

FORVALTNINGSREVISJON AV  
TANNHELSETILBUDET TIL PSYKISK  
UTVIKLINGSHEMMEDE OVER 18 ÅR



ROGALAND FYLKESKommUNE  
APRIL 2010



# INNHold

Denne rapportens målgrupper er kontroll- og kvalitetsutvalget, andre folkevalgte, styret og formelt ansvarlige i foretaket, og utførende fagfolk. Rapporten er et offentlig dokument og er tilgjengelig også for media og andre interesserte. Behovene varierer, men her er en leserveiledning med to nivåer for hvor dypt rapporten kan behandles:

1. Innholdsfortegnelsen, sammendraget og foretakets kommentarer
2. Hovedrapporten med innledning, fakta og vurderinger, samt vedlegg

<b>Innhold</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Foretakets kommentar</b> .....	<b>7</b>
<b>Rapporten</b> .....	<b>9</b>
1.1 Innledning .....	10
1.1.1 Formål og problemstillinger .....	10
1.1.2 Revisjonskriterier og metode.....	10
1.2 Faktabeskrivelse.....	12
1.2.1 Gruppe B, psykisk utviklingshemmede.....	12
1.2.2 utfordringer i tilbudet til gruppe B.....	12
1.2.3 Hvordan følger foretaket opp rettighetsordningen?.....	14
1.2.4 Hvordan følger den enkelte kommune opp rettighetsordningen?.....	29
1.3 Vurderinger og anbefalinger.....	32
1.3.1 Sikres informasjon til brukere i gruppe B i tråd med lovverket og vedtatte retningslinjer?.....	32
1.3.2 Sikres et tilbud i tråd med lovverket og vedtatte retningslinjer? .....	34
1.3.3 Sikres kompetanse på gruppe B i tråd med lovverket og vedtatte retningslinjer?.....	37
1.3.4 Hva er årsakene til at ordningen eventuelt ikke fungerer optimalt?.....	39
1.3.5 Anbefalinger .....	39
<b>Vedlegg</b> .....	<b>40</b>

# SAMMENDRAG

Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet er å vurdere tilbudet om rettighetsbasert tannhelsetjeneste for gruppe B, spesifisert til psykisk utviklingshemmede over 18 år, og fremme eventuelle forbedringsforslag til dagens praktisering av ordningen. Personer som omfattes av denne ordningen har krav på fri behandling ved offentlig tannklinikk.

Problemstillingene i prosjektet har blitt belyst gjennom dokumentgransking og intervju med foretakets sentrale administrasjon, overtannleger, tannpleier samt ledere med ansvar for omsorgstjenester og boavdelinger i fem kommuner. Årsaken til at kommuner er trukket inn er at foretaket er avhengig av samhandling med dem i sitt arbeid.

## **Hvordan blir tannhelsetjenesten for gruppe B ivaretatt av Tannhelse Rogaland FKF og kommunene mht samhandling, informasjon og tjenesteyting?**

Foretaket ivaretar fylkeskommunen sitt ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. De 1532 personene i gruppe B under tilsyn i 2009 utgjorde omtrent 1 % av samlet antall under tilsyn. Av disse ble 92 % undersøkt og behandlet i løpet av året, og denne andelen har vært stabil i løpet av de siste årene. Behovet for tannhelsehjelp til personer i gruppe B dekkes ut fra en kombinasjon av prinsipper om særlig oppfølging og individuell vurdering uavhengig av gruppe.

Det regnes å være særlige utfordringer knyttet til gruppe B og stipulert tidsbruk for personer i gruppe B er høyest av alle grupper. Tannlege team følger opp at alle får oppfølging i samsvar med egen driftsplan og dette innebærer innkallingsrutiner som sikrer at alle er under tilsyn. Alle intervjuede kommuner mener klienter under tilsyn blir fulgt opp med jevnlig kontroll/ behandling.

Praksis for innkallingsintervaller, og tid brukt på hver konsultasjon varierer ganske mye mellom klinikker, men kapasiteten og tjenestetilbudet blir både av foretaket og de utvalgte kommunene oppfattet å være bra. Gjennom tannhelsetilbudet i 43 tannklinikker samt spesialisttannklinikk når en ut med både et omfattende lokalt forankret og spesialisert tilbud. Rogaland ligger sammenlignet med resten av landet høyt både når det gjelder andel personer i gruppe B som er registrert med regelmessig innkalling ved offentlig tannklinikk, og som årlig mottar undersøkelse og behandling.

Foretaket fanger i stor grad opp klienter i gruppe B gjennom det ordinære tannhelsetilbudet for gruppe A (barn og ungdom 0-18). Målgruppen fortsetter da som kunder av tannhelsetjenesten etter fylte 18 år og kategoriseres som gruppe B i foretakets lister. Det presenteres av foretakets ledelse og praktiseres generelt ved klinikkene en romslig tolkning av hvem som har rettigheter etter tilhørighet i gruppe B. Det er likevel noe ulikt syn på om det skal stilles krav til diagnosen psykisk utviklingshemming, og hvor mye arbeid en dermed må legge ned for å klassifisere pasienter en er i tvil om.

Siden klinikkene ikke har tilgang på lister over brukere av kommunale tjenester for psykisk utviklingshemmede, er de avhengige av å nå målgruppen gjennom kommunen sitt tjenesteapparat. Kontakten mellom klinikkene og daglig omsorgspersonell blir sett på som svært viktig for å sikre et regelmessig og oppsøkende tilbud til alle. Det oppfattes både av klinikkene og kommunene å være særlig krevende å fange opp nye pasienter i gruppe B som mottar tjenester i egen bolig.

Det er innen det forebyggende tannhelsearbeidet det er størst utfordringer knyttet til samhandling mellom tjenestenivåene, informasjon og tjenesteyting. Oppfølging og opplæring av omsorgspersonell i kommunene har gjennom lokale og sentralt initierte prosjekter i de senere år blitt satset systematisk på og er en del av et regionalt og nasjonalt koordinert folkehelsearbeid. Foretaket har på dette området i mindre grad enn innenfor undersøkelse/behandling avklart ansvar og rapportering av resultater. I enkelte kommuner, er det lite avklart ansvarsforhold når det gjelder forebyggende tannhelsearbeid. Det er varierende hyppighet på opplæring avhengig av behov, bestillinger fra omsorgsenheter og kapasitet til tannpleier.

### **Gjennomføres ordningen i tråd med lovverket og vedtatte retningslinjer?**

Ordningen synes av foretaket stort sett å bli gjennomført i tråd med lovverk og vedtatte retningslinjer. Det gis etter tilbakemelding fra utvalgte kommuner imidlertid i liten grad informasjon om dekking av reiseutgifter etter tannhelsetjenestelovens § 5-1. Ett omsorgsområde svarer at opplæring skjer sjelden og ett bofellesskap svarer at det ikke er noen opplæring. Ordning med ledende tannpleier i rundt 20 % stilling i alle distrikter innført i løpet av 2010 vil gjøre foretaket bedre rustet til å sikre opplæring og oppfølging av omsorgspersonell. De samarbeidsavtalene foretaket ventes å inngå med kommunene i løpet av 2010 vil sannsynligvis bøte på problemet med uavklart ansvarsforhold. Rapportering av avvik er basert på den enkelte tannhelsearbeider sin egen vurdering (klassifisering). Det er ulik vurdering av hva som etter interne retningslinjer skal rapporteres som avvik. I avgjørelsen av hvem som skal omfattes av rettighetsordningen blir retningslinjer for klassifisering i gruppe B og fylkeskommunens tannhelseplan heller ikke tolket likt.

### **Hva er konsekvensene av eventuelt manglende overholdelse (risiko)?**

Faktorer som avstand til tannklinikk, grad av stabilitet i bemanning samt kunnskap og holdning blant omsorgspersonell avgjør hvilke konsekvenser manglende informasjon om rettigheter og manglende avklaring av ansvar får. Det synes ikke som å være et stort problem overfor denne gruppen.

Ulik oppfatning av rapportering av avvik i tannhelsetjenesten kan tenkes å være en begrensning for systematisk læring og kontinuerlig forbedring. Vi kjenner ikke omfanget her, og konsekvenser er vanskelige å angi, men det synes å være ulik praksis for avviksregistrering som godt kan vurderes nærmere av foretaket.

En kultur for romslig tolkning av hvem som kommer innenfor gruppe B vil føre til at flere enn de som har diagnosen psykisk utviklingshemmet får tilbud om gratis undersøkelse og behandling ved offentlig tannklinikk. Det gir redusert risiko for at noen ikke får tilbudet de har krav på. Dette antas på den annen side å medføre høyere utgifter enn dersom man hadde lagt til grunn strengere fortolkninger. Det synes likevel ikke å være mange personer det her er tale om.

Ulik tolkning av retningslinjer for klassifisering kan også tenkes å føre til at like tilfeller vurderes ulikt fra klinikk til klinikk. Hvorvidt dette slår ut i faktisk tilbud har vi ikke grunnlag for å si, men vi observerer at enkelte klinikker innhenter uttalelser fra fagpersoner i kommunene, mens de fleste baserer seg på tannlegens egenvurdering.

### **Anbefalinger**

- Avklare hva slags avvik knyttet til pasientbehandling som skal rapporteres. Sikre systematisk bearbeiding av rapporter som grunnlag for forbedring.
- Vurdere om foretaket bør avklare hvilke krav som stilles til å klassifisere klienter i gruppe B.
- Utvikle felles rutiner på at skriftlig materiale, tilpasset gruppe B, med fullstendig informasjon om rettighetene til gratis tannbehandling blir distribuert til ansvarlige i kommunal omsorgstjeneste på årlig basis.
- Tannlegeteam gis ansvar for å følge opp tannkontakt i kommunale omsorgsenheter. Kommunene og tannklinikkene holder hverandre oppdatert med lister med kontaktpersoner.
- Motivere tannhelsepersonell til å bygge opp spisskompetanse på gruppe B.
- Initiere/ koordinere at lokale kursutvalg kommer med innspill/ ønske om tiltak som i særlig grad retter seg mot gruppe B.

# FORETAKETS KOMMENTAR

*Etter forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner m.v. § 8 skal styret og daglig leder gis anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som fremgår av rapporten. Tilsvarende høringsrett har fylkesrådmannen. Rapporten er derfor også sendt fylkesrådmannen som ikke har kommentarer til den.*

*Uttalelse fra foretaket:*

Tannhelse Rogaland har behandlet høringsutkastet i ledermøte 7.4.2010 og i styremøte 28.4.2010.

Det er også fylkestannlegens vurdering at tannhelsetilbudet til psykisk utviklingshemmede (gruppe B i lov om tannhelsetjenester) fungerer bra, og etter intensjonene i loven. Det er imidlertid nyttig med en forvaltningsrevisjon som setter søkelyset på en liten, men svært viktig prioritert gruppe som ikke selv så lett kan ivareta sine interesser.

Vi vil bruke rapporten til ytterligere å forbedre tilbudet til denne gruppen, og har følgende kommentarer til de forbedringstiltakene som foreslås:

- Det fremkommer ikke i forarbeider eller veiledning til lov om tannhelsetjenesten, en avgrensning/definisjon av gruppe B. Det er derfor vanskelig for foretaket å lage noen andre klassifiseringer utover det som er praksis i dag.
- Vi har både en serviceerklæring og et søknadsskjema for gratis tannbehandling med utfyllende informasjon om alle de prioriterte gruppene. Vi mener at dette informasjonsmateriellet også ivaretar gruppe B. Men ser at informasjon om dekning av reiseutgifter bør være bedre.
- Tannhelse Rogaland har, sammen med de offentlige tannhelsetjenestene i Hordaland og Sogn og Fjordane, laget maler for avtaler med kommunene om de prioriterte gruppene som skal implementeres i 2010. Avtalene skal sikre at brukerne innenfor de prioriterte gruppene og rusomsorgen, får det tannhelsetilbudet de har rett til etter gjeldende lovverk og retningslinjer, og inneholder gjensidig forpliktende punkter om bl a kontaktpersoner og opplæring i tann- og munnstell.

Det skal være en overbyggende avtale med toppledelsen i kommunen, og i tillegg en avtale med den enkelte institusjon/tjenesteområde. Avtalene gjelder tjenesteområdene;

- Helsestasjonstjenesten
- Psykisk utviklingshemmede – PU tjenesten
- Institusjon og hjemmesykepleie – pleie og omsorgstjenesten
- Kommunal rusomsorg

- Vi foretar en gjennomgang av rutinene for registrering og bearbeiding av avvik i ledergruppen, for å se hva som kan forbedres.
- Fylkestannlegen vil ta initiativ til at tannbehandling til gruppe B tas med i kursplanene. Noe som i neste omgang kan motivere tannhelsepersonell til å bygge opp spisskompetanse på gruppe B.

Med hilsen

Tannhelse Rogaland FKF

Helene Haver  
fylkestannlege



# RAPPORTEN

# 1.1 INNLEDNING

## 1.1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Bakgrunnen for prosjektet er at Tannhelse Rogaland FKF (ThR) mener tilbudet til psykisk utviklingshemmede er godt innarbeidet og når de fleste, men det er noe usikkerhet knyttet til om tilbudet når alle. Tilbudet blir vurdert som bra, men ambisjonen er at det skal bli bedre. Tannhelseplan 2008-2011 viser ønsket utvikling med utgangspunkt i St. melding 35 (2006-2007) om "Framtidas tannhelsetjenester".

Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet er å vurdere tilbudet om rettighetsbasert tannhelsetjeneste for gruppe B, psykisk utviklingshemmede over 18 år, og fremme eventuelle forbedringsforslag til dagens praktisering av ordningen.

Mandat for gjennomføring av prosjektet ble vedtatt av kontroll- og kvalitetsutvalget i møte 04.06.2009. I tillegg til formålet, framgår det av kontrollutvalgets bestilling at følgende problemstillinger skal besvares:

- Hvordan blir tannhelsetjenesten for gruppe B ivaretatt av Tannhelse Rogaland FKF og kommunene mht samhandling, informasjon og tjenesteyting?
  - Hvordan følger foretaket selv opp rettighetsordningen, fra ledelsen til foretakets 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?
- 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?

## 1.1.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

Revisjonskriteriene er krav eller forventninger som brukes for å vurdere funnene i undersøkelsene. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgende kriteriegrunnlag anvendt:

- [Tannhelsetjenesteloven](#) av 03.06.83
- [Pasientrettighetsloven](#) av 13.12.91
- [Helsepersonelloven](#) av 02.07.99
- [Kommunehelsetjenesteloven](#) av 19.11.82

- [Sosialtjenesteloven](#) av 13.12.91
- [Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten](#) av 20.12.02
- [Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene](#) av 27.06.03
- [Tannhelseplan 2008-2011](#)
- [Serviceerklæring til Tannhelse Rogaland](#)
- Bestillinger fra Fylkestinget - Leveranseavtaler

Metodisk er det benyttet dokumentanalyse, intervju, samt sammenligninger (mot seg selv over tid og mot andre fylker). Tilsvarende forvaltningsrevisjon ble i 2006 foretatt for tilbudet til gruppe C (grupper av eldre, langtidssyke, og uføre i institusjon og hjemmesykepleie).

Følgende er intervjuet:

**Fylkestannlegen:**

- Helene Haver (fylkestannlege, daglig leder i Tannhelse Rogaland FKF)
- Åge Hansen (assisterende daglig leder)
- Linda Næss (folkehelsekoordinator)

**Overtannleger:**

- Elisabeth Langberg (Nord-Jæren/ Ryfylke tannhelsedistrikt)
- Ingvild Dommersnes (Sandnes tannhelsedistrikt)
- Trond Strømstad (Stavanger tannhelsedistrikt)

**Tannpleier:**

- Åse T. Oftedal (Ganddal tannklinikk)

Dessuten rutine revisjon ved Madla, Moi, Hundvåg og Stavanger sentrum tannklinikk samt spesialisttannklinikken.

**Kommunal omsorgstjeneste:**

- Eigersund kommune; leder Lagård (bofellesskap/ sykehjem), leder Havsøy (hjemmebasert), leder Slettebø (blandet).
- Stavanger kommune; leder Miljøtjenesten, leder bofellesskap (Tjensvoll hjemmebaserte tjenester), leder bofellesskap (Hinna hjemmebaserte tjenester)
- Rennesøy kommune; leder nyopprettet bofellesskap
- Sandnes kommune; Omsorgsområdene Øst, Vest, Sør og Nord
- Karmøy kommune; Virksomhetsleder Kopervik

En nærmere omtale av kriterier og kildehenvisninger er inntatt utover i rapporten. Konsulter også rapportens [vedlegg](#).

Vår samlede vurdering er at metodebruk og kildetilfang har gitt et tilstrekkelig grunnlag til å besvare prosjektets formål og de problemstillinger kontroll- og kvalitetsutvalget vedtok.

## 1.2 FAKTABESKRIVELSE

### 1.2.1 GRUPPE B, PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE

I Rogaland var i 2009 1532 personer under tilsyn av den offentlige tannhelsetjenesten under gruppe B, og 1408 personer ble undersøkt eller behandlet.

Dette er en svært sammensatt gruppe, både med hensyn til funksjonsnivå og i hvilken grad de mottar kommunale tjenester innen pleie og omsorg. Det som kjennetegner alle er at de er født med en funksjonshemming, og at de alle har en lovfestet rett til et gratis "regelmessig og oppsøkende tilbud". Det er i Norge beregnet at mennesker med moderat til omfattende psykisk utviklingshemning utgjør ca. 0,4 - 0,5 % av befolkningen. Det er beregnet at 0,3 % av befolkningen tilhører gruppe B. Ut fra dette anslaget har Tannhelse Rogaland beregnet omfanget i vårt fylke til 1621 personer (2009).<sup>1</sup>

Noen mennesker med psykisk utviklingshemning har tilleggslidelser som epilepsi, cerebral parese, sansedefekter eller hjertefeil. Enkelte må sondeernæres. Gulping, oppkast og det at mat blir liggende i munnen i lengre tid kan gi økt syrebelastning på tennene. Nedsatt funksjon i tunge, lepper og annen ansiktsmuskulatur kan forårsake spiseproblemer og tannstillingsfeil. Vanlig tannrengjøring og tannbehandling kan være vanskelig å gjennomføre. Mange med Downs syndrom vil på grunn av nedsatt motstandskraft mot infeksjoner utvikle tannkjøttbetennelse med blødninger (Veileder Statens helsetilsyn 1999, "Tenner for livet").

### 1.2.2 UTFORDRINGER I TILBUDET TIL GRUPPE B

Hvilke utfordringer den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og kommunene står overfor som leverandør av et helhetlig tannhelsetilbud har sammenheng med egenskaper til de aktuelle personene (klientell/pasienter) og det helhetlige tjenestetilbudet lokalt (som innebærer samarbeid mellom tjenestenivåene).

#### 1.2.2.1 REGELMESSIG OG OPPSØKENDE TILBUD

Den offentlige tannhelsetjenesten skal etter tannhelsetjenesteloven "gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon". For å oppfylle dette kravet overfor alle tilhørende gruppe B er foretaket helt avhengig av at samarbeidet med kommunen fungerer godt. Tannhelse Rogaland FKF (ThR) er avhengig av at kommunen formidler tilbudet om tannbehandling til de som ikke er registrert ved den aktuelle tannklinikken. ThR har i dag pga taushetsplikt ikke mulighet til å sjekke sine egne lister med prioriterte i gruppe B opp mot lister kommunene har

<sup>1</sup> Etter tannhelsetjenestelovens § 1-3 omfatter gruppe B: "Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon" Det betyr i prinsippet uavhengig av alder. Etersom denne målgruppen også tilhører den høyere prioriterte gruppe A fram til 18 år, så reserveres begrepet gruppe B i alle sammenhenger til personer over 18 år. Slik også i denne rapporten.

med personer med krav på vederlagsfri behandling. Hvorvidt tilbudet om gratis behandling faktisk er gjort kjent for alle som mottar tjenester for psykisk utviklingshemmede i kommunene vil indikere om samarbeidet mellom ThR og kommunene fungerer tilfredsstillende.

Det er registrert hvor mange som har takket nei til undersøkelse/behandling. Statistikken inkluderer både pasienter som er registrert (har journal) og takker nei direkte til tannklinikk og de som takker nei til å bli registrert gjennom kommunen. Det er lave tall for personer som har takket nei (25 i 2009), tallet har vært stabilt de siste år og foretakets ledelse opplyser at en ikke er bekymret over tallene. Nye samarbeidsavtaler med kommunene og foretaket skal sikre at kommunene fra 2010 opplyser tannhelsetjenesten om hvem som har takket nei til tilbud om gratis tannhelsetjeneste.

Sannsynligheten for å nå ut til personer som har et perifert forhold til kommunens tjenesteapparat er lavere enn hvor personen for eksempel er beboer i et bofellesskap. For psykisk utviklingshemmede som bor hjemme og ellers ikke har kommunale tjenester, har kommunen ingen plikter til å opplyse om rettighetsordningen om gratis tannpleie. Omfanget antas å være relativt lavt fordi tannklinikkerne normalt vil ha fanget dem opp i barne-/ungdomsårene.

#### **1.2.2.2 NØDVENDIG TANNBEHANDLING OG MUNNHYGIENE**

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene sier at kommunen skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov, som nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene. Veileder til forskriften sier at tannhelsetjenesten har ansvar for å bidra til at pleie- og omsorgspersonellet får nødvendig opplæring i det tannhelsearbeidet som de skal forestå, og til å yte nødvendig undersøkelse, diagnostikk og behandling. Det personalet som til daglig har hånd om omsorgen for brukeren, skal sørge for at det daglige munnrenholdet kan gjennomføres. Et godt samlet tannhelsetilbud er avhengig av at kommunen legger til rette for å sikre en grunnleggende god munnhygiene.

Tilfredsstillende daglig renhold og kosthold ses på som en forutsetning for en god tannhelse. Den mentale forståelsen av dette, problemer med å kunne uttrykke seg og problemer med motorikken innebærer at de fleste må ha daglig hjelp til renhold av tennene for å ta vare på sin tannhelse. I mange tilfeller kan psykisk utviklingshemmede bli behandlet på ordinær måte, men noen må gis narkose. Dette gjør det ekstra viktig med tilfredsstillende kosthold og god munnhygiene (Helsedirektoratets veileder i forbindelse med HVPU-reformen 1991).

## 1.2.3 HVORDAN FØLGER FORETAKET OPP RETTIGHETSORDNINGEN?

I denne delen skal vi gjennomgå det tjenesteinnhold Tannhelse Rogaland tilbyr gruppe B gjennom undersøkelse og behandling. Vi skal presentere det forebyggende arbeidet ThR tilbyr, både direkte og indirekte via oppfølging av kommunale tjenester. Til slutt blir kompetanseutvikling ifht. gruppe B og utvalgte kommuners vurdering presentert.

### 1.2.3.1 SYSTEM FOR KVALITETSSIKRING

Krav til system for å sikre tjenester i henhold til lover, forskrifter og faglige standarder gjennom utforming og praktisering av prosedyrer ligger som en generell forutsetning. ThR sin kvalitetshåndbok er det sentrale verktøy for å sikre systematisk styring og kontinuerlig forbedring av tannhelsetjenesten.

Internkontrollen i ThR bygger på at alle ansatte skal være i stand til å avdekke avvik gjennom egenkontroll. Avvik knyttet til pasientbehandling skal journalføres og klassifiseres (små/ store/ kritiske). Rapportering og dokumentasjon til nærmeste overordnede (overtannlege) avhenger av alvorlighetsgrad (og frekvens).

Kvalitetsutvalget skal styre og lede det kontinuerlige og systematiske utviklingsarbeidet. Utvalget skal vurdere behov for, og evt. endre prosedyrebeskrivelse (Avviksprosedyre og flytskjema ThR). Kvalitetssirkler i distriktene kan komme med innspill til kvalitetsutvalget i ThR. Kvalitetssirkler blir sett på som viktige for å "skape og opprettholde engasjement og interesse for forbedringsarbeid" (Tannhelseplan 2008-2011). Overtannlegene har ansvar for å sikre at kvalitetssirklene fungerer som forutsatt.

### 1.2.3.2 NØKKELTALL

Tabell 1 Tannhelsetjenesten for gruppe B i Rogaland fylkeskommune 2006-2009					
	2006	2007	2008	2009	% 2006- 09
Psykisk utviklingshemmede over 18 år	1517	1545	1588	1621	7 %
Psykisk utviklingshemmede over 18 år under offentlig tilsyn	1435	1446	1495	1532	7 %
Psykisk utviklingshemmede over 18 år undersøkt/behandlet	1310	1334	1393	1408	7 %
Psykisk utviklingshemmede over 18 år, etterslep	:	:	:	:	
Psykisk utviklingshemmede over 18 år, takket nei til tilbudet	11	18	18	25	
Psykisk utviklingshemmede over 18 år: antall innkalt, ikke møtt	58	35	24	25	
Andel av de som var under tilsyn som ble behandlet/undersøkt	91 %	92 %	93 %	92 %	

Fra 2006 til 2009 økte anslaget over antall voksne med psykisk utviklingshemming med 7 %, og antall under tilsyn økte også med 7 %. Antall undersøkt og behandlet økte tilsvarende med 7 %. Sagt på en annen måte ble 91 % av personer under tilsyn undersøkt/ behandlet i 2006, mens det i 2009 var økt til 92 %.

Det er i statistikken for Rogaland ikke registrert etterslep; personer i gruppe B som ikke ble kalt inn til undersøkelse av kapasitetsmessige årsaker selv om det var planlagt at de skulle undersøkes (se imidlertid under "Tilbudet gitt til gruppe B" s. 18).

Tabellen under viser Rogaland i sammenligning med andre.

<b>Tabell 2 Sammenligning mellom Rogaland, Vest-Norge og gjennomsnitt fylkeskommuner (KOSTRAs foreløpige tall for 2009)<sup>2</sup></b>			
	Rogaland	Vest-Norge	Gj.sn. fylkeskomm. utenom Oslo
<b>Prioritering</b>			
Netto driftsutgifter pr. innbygger i kr. (Totalt tannhelse, alle grupper)	344	394	379
<b>Dekningsgrad</b>			
Psykisk utviklingshemmede over 18 år, andel under offentlig tilsyn	92,6 %	94,8 %	93,1 %
Psykisk utviklingshemmede over 18 år, andel undersøkt/behandlet	89,1 %	84,6 %	79,7 %

Vi ser at Rogaland fylkeskommune brukte desidert minst pr innbygger i kroner på tannhelsetjenesten sammenlignet med Vest-Norge, et gjennomsnitt av fylkeskommuner (med og uten Oslo). Økonomitall for gruppe B alene foreligger ikke. Andel undersøkelser/behandlinger er høyere enn både Vest-Norge og landsgjennomsnittet.

Den neste tabellen viser statistikk fordelt på de fem distriktene.

<b>Tabell 3 Personer i gruppe B under tilsyn, undersøkt og behandlet, under behandling og planlagt ikke innkalt i Rogaland 2009 (Kilde: Tannhelse Rogaland)<sup>3</sup></b>							
PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE OVER 18 ÅR							
Gruppe B	Totalt*	Under tilsyn	Under tilsyn %	Us og behandlet	Us og behandlet %	Under behandling	Planlagt ikke innkalt
NORD-ROGALAND		442		401		24	41
NORD-JÆREN/RYFYLKE		188		168		24	20
STAVANGER		320		288		36	32
SANDNES		208		193		24	15
SØR-JÆREN		374		358		31	16
TANNHELSE ROGALAND	1621	1532	94,5	1408	86,9	139	124

### 1.2.3.3 TILGJENGELIGHET TIL BEHANDLING FOR GRUPPE B

Det er i stor grad mange av de samme forholdene som avgjør om gruppe B får undersøkelse/behandling og akutthjelp som for de andre prioriterte gruppene. Gruppen behandles også stort sett som andre prioriterte grupper<sup>4</sup>. Det er likevel noen særtrekk ved

<sup>2</sup> Siste linje i tabell 1 på forrige side viser andelen behandlinger/undersøkelser vurdert mot antall under tilsyn. Siste linjer i tabell 2 viser derimot andelen opp mot det nasjonale statistiske (teoretiske) anslaget over antall personer med psykisk utviklingshemming (0,3% av befolkningen). Brøkene blir altså forskjellige grunnet ulik nevner.

<sup>3</sup> Andel under tilsyn og undersøkt/behandlet ble i 2008 også beregnet på distriktsnivå med nevner utifra estimat over brukere (0,3 %).

<sup>4</sup> Fylkestannlegen rapporterer tjenesteomfang for de prioriterte gruppene samlet til styret i foretaket. Det blir i årsmelding spesifisert hvordan måloppnåelsen er for de ulike gruppene.

behandlingstilbudet for gruppe B. Gruppen er prioritert nest øverst i tannhelsetjenesteloven (etter gruppe A, men foran resten av de prioriterte gruppene).

#### TANNHELSE ROGALAND SIN KAPASITET OG PRODUKSJON

Tannhelse Rogaland FKF har 43 tannklinikker delt inn i 5 tannhelsedistrikter som hvert ledes av en overtannlege. I tillegg er den nye spesialisttannklinikken organisert som et eget distrikt.<sup>5</sup> Til sammen er det ca 300 tannleger, tannpleiere, og tannhelsesekretærer. Disse er organisert i team ved klinikkene. Alle team består av tannlege og tannhelsesekretær og de fleste klinikkene har tannpleier som inngår i team.

Det er ansatte i alle stillinger, men i perioder med redusert bemanning (f.eks. ubesatt tannlege-/tannpleierstilling) kan behandlingstilbudet bli noe redusert. Overtannlegen skal påse at tilbudet til en hver tid er faglig forsvarlig. Om nødvendig omdisponeres bemanningen. Noen få gruppe B pasienter ved klinikker med redusert bemanning har ikke blitt innkalt etter planen i 2009 pga. manglende kapasitet. Disse vil bli innkalt tidlig på nyåret 2010, får vi opplyst.

Det blir laget årlige driftsplaner med utgangspunkt i hvor mange klienter hvert team har i hver gruppe. Målet er at driftsplan skal være mest mulig realistisk. Det blir utbetalt bonus til de ansatte avhengig av i hvilken grad de prioriterte gruppene (a-e) har fått tilsyn etter vedtatte plan<sup>6</sup>. Krav om inntjening for teamene avhenger av hvor mange de har i de ulike prioriterte gruppene (som ikke skal betale). De ulike gruppene krever ulik behandling og for hver pasient i gruppe B som er under tilsyn beregnes 2,5 timer som kommer til fratrukk fra "beregnet tid til betalende klientell"<sup>7</sup>. At fagpersonell ambulerer mellom klinikker hvis nødvendig, oppfattes av tjenesten selv å være med å sikre et forsvarlig tilbud. Tid brukt til dette reduserer også kravene til inntjening (Bonusavtale for Tannhelse Rogaland FKF).

De siste årenes leveranseavtaler mellom foretaket og fylkeskommunen (fra 2006) viser at mål om personer i gruppe B under tilsyn (produksjon) har ligget på 1400 (1450 fra 2009). Tabellen under viser at ThR hvert år har hatt resultatoppnåelse som overgår målene i leveranseavtalen vedtatt av fylkestinget.

<b>Tabell 4 Antall i gruppe B under tilsyn ifht mål i leveranseavtale 2006-2008</b>				
	2006	2007	2008	2009
Mål	1400	1400	1400	1450
Resultat	1435	1446	1495	1532
Resultatgrad	103 %	103 %	107 %	106 %

<sup>5</sup> Rogaland Spesialisttannklinik ble ferdigstilt og tatt i bruk i juli 2008.

<sup>6</sup> Dersom det er avvik på mer enn 10 % faller bonus bort.

<sup>7</sup> 2,5 timer multiplisert med 1501 i gruppe B under tilsyn, gir et årlig timetall på 3753, anslagsvis 2-3 årsverk.



Produksjon viser til hvor mange som er journalført med ny innkalling (recall), ikke hvor mange som har vært til undersøkelse/behandling i løpet av året<sup>8</sup>. Alle distrikter utenom Sandnes hadde i 2008 høyere prosentandel/dekningsgrad for personer i gruppe B under offentlig tilsyn enn det årets landsgjennomsnittet på 91,9. Alle distriktene i Rogaland lå over landsgjennomsnittet når det gjelder andel undersøkt/behandlet.

#### GJØRE TILBUDET OM GRATIS TANNHELSEHJELP KJENT FOR GRUPPE B

Barn blir i 3-4 års alderen fanget opp gjennom det ordinære tannhelsetilbudet for gruppe A (Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år). Ved første konsultasjon krysses det av i helseskjema. Når det er snakk om diagnose psykisk utviklingshemmet fyller legen som regel ut skjema, men det er ikke alle i gruppe B som har fått diagnose.<sup>9</sup> Generelt er det en bevissthet rundt å fange opp de aktuelle og det synes generelt i foretaket å være en romslig tolkning av hvem som tilhører gruppe B. Som en følge av dette er det en forståelse av at en samtidig plasserer en del i gruppen som ikke har diagnosen psykisk utviklingshemming. Det er praksis for at aktuelle barn blir registrert som å tilhøre gruppe B i journalen ved første undersøkelse for å sikre god oppfølging. Private tannleger sies å være aktive med å henvise prioriterte pasienter til den offentlige tannhelsetjenesten. Bevisstheten om ikke å skulle stigmatisere ut fra tilhørighet til gruppen er samtidig sterkt fremtredende.

Det er forskjell på om det stilles krav til diagnose, og dermed hvor mye innsats som legges i å identifisere personer tilhørende gruppe B. Et dominerende syn er at gruppe B ikke er en medisinsk diagnose og at det ikke er dokumentasjonskrav fra lege eller annet helsepersonell. Det har imidlertid også kommet fram at retningslinjene for klassifisering av klienter i gruppe B tolkes slik at det skal dokumenteres diagnose. Tannlege vurderer svar og følger opp med spørsmål hvis det er indikasjoner på at pasient tilhører gruppe B. Det kan være snakk om å ta kontakt med vedkommendes fastlege, skole eller ansvarlige for støttetiltak for å undersøke om en person tilhører gruppe B<sup>10</sup>.

De som ikke er kjent for tannklinikkene er en utfordring, og det blir oppfattet å være vanskelig å nå de psykisk utviklingshemmede som bor hjemme. Samarbeid med kommunene og foreldre er helt avgjørende for å nå disse. De som får vedtak etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (pleie og omsorg) skal få tilbud om gratis tannhelsetilbud. Søknadsskjema for gratis tannbehandling ligger tilgjengelig på ThR sine nettsider og de ansatte ved klinikkene gjør tilbudet kjent blant de ansatte ved boligene og hjemmebasert omsorg.

<sup>8</sup> Pasienter som er på "utvidet recall" skal regnes som å være under tilsyn, men pasienter som ikke har blitt innkalt pga. kapasitetsmangel (etterslep) skal ikke regnes å være under tilsyn.

<sup>9</sup> Det framkommer ingen veiledning verken i tannhelsetjenesteloven eller i forarbeidene om avgrensning/definisjon av gruppe B (NOU 2005:11, Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet).

<sup>10</sup> Praksis i Sandnes er at tannlegen innhenter opplysninger fra rett instans og journalfører disse. Tannleger sies å være kompetente til å mistenke en psykisk utviklingshemming, men har ikke den nødvendige kompetansen til å stille diagnosen psykisk utviklingshemming.

På hver klinikk fordeles tannlegepairs ansvar for pasienter etter boområder. De som bor i samme boenhet har dermed samme tannlegepair. I Stavanger tannhelsestrikt får virksomhetsnivå innen pleie og omsorg, bestillerkontor og helsestasjon skriftlig informasjon en gang i året. Det er ikke krav om at gruppe B skal dokumentere tilhørighet til gruppe/søke årlig. Er en først definert i gruppen er en der permanent. Årlig utsending til omsorgsenheter som gir tjenester til gruppe B vil likevel være med å sikre at brukere som ikke er registrert ved lokal tannklinikk blir det, får vi opplyst.

---

#### SAMTYKKE TIL UNDERSØKELSE/BEHANDLING

---

Søknadsskjema for gratis tannbehandling skal underskrives av søker eller verge. En egen samtykkeerklæring som gir den offentlige tannhelsetjenesten tillatelse til å innhente informasjon om helsetilstand og eventuelt medisinbruk skal underskrives av pasient/verge. En del i gruppe B som har vært lenge i systemet har ikke fylt ut dette skjemaet (siden det ikke var krav om det når de begynte). Det blir regnet som at pasientene gir sitt samtykke til undersøkelse/behandling ved oppmøte. Det er stort spenn i gruppen fra dem som er verbale til dem uten språk. Det er omsorgspersonalet som gir tilbakemelding om hvordan den enkelte er i form og har ansvar for å innhente samtykke. Det utføres ikke behandling som pasientene motsetter seg, "da henvises det heller til tannbehandling i narkose" (jf . "Spesialistbehandling" og "Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg" nedenfor).

---

#### SIKRE AT EN GIR ET TILBUD TIL ALLE PASIENTER

---

Den enkelte tannlege har ansvar for å kalle inn pasientene i samsvar med driftsplanen for sitt team. Innkallingsrutiner er differensiert for enhver pasient uavhengig av hvilken gruppe en tilhører. Tiltak rettes inn ifht. omsorgssituasjonen den enkelte er i. Føring i journalsystem sikrer at pasient får kontroll/behandling som planlagt. Det er månedlige innkallingsrutiner for å gå gjennom pasienter sin journal (screening) og sjekke at de som skal ha innkalling står oppført med innkalling. En går gjennom de som skulle hatt time (men ikke fått) og kaller inn disse. I slutten av året går alle tannlegene gjennom listene sine for å kontrollere at de har hatt tilsyn med alle pasientene. Det blir registrert hvor mange som er undersøkt, hvor mange som er ferdig behandlet, hvor mange som er under behandling, hvor mange som ikke har møtt og hvor mange som har takket nei til den offentlige tannhelsetjenesten sitt tilbud<sup>11</sup>. Er det avvik i forhold til det som er planlagt (for eksempel forsinket innkalling) blir dette rettet opp av behandlende tannlege. Dersom pasienter har falt ut av systemet fanges de opp når tannlegene leverer årsrapporten sin til overtannlegen (som igjen rapporterer til fylkestannlegen). Den tannlegen ved tannklinikken som har tilsyn med pasienten er kontaktperson for beboers primærkontakt eller verge.

---

<sup>11</sup> Kommunen skal samle søknadsskjema med avkrysning for at en ikke ønsker tilbudet og sende dette til tannklinikken. Det registreres i journalen om de ikke ønsker flere innkallinger fra Tannhelse Rogaland eller om de bare takker nei til tilbudet det inneværende år.

Det er i foretakets kvalitetshåndbok egne prosedyrer for varsling til ikke-møtte pasienter i gruppe B. Når pasient ikke har møtt forsøker tannklinikken å få tak i pasient eller omsorgsperson på telefon for å få tak i hvorfor vedkommende ikke har møtt. "Det bør være en plausibel grunn for ikke å ta imot tilbud". Opplysninger registreres i pasientjournal og "de pasientene en kjenner helsetilstanden til får innkalling om for eksempel 14 eller 18 måneder. Andre kan få innkalling om ett års tid eller kortere". Det sendes skriftlig påminning/innkalling før neste konsultasjon. Klinikken sies å ha blitt mer påpasselig med kontakt med daglig omsorgspersonell for å få inn gruppe B pasienter. Dette kan vi også se av nedgangen i tallet på pasienter som ikke har møtt.

#### TILBUDET GITT TIL GRUPPE B

Pasienter i gruppe B som er registrert ved tannklinikker kalles inn med regelmessige intervaller. Klinikken har varierende praksis for intervall på innkalling. Minimum hyppighet varierer fra "minst hvert halvår" og "hver 18. mnd for de helt fine uten kari- es- og tannkjøttproblemer". Den hyppigste kontrollen av pasienter i gruppe B er at "de fleste kalles inn hver 3. mnd". Det vanlige er å kalle inn 1-2 ganger i året. Det er en felles tanke om å kalle inn ofte, selv om tennene er fine. Dette blir sett på som viktig for å kunne følge opp, vurdere, og evt. endre innkallingsintervall.<sup>12</sup>

Innkallingsintervallene varierer etter individuelt behov. De som kalles inn hyppigst har gjerne tannkjøttproblemer og får profesjonell tannrengjøring hos tannpleier. Standard er gjerne at en vanlig konsultasjon varer fra mellom 1/2 time - 3/4 time ved klinikk som har hyppigst undersøkelser og 1/2 time opp til 2 1/2 time ved klinikk som har noe sjeldnere undersøkelser. I kvalitetshåndboka finnes retningslinjer for fastsettelse av innkallingsintervaller, og det forutsettes at ansatte i ThR forholder seg til disse.

Alle ferdigbehandlede i de prioriterte gruppene rapporteres samlet månedlig. Det er ikke store etterslep og evt. etterslep for gruppe B kommer fram ved rapportering. Gruppe B er høyt prioritert og sies i prinsippet å være likestilt med gruppe A. I Stavanger tannhelse-distrikt har det vært omtrent samme bemanning siste 15 år, kombinert med stor befolkningsvekst. Det var i 2009 likevel ikke pasienter i gruppe B som ikke ble innkalt på grunn av kapasitetsmangel (etterslep). I Sandnes var det, pga. redusert bemanning ved enkelte klinikker, 9 pasienter i gruppe B som ikke ble kalt inn i 2009.

Nyansatt tannhelsepersonell følges særlig godt opp. Overtannlege ser på journaler og røntgenbilder sammen med disse, og det diskuteres og planlegges behandling. Dersom det mottas klager fra pasienter/pårørende eller kolleger snakker overtannlege med den som har blitt klaget på, ser i journalen og vurderer røntgenbildene<sup>13</sup>. Dersom forholdene er alvorlige kan det være aktuelt med stikkprøver.

<sup>12</sup> Det tas journalnotater under konsultasjon og behandling. Når pasienten er ferdig behandlet bestemmes nytt recall intervall, dette noteres i pasientens journal. Når tiden for neste time nærmer seg, kommer pasienten automatisk på recall listen til tannlege/tannpleier og pasienten kalles inn.

<sup>13</sup> Klagen går først til overtannlegen og kan evt. ankes til fylkestannlegen. Det har ikke vært noen skriftlige klager fra gruppe B pasienter til overtannleger fra 2006 til i dag.

Det er varierende praksis på om det blir gjennomført rutinemessige kontroller på mer generell basis. Det gjøres alltid avviksregistrering på det som må klagebehandles, får vi opplyst. For alt som ikke må klagebehandles er det varierende praksis på om det registreres avvik. Bare kritiske og store avvik rapporteres til overtannlegene. I følge foretakets ledelse og flytskjema i forhold til avvikshåndtering i kvalitetshåndbok, skal avvik kategoriseres av den enkelte tannhelsearbeider, og denne avgjør om avviket skal rapporteres videre til overtannlege. Avvik knyttet til pasientbehandling journalføres, men det er ikke noen ordening for rutinemessig rapportering av avvik til overtannlege. Dersom vedkommende tannhelseansatt retter opp avvik, og det ikke blir klagesak, kan dermed selv relativt store avvik ofte ikke bli rapportert videre. Overtannlegene har ikke noen samlet oversikt over avvik ved de ulike klinikkene og fylkestannlegen sitter ikke med oversikt over omfang av avvik i distriktene.

#### SPESIALISTBEHANDLING

---

Rogaland spesialisttannklinikk har 12 behandlingsrom og har spesialister og kompetanseteam innenfor kjeveortopedi, odontofobi, oralkirurgi, oralmedisin, periodonti og protetikk. Gruppe B ses på lik linje med andre. En tannlege her utfører behandling under narkose på oralkirurgisk avdeling på Stavanger Universitetssjukehus. I tillegg er det tilsvarende avtale med Haugesund Sjukehus. Gjennomsnittlig ventetid for slik behandling var 180 dager ved Haugesund Sjukehus og 100 dager ved SUS i 2008 (Årsmelding 2008). Gjennomsnittlig ventetid var rundt 90 dager i 2009 (Årsmelding 2009). Foretaket benytter eget utstyr til denne behandlingen. Kravet i serviceerklæringen er at ventetid for lystgass og narkose er maks 6 måneder. For narkose er altså kravet tilfreds-tilt, i gjennomsnitt.

Det varierer i hvilken grad/ hvor hyppig klinikkene benytter seg av tilbudet om narkosebehandling. Noen behandler rundt halvparten av pasientene i gruppe B på spesialisttannklinikken, andre benytter ikke spesialisttannklinikken så ofte. Dette blir sett på som å kunne ha sammenheng med praksis med innkalling hver 3. mnd. Gruppen er vanskeligere å behandle, og gir utfordringer utover det som er vanlig i andre grupper. I følge foretaket er praksis at tannklinikken dersom det er nødvendig å henvise ut av kommunen, opplyser om at pasienter kan søke om å få reiseutgiftene refundert. Ved narkosebehandling opplyser SUS/Haugesund sjukehus om at krav kan sendes til fylkestannlegen. Reiseutgifter blir refundert i tråd med NAV- regelverk.

#### VEDTAK OM HELSEHJELP SOM PASIENTEN MOTSETTER SEG

---

Ved behov for narkose, og pasienten mangler samtykkekompetanse, må det fattes vedtak om dette<sup>14</sup>. For å gi behandling i narkose som pasienten motsetter seg må det foreligge en diagnose i munnhulen. Helsepersonell som er ansvarlig for helsehjelpen skal etter pasientrettighetsloven treffe vedtak. Det har vært litt usikkerhet om hvem som er

---

<sup>14</sup> Det er veldig få i gruppe B som er umyndiggjort.

ansvarlig behandler når det blir benyttet narkose ved SUS/Haugesund Sjukehus. Narkose er det største potensielle tvangsinngrep som blir benyttet av den offentlige tannhelsetjenesten. ThR har hatt dialog med fylkeslegen/helsetilsynet etter at kap. 4A i pasientrettighetsloven trådte i kraft. Praksis nå er at henvisende tannlege, som kjenner situasjonen best, gjør klart vedtaket. Dette anses mest rasjonelt, siden en slipper å bruke tid på "byråkrati" på sykehuset. Både behandlende og henvisende signerer. Rettssikkerheten til pasienten blir da ivaretatt.

---

#### AKUTTHJELP

---

ThR driver tannlegevakt ved Stavanger sentrum tannklinikk og Haugesund sentrum tannklinikk. Disse er åpne på lørdager, søndager og helligdager fra kl 13 til 17 for akuttbehandling. For gruppe B gjelder at privat tannlege kan sende regning til fylkestannlegen når offentlig tannlege ikke er å få tak i. Det blir sagt å være lite omfang av akuttbehandling hos private. Hvis ikke egen tannlege er ledig benytter en oftest annen tannlege i nærområdet eller tannlegevakten. Dersom lokal tannklinikk blir gjort kjent med at gruppe B pasienter har måttet oppsøke privatpraktiserende tannlege fordi det ikke var mulig å få hjelp hos tannlege i Tannhelse Rogaland, opplyses det om at de kan søke om å få utgiftene refundert. Private tannleger vet også om ordningen og informerer. Tannlegevaktens åpningstider er kjent på legevaktene.

---

#### SAMARBEIDSAVTALE MED KOMMUNENE

---

Norge har som første land i Norden utformet 11 kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten. Ulikhet i tannhelse og samhandlingskrav er blant det som vektlegges (Helsedirektoratet 2008). Kvalitetsindikator nr. 2 er "Skriftlig samarbeidsavtale mellom den offentlige tannhelsetjeneste og kommunene". ThR har sammen med de offentlige tannhelsetjenestene i Sogn og Fjordane og Hordaland vært relativt tidlig ute med utarbeidelsen av slike avtaler for gruppe B og avtaleverket er nå ferdig utarbeidet<sup>15</sup>.

Begrunnelsen for behov for samarbeidsavtale er blant annet å fange opp alle i de prioriterte gruppene med lovfestet rett til et regelmessig og oppsøkende tilbud. Samarbeidsavtaler mellom klinikk og institusjon/ bolig skal fra 2010 fornyes/ rulleres hvert år. Det samme skal overordnet avtale mellom fylkestannlege og rådmann. Det blir sett på som viktig at samarbeidsavtaleavtalen revideres årlig for tannstell har en tendens til å "falle vekk". Alle ansvarlige skal dermed ha kjennskap til rettighetene beboere har på tannhelseområdet og melde fra til den offentlige tannhelsetjenesten når beboere har behov for behandling.

Samarbeidsavtale vil også forplikte kommunen til å følge opp de som bor utenfor fast bemannet omsorgsbolig/ institusjon med tilbud om gratis tannbehandling. Ved vedtak om tjeneste skal det være rutine på at kommunen informerer om rettigheter. Det blir

---

<sup>15</sup> Avtale er jobbet fram av folkehelsekoordinator i de tre vestlandsfylkene og godkjent av ledergruppen (fylkestannlege og overtannleger). Tannpleiere er blitt holdt oppdatert og er fornøyd med avtalen.

presisert at kommunen skal følge opp alle. Risikoen for at utviklingshemmede med mild diagnose ikke blir fanget opp kan tenkes å være relativt høy. Foreldre har gjerne ikke sagt noe om diagnosen til den offentlige tannhelsetjenesten så lenge barnet har tilhørt gruppe A, og disse kan da glipe når de går over til gruppe B (jf 1.2.4 nedenfor).

#### **1.2.3.4 FOREBYGGENDE ARBEID FOR GRUPPE B**

##### FOREBYGGENDE ARBEID ER PRIORITERT FORAN BEHANDLING

Tannhelsetjenesteloven gir prioritering av forebyggende virksomhet foran behandling (NOU 2005: 11, Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet). Det er på nasjonalt nivå satset på å styrke tannhelsetjenesten sitt forebyggende arbeid. Sosial- og helsedirektoratet kom i 1999 med en revidert veileder i helsefremmende og forebyggende arbeid; "Tenner for livet". De årlige leveranseavtalene (bestillingene fra Fylkestinget) sier at Tannhelse Rogaland FKF sin første prioritering skal være "styrking og systematisering av helsefremmende og forebyggende arbeid". Rekruttering av tannpleiere har vært et problem, men aktiviteten i forhold til forebyggende tannhelsearbeid er likevel videreført og styrket. Samlet ressursbruk til dette arbeidet har økt betydelig de siste årene. Overførte midler fra overskudd har bidratt til å finansiere denne satsingen (Årsmelding 2008).

##### FOLKEHELSEARBEID I TANNHELSEPLAN OG KVALITETSSYSTEM

Tannhelse Rogaland "skal være pådriver og lagspiller i folkehelsearbeidet" og arbeide for et forpliktende tverrfaglig samarbeid med primærhelsetjenesten, skoler og utdanningsinstitusjoner for helse- og sosialpersonell". Tannhelse Rogaland "skal sikre at vi har etablert nødvendig samarbeid der hvor det forventes at vi har ekstra tett samarbeid med andre". Eksempler på slike viktige samarbeidspartnere er fylkesmann, pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og kommunalt personell som yter hjelp til fysisk og psykisk utviklingshemmede (Tannhelseplan 2008-2011).

For gruppe B er det i tannhelseplan formulert tannhelsemål, kunnskapsmål, adferdsmål samt hvilke samarbeidspartnere som er aktuelle.

*Tannhelsemål: Like god tannhelse som øvrig befolkning ut fra gitte forutsetninger.*

*Kunnskapsmål: Pasient/ omsorgsperson skal kjenne pasientens tannhelsesituasjon.*

*Adferdsmål: Gjennomfører daglig renhold. Bruker fluortannkrem og fluortabletter.*

*Samarbeidspartnere: Omsorgspersoner og pleiere.*

Fra 2005 har det vært en egen "Tannhelseperm for tannhelsefremmende tiltak for særgrupper, veilederhefte for helsepersonell og pårørende". Permen omhandler tannhelsefremmende tiltak for både gruppe A, B og C1. En egen perm som omhandler gruppe B er utformet av tannpleiere i Sandnes<sup>16</sup>. Permene er distribuert til alle tannhel-

<sup>16</sup> Permen er bekreftet delt ut til alle bofellesskap og institusjoner i Sandnes og Stavanger tannhelse-distrikt..

sedistriktene. Det finnes ved tannklinikene i Stavanger og Sandnes oversikt over tannkontakter i boliger og når boliger skal besøkes, men fra overtannlege i Stavanger tannhelse-distrikt rapporteres det at de "sliter litt med å få oversiktene oppdatert".

"Mange sier noe om folkehelsearbeid; det har blitt mer regelstyrt og påvirket av nasjonale føringer". Tannpleiere har tidligere hatt prosjekter i mindre skala, men nå er folkehelsearbeidet koordinert på både fylkes- og foretaksnivå. Alle prosjektene innen folkehelsearbeid ligger inne i kvalitetshåndbok og fylkestannlegen er oppdatert på prosjektene. Det er med andre ord et system for styring og rapportering som går helt til sentrale myndigheter.

Folkehelsearbeidet (det helsefremmende og forebyggende arbeidet) i ThR kom godt ut ved kartlegging/evaluering til Helsedirektoratet i 2008. Dette er en del av direktoratet sin oppfølging av sitt "følge med- ansvar" (etter St.meld. nr. 35).

#### FOLKEHELSEKOORDINATOR

---

ThR har fått sin første ansatte folkehelsekoordinator i ca. 30 % stilling. I tillegg er stillingen leder for Rogaland spesialisttannklinik (40 %) og juridisk rådgiver på alle felt. Folkehelsekoordinator er utdannet tannpleier og jurist. Hun har hatt stillingen i 2 ½ år, men "folkehelsearbeid har blitt satset systematisk på i ThR i ca. 5 år " ifølge folkehelsekoordinator.

Funksjonen folkehelsekoordinator er i ThR forankret hos foretaksledelsen ved at folkehelsekoordinator er med i ledergruppen i egenskap av å være leder for Rogaland spesialisttannklinik (og ikke som folkehelsekoordinator) og rapporterer til fylkestannlegen.

Stadig flere felt har folkehelse som sentralt tema og folkehelsekoordinator i ThR inngår som en del av et folkehelsenettverk i fylkeskommunen, bestående av åtte personer. Fylkeskommunen sin representant har tittelen folkehelse-rådgiver. Folkehelsekoordinator opprettholder kontakt med eksterne samarbeidsparter og samarbeider med andre kontakter, som fylkestannlegen i Hordaland og Sogn og Fjordane. Videre følger folkehelsekoordinator opp føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

#### ANSVARSFORDELING FOR GRUPPE B I TANNHESE-DISTRIKTENE

---

Det er ingen særlig ansvarlig for gruppe B innen det enkelte tannhelse-distrikt, men alt folkehelsearbeid er også rettet mot gruppe B. Ansvar for gruppe B er integrert i overtannlegen sitt overordnede ansvar for både folkehelse og behandling i sitt distrikt. Det er overtannlegene i det enkelte distrikt som har personal- og faglig ansvar for tannpleierne, men folkehelsekoordinator har fått delegert ansvar for den offentlige tannhelse-tjenestens bidrag i folkehelsearbeidet, og disponerer egne midler. Folkehelsekoordinator fordeler midler og er pådriver i det forebyggende tannhelsearbeidet, bl.a. ved å ta

initiativ til nye prosjekter. Folkehelse kan ved den organisering som er valgt sies å være et selvstendig ansvarsområde.

Folkehelsekoordinator har ansvar for oppfølging av tannpleiere i alle distrikter. Ledende tannpleier i Sandnes og Nord-Rogaland har vært en forsøksordning fram til årsskiftet, og danner grunnlag for styrebeslutningen om å innføre ordningen permanent. Folkehelsekoordinator/ ledende tannpleier kontakter klinikkene for å sikre at informasjon om riktig tannstell er gitt til omsorgspersonell i kommunene. Referat fra årlige møter med pleie- og omsorgspersonell skal sendes til folkehelsekoordinator, men dette blir ikke fulgt opp av alle tannpleiere. Manglende rapportering blir ikke registrert som avvik. Folkehelsekoordinator har som en følge av forsøksordningen hatt ansvar for færre tannpleiere, og ser det som en fordel at ledende tannpleiere har bedre lokalkjennskap i hvert distrikt. Det er samling for alle tannpleiere 2-3 ganger i året, ledet av folkehelsekoordinator.

Tannpleiere er på klinikknivå særlig ansvarlig for utadrettet virksomhet, og å følge opp kommunene sin omsorgstjeneste. Daglig tannpuss er vesentlig og det hender tannpleier går hjem til bolig for å sikre tilrettelegging. Oppfatningen er at en i dag ikke får til "et system der brukeren får ivaretatt sin daglige munnhygiene" (pkt. 4 i samarbeidsavtale). I journalen føres tid tannpleier har brukt på forebyggende arbeid<sup>17</sup>. Tannpleiertid som går med til folkehelsearbeid (inkludert prosjektarbeid) ut over klinisk virksomhet trekkes fra "beregnet tid til betalende klientell" i teamet (Bonusavtale for Tannhelse Rogaland FKF).

### **1.2.3.5 KOMPETANSEUTVIKLING I FORHOLD TIL GRUPPE B**

Helhetlig godt tannhelsetilbud innebærer både opplæring rettet mot ansatte i den offentlige tannhelsetjenesten og utadrettede opplæringstiltak mot de i kommunene som jobber med gruppe B. Kompetanseutvikling er sentralt innenfor både behandling og forebygging. Det meste innen odontologien gjelder for alle pasientgrupper, men noe gjelder spesielt for gruppe B.

#### **KOMPETANSEUTVIKLING I REGI AV SENTRAL LEDELSE**

Generelt blir det teknisk/faglig vurdert å være samme utfordringer og krav som stilles for gruppe B som for andre. Tannleger har i egenskap av sin autorisasjon kompetanse til å behandle alle pasientgrupper. Grunnutdanning, faglig skjønn bygd på denne og erfaring er utgangspunktet. Tiltak nevnt i Tannhelseplan 2008-2011 som ThR sentralt har ansvar for<sup>18</sup> er med og bidrar til kompetanse i forhold gruppe B, men det er kompetanseutvikling som samtidig også kommer andre prioriterte grupper til gode<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> Tannpleier opparbeider 300 bonuspoeng pr time dokumentert brukt til folkehelsearbeid.

<sup>18</sup> Årlige personellmøter av et par dagers varighet. Inntil kr 50 000 til stipender. Deltakelse på TSE-kurs (Tannlegeforeningens Systematiske Etterutdanning). Støtte til spesialisering og annen videreutdanning. Årlig rullering av overordnet sentral opplæringsplan. Ansvar for at den elektroniske Kvalitetshåndboken blir ajourført/oppgradert. Emner for kvalitetssirkelene.

<sup>19</sup> Kurs i bruk av lystgass har for eksempel stor aktualitet for gruppe B pasienter, men også for andre.



På personellmøter har en tatt oppe tema som spesielt omhandler gruppe B, der bla. TAKO senteret<sup>20</sup> og Universitetet i Bergen har bidratt. I løpet av 2009 ble det laget en plan for kvalitetssikring og kompetanseutvikling. Elektronisk kvalitetshåndbok er under revisjon<sup>21</sup> og et sentralt kursutvalg skal samordne kurs og opplæring mellom klinikker, distrikt og personellmøtet. ThR er nå koblet til helsebiblioteket.no, og har der tilgang på artikler, lovverk og elektronisk legehåndbok. Norsk helsenett vil gjøre det mulig å sende elektronisk pasientdokumentasjon over fylkesgrenser i lukket nett. Tannklinikkene har delvis egeninitierte og sentralt styrte tema. Små klinikker har felles kvalitetssirkel for å få større fagmiljø.

Det er eget introduksjonsprogram for nyansatte de første 6 månedene. Kurs blir holdt for nyansatte tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer. Overtannlege går gjennom journaler/røntgen med tannlege/tannpleier. Det er også planlagt evaluering etter 15 måneder. Faglig veiledning og faglige samtaler mellom kolleger skjer kontinuerlig.

#### ROGALAND SPESIALISTTANNKLINIKK OG REGIONALT KOMPETANSESENTER

Rogaland spesialisttannklinikk skal "i tillegg til å behandle pasienter være en ressurs for Tannhelse Rogaland og privatpraktiserende tannleger i fylket". Klinikken skal drive "hospitering, rådgivning og etterutdanning av tannhelsepersonell" (Tannhelseplan 2008-2011). I tråd med St. melding nr 35 arbeider Tannhelse Rogaland FKF for et regionalt kompetansesenter. Modellen som er valgt på Vestlandet (Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland), er fullverdige kompetansesenteravdelinger i alle tre fylker, med administrasjon i Bergen. Prosjektleder for utviklingen av kompetansesenteret Helseregion Vest har sitt kontor i administrasjonen i Tannhelse Rogaland. Hovedoppgavene til kompetansesenteret er spesialisttjenester (Rogaland spesialisttannklinikk), videreutdanning og forskning. Rogaland spesialisttannklinikk vil være en del av et regionalt kompetansesenter i Helseregion Vest. Det blir i ThR sett på som naturlig at kompetansesenteret også driver med kompetanseheving når det gjelder behandling av gruppe B pasienter. Det arbeides med å få i stand desentralisert etterutdanning (Årsmelding 2009).

#### ANSVARLIGE FOR KOMPETANSEUTVIKLING I TANNHESEDISTRIKTENE

Det er på distriktsnivå ingen med særlig ansvar for kompetanseutvikling når det gjelder tjenester til gruppe B, men overtannlegene har det overordnede ansvar for både å utvikle kompetansen til tannhelsepersonalet i distriktene og å bistå pleie- og omsorgspersonalet i kommunene med opplæring.

Lokale kursutvalg setter opp kursprogram/opplæringsplaner, med grovoversikt over emner og dager, for ansatte i tannhasedistriktet. Overtannlege pluss representanter for de ulike yrkesgruppene (tannpleier, tannhelsesekretær og tannlege) legger planene og

<sup>20</sup> Landsdekkende kompetansesenter for oral helse ved sjeldne medisinske tilstander (Lovisenberg diakonale sykehus).

<sup>21</sup> Foretaket har hatt elektronisk kvalitetshåndbok siden 2001.

reviderer årlig. Ledende tannpleier i Sandnes (og Nord-Rogaland) har fått delegert ansvar (fra overtannlege og folkehelsekoordinator) for å planlegge den utadrettede opplæringen i samarbeid med alle tannpleierne<sup>22</sup>. I de andre distriktene er det folkehelsekoordinator, i samarbeid med overtannlege, som har ansvar for å følge opp at tannpleierne gir informasjon om riktig tannstell til omsorgspersonell i kommunene (jf 1.2.3.6). Det blir ved hver tannklinikk laget årsplan/årshjul, der hver tannpleier (og team denne inngår i) planlegger opplæring i de institusjoner/boliger/tiltak de har ansvar for. Tannpleier på hver klinikk fordeler arbeidet sitt (brøk) på flere team/tannleger. Tannpleier kan dermed ha ansvar for opplæringen i et stort område.

#### KOMPETANSEUTVIKLING FOR ANSATTE I TANNHELSEDISTRIKTENE

Det er prosedyre på at opplæring "i ulike disipliner" skal skje årlig som en del av et opplæringsprogram. Det er bestemt at rundt 2/3 av ressursene til kompetanseutvikling av ansatte skal brukes på kollektive opplegg og 1/3 skal brukes på individuelle kurs andre plasser. Som veiledning er det satt en begrensning på 1 kurs med overnatting. Det blir avsatt et visst minimum antall kurstimer årlig for at tannleger og tannpleiere skal holde seg faglig oppdatert. Dette minimum timer blir oppfylt eller overopplyt. For 2009 viser oversikt at dager brukt på kurs pr ansatt varierer fra Nord-Rogaland med over 12 dager for tannlege og tannpleier til Nord-Jæren og Ryfylke med tilsvarende henholdsvis 4 og 5 dager (Årsmelding 2009).

Distriktsmøter, som holdes 2-4 ganger årlig, kan f.eks. som i Sandnes innebære innføring i ny lov om pasientrettigheter § 4A<sup>23</sup> og som i Stavanger adferdsendringer/ motivasjon og medisinerer. Det har blitt gitt tilskudd for deltakelse på TAKO senteret sin videokonferanse på SUS om seksuelle misbruk (av m.a. psykisk utviklingshemmede) høsten 2009. "De fleste temaene som belyses involverer gruppe B, sammen med de andre prioriterte gruppene".

Kvalitetssirkelene på klinikkene velger enkelte tema selv (f.eks. kariesutfordringer), andre tema er gjennomgående for alle klinikkene. Autorisasjon innebærer at en selv kan vurdere hva en er kvalifisert til å gjøre, og dette stiller samtidig krav til utstyr. De seks klinikkene, utenom spesialisttannklinikken, som i 2009 opplyses å hatt tannleger med kompetanse til behandling med lystgass hadde lystgassutstyr<sup>24</sup>. Det bemerkes at pasienter i gruppe B i liten grad benytter lystgass, siden dette forutsetter ønsket bruk. Hospitering kan ellers være grunnet opplæring i odontologiske prosedyrer. Når en henviser en vanskelig pasient til Rogaland spesialisttannklinikk eller til en mer erfaren tannlege kan en selv være tilstede når behandlingen utføres.

Utviklingssamtaler med alle medarbeidere i distriktet brukes som grunnlag til å bygge opp spesiell kompetanse hos de ansatte. I løpet av våren 2010 vil en i Sandnes kartleg-

<sup>22</sup> Ledende tannpleier i Sandnes er i gang med å etablere plan for opplæring i samarbeid med folkehelsekoordinator i kommunen. Tannhelse blir sett på som en del av den totale helsen, og det blir sett som sentralt å tenke helhet.

<sup>23</sup> Hvilke spørsmål en kan stille seg i forhold til å bedømme inngangskriterier for bruk av tvang; våren 2009.

<sup>24</sup> Bjergsted, Haugesund sentrum, Lura, Sandnes sentrum, Sauda og Sokndal tannklinikk.

ge om en eller flere av de ansatte kan tenke seg å bygge opp sin kompetanse i forhold til personer med en psykisk utviklingshemming. Overtannlege i Stavanger har utviklingsamtale med 60-65 ansatte<sup>25</sup>. Det blir sett på som viktig at team fungerer godt sammen, og at folk er på rett plass.

#### OPPLÆRING AV OMSORGSPERSONELL I KOMMUNENE

Tannpleiere gir informasjon om riktig tannstell til ansatte innen pleie og omsorg<sup>26</sup>. På både klinikk- og overtannlegenivå i Sandnes tannhelsedistrikt oppfattes at hyppighet på opplæring kommer an på oppfordringer/bestillinger og behovsvurderinger. Forebygging bygger på tillit, og det er viktig med et stabilt personale som har fått kunnskap gjennom tett (individuell) oppfølging/opplæring. Plan for opplæring blir vurdert fortløpende etter bemanningssituasjonen og tannhelsen til beboerne. Omsorgspersonalets og pasientens behov sies å avgjøre hvor ofte det gis opplæring.

Opplæring planlegges for 3 års periode og det sikres at alle boliger/institusjoner får minst ett besøk i løpet av denne perioden<sup>27</sup>. Dersom pasientens munn- og tannhelse ikke er ivaretatt, gis det opplæring til den som følger vedkommende til konsultasjonen. Tannpleier eller tannlege underviser, forklarer og bevisstgjør under konsultasjonen. Noen ganger ringes det til pasientens primærkontakt eller avdelingsleder og opplyses om tannhelsesituasjon i etterkant. Minimum hyppighet på undervisningsbesøk blir av overtannlege i Sandnes sagt å skulle være annethvert år, men en har en målsetting om årlig undervisning<sup>28</sup>.

Tannpleiere følger i Stavanger tannhelsedistrikt, ifølge overtannlege, opp omsorgspersonalet i boliger med fast bemanning. Årsplan for hvert team har som et utgangspunkt at opplæring skal foregå 1 gang i året. Det er forskjell på hvor klart ansvarsforholdet er i boenheter, og dette vanskeliggjør oppfølgingen. Det blir sett på som en utfordring å sikre at de som mottar omsorgstjenester i egen bolig får kompetent oppfølging. Disse faller lettere igjennom. Det rapporteres i program for elektronisk pasientjournal (Opus) om hvor mye tid hvert team samlet har brukt på opplæring av pleie- og omsorgspersonal i kommunen.

Forebyggende/ helsefremmende opplæring kan oppnås ved hjelp av forskjellige metoder. I Sandnes tannhelsedistrikt nevnes veilederhefte utformet av tannpleiere for helse- og omsorgspersonell. DVD om munn- og tannstell for eldre og langtidssyke (utviklet ved Løvåsen sykehjem i Bergen) brukes i Sandnes også for gruppe B. I Stavanger blir det fremhevet at det lages hygienekort/tannhelsekort for daglige rutiner ifht munnstell for hver som mottar daglig pleie. Omsorgsnivået avgjør om en får dette.

<sup>25</sup> Utviklingsamtaler tar mye tid siden hver ansatt har 1,5- 2 timer.

<sup>26</sup> Ellers blir det drevet undervisning på videregående skoler, sykepleie og vernepleie (fra 2010 i Sandnes).

<sup>27</sup> Hvert bofellesskap blir nevnt å få besøk 2.hvert/3.hvert år ifølge tannpleier.

<sup>28</sup> Det har ikke vært sentralt utformet prosedyre som sier noe om hyppighet på informering, men årlig undervisning samsvarer med samarbeidsavtalen som trår i kraft i 2010.

### 1.2.3.6 UTVALGTE KOMMUNER SIN VURDERING

Det er undersøkt hvordan ledere for botilbud og tjenester for psykisk utviklingshemmede i Sandnes, Eigersund, Stavanger, Karmøy og Rennesøy erfarer at ThR følger opp rettighetsordningen. Kommunene er representert med en virksomhetsleder i Karmøy og omsorgsledere (Øst, Vest og Nord) i Sandnes. I omsorgsområde Sør i Sandnes samt Stavanger, Eigersund og Rennesøy<sup>29</sup> er det avdelingsledere for boenheter med hel-døgnsbemanning og/eller hjemmebaserte tjenester som har besvart.

#### GJØRE TILBUDET OM GRATIS UNDERSØKELSE/BEHANDLING KJENT

I alle kommuner utenom Rennesøy (av grunner forklart i fotnote) har en oppfatning av at den offentlige tannhelsetjenesten har bidratt til å gjøre tilbudet om undersøkelse/behandling for gruppe B kjent. **Fast innkalling** til alle som er registrerte på tannklinik er en fellesnevner for alle kommunene. **Internundervisning** på personalmøter og **kurs** for ansatte nevnes av Eigersund og Sandnes. **Tannhelseperm** fra tannhelsetjenesten nevnes av Eigersund, og **informasjonsbrosjyre** nevnes av Eigersund, Stavanger (hjemmebaserte tjenester) og Sandnes (Øst). **Informasjon fra tannhelsetjenesten om dekking av reiseutgifter er ikke aktuelt** i Sandnes (Øst) og Eigersund (hjemmeboende/uten døgnbemanning). Eigersund (blandet), Rennesøy, Karmøy, Stavanger og Sandnes (Nord, Sør og Vest) **har ikke fått informasjon**. Eigersund (bofellesskap/sykehjem) mener **informasjonen kunne ha vært bedre**.

#### GI ET REGELMESSIG OG OPPSØKENDE TILBUD

Både Eigersund, Karmøy og Sandnes oppfatter at det **gis et regelmessig og oppsøken- de tilbud**. I Stavanger mener en at **beboere i bofellesskap får dette**, men leder i hjemmebaserte tjenester i Stavanger kommune mener at det **ikke virker som om beboere får dette**. I Rennesøy mener en at gruppen får et regelmessig og oppsøkende tilbud **så lenge de bor i omsorgsbolig**.

Eigersund og Karmøy opplever at **behandlingstilbudet/kapasiteten på tannklinikken er svært bra**. Stavanger og Sandnes beskriver tilbudet/kapasiteten som **bra**, men ett bofellesskap i Stavanger mener at **"for noen burde det vært tettere oppfølging"**.

Alle kommuner mener klienter under tilsyn **blir fulgt opp med jevnlige kontroller/behandling**, men i ett bofellesskap i Stavanger mener leder at **"noen blir ikke undersøkt tilfredsstillende på innkalt time**, og burde fått tilbud om narkose".

Eigersund, Karmøy og Sandnes mener **samarbeidet med tannklinikker fungerer veldig bra**. Stavanger mener samarbeidet fungerer **bra** (ett bofellesskap), er usikker (hjemmebaserte tjenester) eller at det er **lite samarbeid** (ett bofellesskap). Hjemmebasert tjeneste

<sup>29</sup> Rennesøy har bare hatt et tilbud til psykisk utviklingshemmede i egen kommune siden oktober 2009. Før dette kjøpte kommunen botjenester av privat tilbyder i Stavanger og avlastningstjenester av Randaberg kommune.

og ett bofellesskap i Stavanger og område Nord i Sandnes svarer at det **er ikke fast kontaktperson ved tannklinikken(e)**.

#### SIKRE OPPLÆRING I TANNSTELL

I Eigersund (hjemmeboende/uten døgnbemanning og bofellesskap/sykehjem) og Sandnes (Øst) er det **årlig undervisning og veiledning av personalet**. Karmøy startet regelmessig undervisning i 2009. Karmøy, Eigersund og Sandnes opplyser i tillegg at en har **fått informasjonsperm** der personalet har blitt gjort kjent med den enkelte brukers tannhelse og hvordan denne skal sikres godt tannstell. Ett bofellesskap i Stavanger og to omsorgsområder i Sandnes (Nord og Sør) svarer at **opplæring skjer ved behov**, undervisning skjer på forespørsel. Blandet botilbud i Eigersund opplyser at **opplæring skjer når beboer er hos tannpleier**. Omsorgsområde Vest i Sandnes opplyser at **opplæring skjer sjelden** og ett bofellesskap i Stavanger svarer at det er **ingen opplæring**. Rennesøy **kjenner ikke til** om det er gitt opplæring fra tannhelsetjenesten.

Det er **tannpleier som stort sett har gitt opplæring** (Eigersund, Karmøy, Stavanger og Sandnes), men ett bofellesskap i Stavanger opplyser som nevnt over at **ingen fra tannhelsetjenesten har gitt opplæring**. Det er bare i Karmøy og ett omsorgsområde i Sandnes (Nord) tannhelsetjenesten har bidratt når det gjelder **opplæring for å unngå tvang og makt**. Det opplyses likevel fra Karmøy at en opplever at bevisstheten og kompetansen til ansatte i boligene er bedre enn i tannhelsetjenesten når det gjelder alternativer til tvangsbruk.

## 1.2.4 HVORDAN FØLGER DEN ENKELTE KOMMUNE OPP RETTIGHETSORDNINGEN?

Kommunene er ansvarlige for å etablere et system som bl.a. skal sikre nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene til de som mottar pleie- og omsorgstjenester. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester er hjemlet i kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov, og de som ikke mottar tjenester etter disse lovene er heller ikke sikret rettigheter etter forskriften. Hvis en bare mottar tjenesten støttekontakt er det begrenset mulighet den aktuelle omsorgspersonen har til å følge opp brukerens munnhygiene. Tannbehandling og munnhygiene for beboere i ulike boligtyper kan tenkes å variere mye på grunn av store forskjeller i tjenesteomfang.

### 1.2.4.1 GJØRE TILBUD OM GRATIS UNDERSØKELSE/BEHANDLING KJENT OG SØRGE FOR SAMTYKKE

Alle kommuner (ledere) svarer at de **beboerne som mottar tjenester for psykisk utviklingshemmede har fått tilbud** om gratis undersøkelse/behandling<sup>30</sup>. Den offentlige tannklinikken blir i utgangspunktet nevnt som avgjørende for at tilbud blir gjort kjent.

<sup>30</sup> Med unntak av Rennesøy, som nylig har opprettet et eget botilbud for gruppe B.

Eigersund (hjemmeboende/ uten døgnbemanning) framhever i tillegg at **miljøterapeut i samråd med primærkontakt er sentrale**. **Primærkontakt** nevnes av Eigersund (bofellesskap/sykehjem) og Karmøy. **Miljøarbeider** nevnes av ett omsorgsområde i Sandnes og hjemmebaserte tjenester i Stavanger sier at den formidler tilbudet **sammen med pårørende**.

Søknadsskjema om gratis tannbehandling skal sammen med informasjon om tjenesten gis av omsorgspersonalet når en person mottar tjenester for psykisk utviklingshemmede. Søknadsskjema skal underskrives av søker eller verge. Kommunen skal returnere skjema til tannklinikken også for de som ikke ønsker tilbudet.

#### 1.2.4.2 ANSVARLIG FOR TANNHELSETILBUDET

Personer i bolig uten fast bemanning har i like stor grad lovfestet rett til et regelmessig og oppsøkende tilbud og ivaretatt munnhygiene som beboere i heldøgnsbemannet omsorgsboliger/ institusjon<sup>31</sup>. Hvordan retten blir praktisert kan imidlertid variere. Hva slags tannhelsetilbud beboere i boliger får er i stor grad avhengig av personalet som bemanner boligen.

##### I HELDØGNSBEMANNET BOLIG OG INSTITUSJON

At det er utnevnt ansvarlig for tannhelsetilbudet i boligene er vesentlig for at gruppen beboere samlet skal bli fulgt opp. Det er varierende bevissthet om det er tannkontakt/tannansvarlig i hvert bofellesskap/institusjon. Det er i alle kommuner **primærkontakt** som blir opplyst å være ansvarlig for den enkelte beboers tannhelsetilbud. Ansvarsforholdet i den enkelte boenhet er imidlertid i mange tilfeller uklar. **Fagansvarlig i boligene/ tannkontakt** blir nevnt som kontaktperson for tannklinikken av ledere i Karmøy, Sandnes (Øst og Vest) og Stavanger (1 bofellesskap).

##### I BOLIG UTEN FAST BEMANNING OG I EGEN BOLIG

**Primærkontakt** nevnes av Sandnes (Øst og Sør), Stavanger (hjemmebaserte tjenester) og Eigersund (hjemmeboende/ uten døgnbemanning) som ansvarlig for den enkelte beboer. Sandnes (Øst) og Eigersund framhever **tannansvarlig/ tannkontakt for et geografisk område**, for alle brukergrupper. Karmøy og Sandnes (Nord) opplyser at det er **ingen særlig ansvarlig**. Stavanger (hjemmebaserte tjenester) nevner bestillerkontor sitt ansvar for å tildele tjenester som innebærer et tannhelsetilbud. På virksomhetsnivå (utfører) er det **ingen med særansvar for tannhelse i Stavanger**. Sandnes (Sør) og Renneøy som **vet ikke** hvordan ansvarsforholdet for tannhelsetilbudet er.

<sup>31</sup> Etter kommunehelsetjenesteloven kan kommunen ved opphold i sykehjem eller heldøgns omsorg og pleie kreve vederlag. I forskrift defineres tannbehandling som en del av det kommunen har ansvar for å dekke utgifter til. Dette innebærer at beboer også kan få dekket privat tannlege (NOU 2005:11, Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet).

---

### 1.2.4.3 OPPFØLGING AV TANNHELSETILBUDET TIL BEBOERE

---

Omsorgspersonalet skal bidra til å opprettholde helsetilstand: Forebygge, daglig stell, henvise, ta kontakt, se/inspisere og følge med. Pleie- og omsorgspersonalet skal kontakte den offentlige tannhelsetjenesten ved behov. Kommunen skal sørge for tannhygiene, men tannhelsetjenesten bistår med opplæring. Ansatte i boligene har ifølge overtannleger blitt mer bevisst å ta vare på tannhelsen til beboerne. Kontakten med omsorgspersonalet har forbedret seg, og ansatte som jobber med gruppen beskrives generelt å ha blitt mer bevisst tannhelsen til de en er ansvarlig for. Selv om det har blitt satt på kursing, er det vanskelig med tannpuss på mange. En har etter HVPU-reformen krevende avveininger mellom oppfølging og individuell frihet. "Beboerne vil ikke, og en kan ikke tvinge. Dette fører til at en lett gir opp". Manglende stabilitet i omsorgspersonalet er også en faktor som spiller negativt inn. I Sandnes, Eigersund og Stavanger (ett bofellesskap) gjennomføres det **daglig tannrenhold** (på de som ikke motsetter seg dette). I Karmøy er det **vedtak på bruk av tvang** for en bruker og en vurderer vedtak for en til. I Sandnes (Nord) er to brukere under vurdering for tvang.

# 1.3 VURDERINGER OG ANBEFALINGER

## 1.3.1 SIKRES INFORMASJON TIL BRUKERE I GRUPPE B I TRÅD MED LOVVERKET OG VEDTATTE RETNINGSLINJER?

### 1.3.1.1 VURDERINGER

Tannhelseplan 2008-2011 poengterer at Tannhelse Rogaland har begrenset kunnskap om hvem som tilhører de prioriterte gruppene B, C, og E. Foretaket er avhengig av et godt samarbeid med kommunene via bestillerkontor og spesielt pleie- og omsorgstjenesten, for at tilbudet om gratis tannbehandling på offentlig tannklinikk når frem til brukerne. Det er en forutsetning at brukerne selv kan dokumentere tilhørighet til disse gruppene.

Vi finner at kommunikasjonen mellom klinikk og beboers primærkontakt eller verge i forbindelse med konsultasjon synes gjennomgående å fungere godt.

Mottakere av omsorgstjenester for utviklingshemmede er i alle kommunene (med ett unntak) bekreftet registrert på lokal tannklinikk.

Når det gjelder å sikre at informasjon om rettigheter blir gitt til alle brukere av tjenester for psykisk utviklingshemmede, har samarbeidet mellom kommunene og den offentlige

tannhelsetjenesten likevel et forbedringspotensiale. I heldøgnsbemannede boliger er kontaktledd på mellomnivået (avdelingsledere) i varierende grad bevisst sin rolle. Det er i kommunene generelt lite bevissthet om, og kjennskap til, hvem som er kontaktperson på tannhelsefeltet for psykisk utviklingshemmede som mottar omsorgstjenester i egen bolig. Dermed er det også uklart for ThR hvem en skal informere om rettighetene gjennom. Uklarhet om ansvarlig kontakt på tannklinikk er av mindre omfang, men for

#### Tabell 5 Dette er kravene som stilles. (Revisjonskriterier)

**Tannhelsetjenesteloven § 2-1** sier at den offentlige tannhelsetjenesten skal gi den som søker eller trenger tannhelsehjelp, de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift, tap, tidsspille eller uleilighet (tilsvarende formulering i kommunehelsetjenestelov forplikter kommunene).

**§ 5-1** sier at fylkeskommunen skal dekke skyssutgifter i samsvar med forskrift fastsatt av fylkeskommunen for pasienter under § 1-3 som søker hjelp i Den offentlige tannhelsetjenesten.

**Pasientrettighetsloven § 3-1** sier at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

**§ 3-5** sier at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens journal.

Forvaltningsloven, helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven har bestemmelser om taushetsplikt. Disse har vi inntatt i vedlegg.



de tre ledere innen åpen omsorg og bofellesskap som rapporterer at det ikke er fast kontaktperson kan dette være en begrensende faktor.

Det blir vurdert å være uklarheter rundt bestemmelsene om taushetsplikt (NOU 2005:11, Akershus og Østfold fylkesrevisjon 2007). Generelt ligger det et krav om samtykke fra den som har krav på taushet (helsepersonellov og pasientrettighetslov) og at det skal være nødvendig å gi opplysninger for å fremme avgiverorganets oppgaver (forvaltningslov, sosialtjenestelov og helsepersonellov). Taushetsplikt har av en del kommuner blitt brukt som et argument for å motsette seg å oversende lister med navn på personer som inngår i gruppe C til den offentlige tannhelsetjenesten Det er hentet uttale fra Sosial- og helsedirektoratet på at kommunens ansvar for tannhelse, som en del av samlet helse, tilsier at forvaltningsloven § 13 b nr. 5 unntar kommunene fra sin lovpålagte taushetsplikt<sup>32</sup>. Om dette også er tilfelle for gruppe B, og om ThR dermed bør få tilgang til lister over hvem som mottar tjenester for psykisk utviklingshemmede i kommunene kan vurderes ut fra hvordan informasjon blir gitt i dag.

ThR er gjennom klinisk praksis flinke til å fange opp og sikre personer i gruppe B sine rettigheter, noe som bekreftes av høy dekningsgrad. Det synes likevel å være ulik oppfatning av hvilke krav som stilles for å journalføre klienter i gruppe B. Det er ikke grunnlag for å si at forskjellig tolkning av rutiner for klassifisering utgjør noen fare for at personer ikke får sine rettigheter oppfylt. Skriftlig informasjon og videre oppfølging med undervisning og kurs blir praktisert med varierende hyppighet av tannklinikkerne, ifølge tilbakemeldinger fra omsorgsledere i kommunene. Den nye samarbeidsavtalen som skal inngås med kommunene i 2010 vil kunne bidra positivt når det gjelder å informere brukerne i målgruppen om tannhelsetilbudet. Dette gjelder særlig for de som mottar begrenset med tjenester i egen bolig.

Det gis etter tilbakemelding fra utvalgte kommuner i liten grad informasjon om at Tannhelse Rogaland dekker reiseutgifter til nødvendig tannbehandling etter THL § 5-1.

### **1.3.1.2 HVA ER KONSEKVENSENE AV EVENTUELT MANGLENDE OVERHOLDELSE?**

Vi tar her med enkelte forhold som kan oppfattes risikofylt dersom de ikke ivaretas korrekt. Vi vektlegger her konsekvenser, men vurderer sannsynligheten som gjennomgående lave til moderate selv om vi har kommentert forholdene i forrige avsnitt. Omfanget er neppe stort.

- Kontaktledd på mellomnivå i omsorgstjenesten (avdelingsledere og ledere for hjemmebaserte tjenester) sin manglende bevissthet om å informere om rettigheter til tannhelsetjenester medfører risiko for at brukere som ikke lenger er under tilsyn ikke blir fanget opp.

<sup>32</sup> Direktoratet viser til forvaltningsloven § 13 b nr. 5, kommunehelsetjenesteloven §§ 1-1, 1-2 og kvalitetsforskriften § 3. Opplysningen er her hentet fra revisjon av tannhelsetilbudet for eldre utført av Akershus og Østfold fylkesrevisjon 2007

- Ved flytting til ny kommune innen fylket skal person som er registrert hos den offentlige tannhelsetjenesten følges opp av ny tildelt tannlege.
- Informasjon utelukkende formidlet via den enkelte miljøarbeider eller primærkontakt vil være sårbar i de tilfeller det er liten stabilitet i personalet og der den enkelte kontakt ikke har tilstrekkelig kunnskap eller vilje til å prioritere tannhelse.
- I de tilfeller der den lokale tannklinikk mangler oversikt over hvem de kan nå brukere av omsorgstjenester gjennom og heller ikke regelmessig sender ut informasjon og skjema med tilbud til omsorgstjenesten vil en trolig ikke være særlig i stand til å fange opp klienter som ikke er under tilsyn.
- Ulik tolkning i distrikter og klinikker av retningslinjer for klassifisering kan medføre forskjeller i hvem som kommer under tilsynsordningen for gruppen og dermed får et regelmessig og oppsøkende tilbud.
- Manglende informasjon om dekning av reiseutgifter vil kunne ha konsekvens for de som har lang vei til klinikk (for eksempel spesialisttannklinikk) og samtidig mangler kommunal skyssordning.

## 1.3.2 SIKRES ET TILBUD I TRÅD MED LOVVERKET OG VEDTATTE RETNINGSLINJER?

### 1.3.2.1 VURDERINGER

Den høye dekningsgraden for personer under tilsyn og personer undersøkt/behandlet ved tannklinikken samt et godt fungerende akutt- og spesialisttilbud, er indikatorer på at det gis nødvendig behandling og tannhelsehjelp i Rogaland (THL §§ 1-2 og 2-1). Hvorvidt det gis nødvendig forebygging og et regelmessig og oppsøkende tilbud til gruppe B (THL §§ 1-2 og 1-3) kan ikke konkluderes entydig. Det kan på grunnlag av innhentet informasjonen heller ikke utelukkes at noen personer med rettigheter ikke er blitt fanget opp av systemet.

Det forebyggende arbeidet har et forbedringspotensiale mens det tilbudet som gis på klinikk synes å fungere bra.

Det gis et regelmessig tilbud om undersøkelse/ behandling på klinikk. Alle de utvalgte kommunene opplyser at psykisk utviklingshemmede som mottar kommunale tjenester blir

#### Tabell 6 Dette er kravene som stilles. (Revisjonskriterier)

**Tannhelsetjenesteloven § 1-2** sier generelt at fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling.

**§ 1-3** spesifiserer at den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til:  
(..)  
b. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.  
(...)

Guppene (a-e) er listet opp i prioritert rekkefølge. Hvis ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud til alle gruppene skal denne prioritering følges. Forebyggende tiltak prioriteres foran behandling.

**§ 1-3a.** sier at fylkeskommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

innkalt regelmessig etter individuell vurdering. Det enkelte tannlege-team har i følge foretakets og kommunale omsorgslederes utsagn god kjennskap til hvem i kommunene en når den enkelte mottaker av pleie- og omsorgstjenester gjennom. Kommunikasjonen mellom klinikk og primærkontakt i forbindelse med innkalling synes å fungere bra.

Det at ikke alle pasienter/ verger i gruppe B har underskrevet samtykkeerklæring og vurdering av at samtykke blir gitt ved at pasient møter opp er ikke optimalt, men er forutsatt at pasienten har fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen innenfor pasientrettighetsloven. Kommunene vil ved inngått samarbeidsavtale forplikte seg til å innhente skriftlig samtykke. Ved vedtak om narkosebehandling der pasient mangler samtykkekompetanse er det god praksis etter pasientrettighetsloven.

Innkallingsrutiner sikrer at en gir et tilbud til alle pasienter. Internkontrollen synes å være god når det gjelder å fange opp og korrigere avvik i forhold til innkalling. Føring i journal-system, månedlig gjennomgang av journaler og gjennomgang av listene årlig synes å sikre at alle får tilbud om regelmessig undersøkelse/ behandling.

Rapportering i de ulike kategoriene (under tilsyn, undersøkt/behandlet, under behandling, planlagt ikke innkalt, ikke møtt og takket nei) synes å bli praktisert stort sett likt i foretaket.

Det er imidlertid grunn til å stille spørsmål ved manglende rapportering av det som i KOSTRA betegnes som "etterslep" (pasienter som ikke blir innkalt et gitt år på grunn av kapasitetsmangel). Det er ikke stort omfang av etterslep i gruppe B, men rapportering vil synliggjøre kapasitetsmangel i enkelte distrikt. Fylkestannlegen vil dermed få informasjon om forholdene for alle prioriterte grupper, og spesifikt for gruppe B. Noe av grunnen til at Sandnes tannhelsedistrikt har relativt lav andel under tilsyn kan ha sammenheng med at det her har vært en del som ikke har fått tilbud pga kapasitetsmangel (i 2008/2009).

For å øke internkontrollen synes det å være behov for større grad av rapportering av avvik knyttet til pasientbehandling. Rapportering til overtannleger og helt opp til kvalitetsutvalg kunne med fordel vært mer omfattende og systematisk for å bidra til kontinuerlig forbedring.

**Tabell 7 Dette er kravene som stilles. (Revisjonskriterier)**

**Tannhelsetjenesteloven § 2-1** sier at alle nevnt i § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg (formulering i kommunehelsetjenestelov sier at enhver har rett til nødvendig helsehjelp).

**Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3** sier at kommunen skal søke å; (...) sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.: (...) nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene.

**Pasientrettighetsloven § 4-1** sier at helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

**Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 1** sier at internkontroll skal bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

Hyppighet/intervall på innkalling varierer etter individuelle behov, og autorisasjon og faglig erfaring ligger til grunn for vurdering. Kvalitetshåndbok har retningslinjer for innkallingsintervaller, men varierende praksis for innkalling ved klinikkene kan tyde på at det er ulik tolkning av retningslinjene. Foretakets ledelse oppfatter det ikke som noe problem, men som naturlig, at praksis for innkallingsintervall varierer mellom klinikker. Driftsplanene og leveranseavtalene har mål om antall personer i gruppe B under tilsyn (produksjon), men sier ingenting om faktisk tid brukt på (nest høyest) prioriterte pasienter. Faglige og etiske vurderinger innenfor de gjeldende tannhelsefaglige retningslinjer må rimeligvis legges til den enkelte fagperson. Det kan likevel stilles spørsmål ved om ikke større fokus på, og oppfølging av, tidsbruk<sup>33</sup> på pasienter i gruppe B også burde være et ansvar for overtannlegene<sup>34</sup>.

Avklaring av hvem som er ansvarlig for et helhetlig og koordinert tannhelsetilbud i den enkelte kommunen og den enkelte driftsenhet er en forutsetning for god kontakt mellom den offentlige tannhelsetjenesten og kommunene. Det er rom for forbedring når det gjelder å gjøre kommunene bevisst på å ha tannhelseansvarlig/ tannkontakt i de ulike bo- og driftsenheter. Tannklinikkerne har også en utfordring i å oppdatere oversikter over tannansvarlige.

Både i heldøgnsbemannet bolig og i hjemmebasert omsorg vil samarbeidsavtalen mellom kommunale tjenester for psykisk utviklingshemmede og ThR trolig øke kommunenes bevissthet om sitt ansvar betydelig. Kontinuitet i oppfølgingen blir generelt sett på som vesentlig for at pleie- og omsorgspersonell forplikter seg til tannstell.

Det helsefremmende og forebyggende arbeidet vil ved hjelp av samarbeidsavtalen i større grad samsvare med krav i tannhelsetjenestelov, nasjonale føringer om samhandling og leveranseavtale i praksis.

Det har blitt gjort et omfattende grunnlagsarbeid i Tannhelse Rogaland innen folkehelsearbeid både gjennom samarbeid internt i fylkeskommunen og samarbeid med de offentlige tannhelsetjenestene i Hordaland og Sogn og Fjordane. Rettighetene til gruppe B på tannhelseområdet er fra 2010 i større grad formalisert gjennom klargjøring av ansvarsfordeling mellom tjenestenivåene.

**Tabell 8 Dette er kravene som stilles. (Revisjonskriterier)**

**Tannhelseplan 2008-2011:** Planen bygger på signalene i Stortingsmelding nr. 35 (2007).

Tannhelse Rogaland skal sikre at vi har etablert nødvendig samarbeid der hvor det forventes at vi har ekstra tett samarbeid med andre. Eksempler på slike viktige samarbeidspartnere er (...), pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og kommunalt personell som yter hjelp til fysisk og psykisk utviklingshemmede.

**Serviceerklæring:** Tannhelse Rogaland forplikter seg til

- Å samarbeide med pleietjenesten slik at brukere av institusjoner og hjemmesykepleie får et tilbud om tannbehandling
- Å bistå pleietjenesten med opplæring i munnstell

**Bestilling til Tannhelse Rogaland FKF i leveranseavtale 2010**

Det settes økt fokus på følgende strategier/områder (i prioritert rekkefølge): Styrke og systematisere det helsefremmende og forebyggende arbeid ... (2 -7).

<sup>33</sup> Med utgangspunkt i 2,5 timer beregnet pr individ under tilsyn i gruppe B (i bonusavtale).

<sup>34</sup> Som en del av internkontrollen.

### **1.3.2.2 HVA ER KONSEKVENSENE AV EVENTUELT MANGLENDE OVERHOLDELSE?**

Revisjonen har ikke sjekket tannhelsetilstanden til enkeltbrukere av tjenester for psykisk utviklingshemmede. Vurdert ut fra foretaket sine uttalelser og praksis er det stor sammenheng mellom forebyggende arbeid og de utfordringer en ser i ordinær behandling og spesialistbehandling. Dersom ikke kommunen satser tilstrekkelig på å ivareta munnhygiene til brukere av omsorgstjenester, og ikke den lokale tannklinikken følger opp med hyppig undersøkelse, vil dette kunne vise igjen i oversikt over hvor mange vevsinngripende behandlinger som må gjøres (under narkose).

Manglende ressurser/kapasitet til å kalle inn alle gruppe B pasienter i 2008 og 2009 har hatt lite omfang og ikke vært helsemessig uforsvarlig, slik foretaket opplever det. Det har blitt gjort individuelle faglige vurderinger av hvem som kan skyves på uten helsemessige konsekvenser (uavhengig av om pasientene tilhører gruppe B eller andre prioriterte grupper). En konsekvens av at etterslep ikke eksplisitt rapporteres er at ressurs-situasjonen i de ulike tannhelsedistriktene blir gjort mindre synlig og sammenlignbar. Dette kan nok tenkes å ha vel så stor betydning for andre, mindre prioriterte grupper enn B. Tall på etterslep finnes som en følge av praksis ikke i KOSTRA-rapporteringen.

Manglende avklaring av ansvar i kommunenes omsorgstjeneste kan føre til at brukere ikke i tilstrekkelig grad får ivaretatt munnhygiene. Tannhelsetjenesten sin oppfølging og nødvendige opplæring vil i en slik situasjon bli gjort vanskelig.

### **1.3.3 SIKRES KOMPETANSE PÅ GRUPPE B I TRÅD MED LOVVERKET OG VEDTATTE RETNINGSLINJER?**

#### **1.3.3.1 VURDERINGER**

Kompetanseutvikling er i foretaket systematisert gjennom ansvarsfordeling mellom sentral ledelse og distriktsnivå. Siden odontologisk kompetanse for det meste gjelder for alle pasientgrupper er det ikke kompetansetiltak som rettes særskilt inn mot gruppe B.

Tannhelsedistriktene har ingen særlig ansvarlige for kompetanseutvikling rettet mot tilbudet til gruppe B. Det blir både for nyansatte og andre satset på å utvikle teknisk/faglig kompetanse som kommer alle pasientgrupper til gode.

At det er et eget introduksjonsprogram for nyansatte for eksempel kan likevel tenkes å særlig komme gruppe B pasienter til gode, siden disse ofte har særlige behov. Sentrale tiltak som personellmøter, og lokale kursutvalg sine opplæringsprogram, har tatt opp

tema som spesielt omhandler gruppe B. Kompetanse i behandling av vanskelige pasienter gjennom hospitering ved spesialisttannklinikken bidrar til viktig kompetanse på gruppe B. Generelt er det å dele erfaring gjennom faglig veiledning og faglige samtaler en tydelig holdning i foretaket. Utviklingssamtaler med medarbeiderne kan, som i Sandnes, brukes til å kartlegge om ansatte ønsker å bygge opp kompetanse i forhold til målgruppen. Det gjelder her for overtannlegene å motivere, særlig sine tannpleiere.

Opplæring og kunnskap er stikkord i det forebyggende tannhelsearbeidet. Vurdering av behov for opplæring i den enkelte bolig/tiltak er et kommunalt ansvar, men det synes å være avgjørende at tannhelsetjenesten bidrar og tar initiativ til systematikk. Omfang og hyppighet på opplæring ved boenheter/tiltak synes å variere etter i hvilken grad de bestiller dette og i hvilken grad det er regelmessig oppfølging fra tannklinik. Tilgang på tannpleiere med kompetanse og interesse når det gjelder gruppe B, er i denne sammenheng avgjørende.

**Tabell 9 Dette er kravene som stilles. (Revisjonskriterier)**

**Tannhelsetjenesteloven § 6-1** sier at enhver fylkeskommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning.

Fylkeskommunen skal sørge for at dens ansatte tannhelsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning.

Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene sier at det personalet som til daglig har hånd om pleien og omsorgen for brukeren, skal sørge for at det daglige munnrenholdet kan gjennomføres. Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for å bidra til at pleie- og omsorgspersonellet får nødvendig opplæring i det tannhelsearbeidet som de skal forestå, og til å yte nødvendig undersøkelse, diagnostikk og behandling.

Effekten av tannpleier/tannlege sin individuelle opplæring i forebyggingsarbeid på klinikk er avhengig av den personen som følger pasienten og den generelle bemanningssituasjonen i omsorgstjenesten. Undervisning av personalet i den enkelte bolig eller tiltak er et viktig supplement til opplæringsarbeid på klinikk. Distribusjon av tannhelseperm med generell informasjon for gruppe B og tannhelsekort med informasjon om den enkelte brukers tannhelse og daglige rutiner ifht tannstell forventer foretakets ledelse at praktiseres ved alle tannklinikker. Det kan imidlertid være grunn til å forsikre seg om at dette er gjort i alle distrikter. Samarbeidsavtalen sin forpliktelse til regelmessig oppfølging av kommunen vil trolig bidra til å sikre at omsorgspersoner i større grad kjenner tannhelsesituasjon og ivaretar munnhygiene til beboerne/brukerne.

### 1.3.3.2 HVA ER KONSEKVENSENE AV EVENTUELT MANGLENDE OVERHOLDELSE?

Risikoområder omfatter disse:

- I de tilfeller der tilfeldig omsorgspersonell får opplæring ved konsultasjon på klinikk og ikke personalgrupper samlet får nødvendig opplæring vil dette fort kunne gå ut over brukeres munnhygiene.
- Hvis den lokale tannklinikken heller ikke har sikret at personalet har tilgang på, og benytter, tannhelseperm og tannhelsekort er faren stor for at brukeres munnhygiene blir dårlig ivaretatt.

### 1.3.4 HVA ER ÅRSÅKENE TIL AT ORDNINGEN EVENTUELT IKKE FUNGERER OPTIMALT?

En av problemstillingene i denne rapporten er hva som kan være årsaken(e) dersom rettighetsordningen ikke fungerer optimalt. Vår konklusjon er imidlertid at ut fra det datamateriale vi sitter på, så fungerer tilbudet til gruppe B etter intensjonen. Det betyr ikke at ting ikke kan forbedres, og vi har i neste avsnitt oppsummert våre anbefalinger i så måte.

Punktlisten under viser hvilke særskilte risikoområder vi vil trekke fram etter vår gjennomgang. De negative konsekvenser av dem kan bli store, men sannsynligheten for at omfanget blir stort anser vi som moderat. De anses som utfordringer vi konkluderer med at foretaket bør ha fokus på også framover.

- Uklarhet om kontaktpunkter i kommunene: Tannklinikker mangler oppdaterte oversikter over tannansvarlige i kommuner, eller at de ikke er utnevnt i kommunenes ulike (bo-)tilbud.
- Uklarhet om taushetsplikt: Kan kommunens omsorgstjeneste formidle opplysninger om hvem som er brukere
- Begrenset kapasitet på tannpleiere gir utfordringer for å nå de mål som er satt for det forebyggende arbeidet, deriblant regelmessig oppfølging og opplæring av omsorgspersonell
- Foretaket mangler dokumentasjon på at opplæring av omsorgspersonell faktisk gjennomføres
- Kan være grunn til å stille spørsmål ved om innkallingsintervall er optimalt ved alle tannklinikker

### 1.3.5 ANBEFALINGER

- Avklare hva slags avvik knyttet til pasientbehandling som skal rapporteres. Sikre systematisk bearbeiding av rapporter som grunnlag for forbedring.
- Vurdere om foretaket bør avklare hvilke krav som stilles til å klassifisere klienter i gruppe B.
- Utvikle felles rutiner på at skriftlig materiale, tilpasset gruppe B, med fullstendig informasjon om rettighetene til gratis tannbehandling blir distribuert til ansvarlige i kommunal omsorgstjeneste på årlig basis.
- Tannlegeteam gis ansvar for å følge opp tannkontakt i kommunale omsorgsenheter. Kommunene og tannklinikkene holder hverandre oppdatert med lister med kontaktpersoner.
- Motivere tannhelsepersonell til å bygge opp spisskompetanse på gruppe B.
- Initiere/ koordinere at lokale kursutvalg kommer med innspill/ ønske om tiltak som i særlig grad retter seg mot gruppe B.

# VEDLEGG



## Om forvaltningsrevisjon

I kommunelovens [§ 77.4](#) pålegges kontrollutvalgene i fylkeskommunene og kommunene å påse at det 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 kontrollutvalgforskriftens [kapittel 5](#).

Revisjon i norsk offentlig sektor omfatter både regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon, i motsetning til i privat sektor hvor kun regnskapsrevisjon (finansiell-) er obligatorisk.

Rogaland Revisjon IKS utfører forvaltningsrevisjon på oppdrag fra kontroll- og kvalitetsutvalget i fylkeskommunen. Arbeidet er gjennomført i henhold til [NKRF](#) sin standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Les mer på [www.rogaland-revisjon.no](http://www.rogaland-revisjon.no).

Denne rapporten er utarbeidet av forvaltningsrevisor Lars Staveland under ledelse av fagansvarlig for forvaltningsrevisjon Bård Humberstet, og gjennomgått av oppdragsleder Annebeth Mathiassen.

## Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er krav eller forventninger som revisjonen bruker for å vurdere funnene i undersøkelsene. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området, f. eks lovverk og politiske vedtak. Vi har i rapporten hatt flere henvisninger og sitater. Her er tatt med noen utfyllende bestemmelser som også er anvendt.

### [Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten](#)

Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (Rundskriv fra Sosial- og helsedep. mars 1997)

6.2 Faktorer som har betydning for å sikre ivaretagelse av grunnleggende behov.

...

*Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering og pleie- og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*

...

Det bør være et system for informasjon til alle husstander om hvilke tilbud som er etablert i den kommunale tiltakskjeden, og de fylkeskommunale tilbud kommunen har et samarbeid med (f.eks. tannhelsetjenesten).

...

Organisatoriske forhold må ikke være til hinder for et strukturert tverrfaglig samarbeid og nødvendig informasjonsflyt mellom faggrupper. Det bør foreligge faste samarbeidsrutiner mellom lege og hjemmesykepleie og med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten som omfatter kontakt gjennom telefon, møter o.l. Det bør utarbeides rutiner for kommunikasjon mellom første og andrelinjetjenesten og mellom helse- og sosialtjenesten i kommuner. Det er viktig at nødvendig dokumentasjon om foretatte undersøkelser, medisinsk behandling, behov for videre oppfølging m.v. følger pasienten uavhengig av behandlings- og omsorgsnivå. (jf. omtalen av taushetsplikt i kap. 6.1).

*Nødvendig tannbehandling og ivaretagelse av munnhygiene*

... Det personalet som til daglig har hånd om pleien og omsorgen for brukeren, skal sørge for at det daglige munnrenholdet kan gjennomføres. Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for å bidra til at pleie- og omsorgspersonellet får nødvendig opplæring i det tannhelsearbeidet som de skal forestå, og til å yte nødvendig undersøkelse, diagnostikk og behandling.

## Særskilte bestemmelser angående taushetsplikt:

### [Forvaltningsloven](#) av 10.02.67

#### § 13 (Taushetsplikt)

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

noens personlige forhold, eller 2) tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår. Som personlige forhold regnes ikke fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted, med mindre slike opplysninger røper et klientforhold eller andre forhold som må anses som personlige. ...

#### § 13 b (begrensninger av taushetsplikten ut fra private eller offentlige interesser).

Taushetsplikt etter § 13 er ikke til hinder for:

...

3. at opplysningene er tilgjengelig for andre tjenestemenn innen organet eller etaten i den utstrekning som trengs for en hensiktsmessig arbeids- og arkivordning, bl.a. til bruk ved veiledning i andre saker,

...

5. at forvaltningsorganet gir andre forvaltningsorganer opplysninger om en persons forbindelse med organet og om avgjørelser som er truffet og ellers slike opplysninger som det er nødvendig å gi for å fremme avgiverorganets oppgaver etter lov, instruks eller oppnevningss grunnlag.

### [Helsepersonelloven](#) av 02.07.99

#### § 21 Hovedregel om taushetsplikt

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

#### § 22 Samtykke til å gi informasjon

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.

...

#### § 23 Begrensninger i taushetsplikten

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for:

...

4. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre ...

#### § 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.

### [Pasientrettighetsloven](#) av 13.12.91

#### § 3-6 Rett til vern mot spredning av opplysninger

Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.

...

### [Kommunehelsetjenesteloven](#) av 19.11.82

#### § 6-6 (Taushetsplikt)

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid i kommunens helsetjeneste, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Overtredelse straffes etter straffeloven § 121.

[Sosialtjenesteloven](#) av 13.12.91

§ 8-8 Taushetsplikt

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for sosialtjenesten eller en institusjon etter denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Overtredelse straffes etter straffeloven § 121.

Taushetsplikten gjelder også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om en klients oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til sosialtjenesten eller institusjonen å gi slik opplysning.

Opplysninger til andre forvaltningsorganer, jf. forvaltningsloven § 13 b nr 5 og 6, kan bare gis når dette er nødvendig for å fremme sosialtjenestens eller institusjonens oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

Dersom et barns interesser tilsier det, kan fylkesmannen eller departementet bestemme at opplysninger skal være undergitt taushetsplikt, selv om foreldrene har samtykket i at de gjøres kjent.



**Rogaland Revisjon IKS**

Løkkeveien 10  
4008 Stavanger

Tlf 40 00 52 00  
Faks 51 84 47 99

**[www.rogaland-revisjon.no](http://www.rogaland-revisjon.no)**