurdere egen kompetanse og etterspørre nødvendig opplæring dersom en ikke har nødvendig kunnskap til å ivareta pålagte oppgaver.
- Rapporten går langt i å ensidig legge ansvaret for svikt i rutiner på tannhelsetjenesten. Den ser bedring som synonymt med at ThR skal ta større ansvar. Oppfølging av kommunene, mht. oppfølging av krav i pleieforskriften, er ikke fylkeskommunens ansvar. Kommunene må selv sørge for nødvendig internkontroll for å ivareta dette. Helsetilsynet har ved tilsyn og påpekt dette.
- ThR har ikke mulighet å nå brukerne uten gjennom pleieinstitusjonene eller hjemmesykepleien. ThR har ikke tilgang på lister over disse pasientene, som følge av krav til personvern (persondata).
- Nedgang i andel under tilsyn fra 2003-2005, nasjonale tall, skyldes trolig innskjerping av kriterier for hvem som kan regnes under tilsyn. Kriteriene for rapporteringen av ”under tilsyn” har variert fra fylke til fylke. Rogaland rapporterte andel, av brukere med rettigheter til tilbud, under tilsyn noe lavere enn landsgjennomsnittet. Andel av brukere som er undersøkt og behandlet ligger på landsgjennomsnittet.
- Det foreligger en landsomfattende undersøkelse (2004) for situasjonen for brukere i gruppe C. Tall fra Rogaland viser at situasjonen her er som landet for øvrig mht munnpleie og tannhelse.
- Tid fra innskriving, i institusjon eller hjemmesykepleie, til behandling er beskrevet som et problem i rapporten. ThR gir behandling før 3 mnd. hvis det er klart at oppholdet blir mer enn 3 mnd.
- Ved etterspørsel etter opplæring av pleiepersonell eller behandling for brukere, er vurderingen fra overtannlegene, at dette imøtekommes innenfor relativt korte frister. Dersom dette ikke er tilfelle, er det i strid med pålegg til klinikkene.”



Rogaland Revisjon IKS

Løkkeveien 10
4008 Stavanger

Tlf 40 00 52 00
Fax 51 84 47 99

www.rogaland-revisjon.no