

Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi

Vurdering av omfang og behov samt forslag til tannhelsetiltak



Heftets tittel: Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi

Utgitt: Oktober 2010

Bestillingsnummer: IS-1855

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling allmennhelsetjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1855

Forfattere: Avdeling allmennhelsetjenester

Forord

Helsedirektoratet har utarbeidet denne rapporten om *Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi* på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Rapporten er delt i to deler. En hoveddel som ble avlevert HOD i desember 2009 beskriver hvilke tann- og munnhelseproblemer disse personene kan ha, hva som kan hindre dem i å benytte seg av dagens tilbud og hvorfor de trenger tilrettelagte tjenester. Rapporten gir faglige begrunnede anbefalinger om hvordan et tilbud kan organiseres og hvordan kompetanseutvikling for tannhelsepersonell kan bygges opp. Tilleggsrapporten som ble avlevert HOD i juni 2010 beskriver mer i detalj kostnader i forbindelse med etablering av behandlerteam, og behovet for systematisert samarbeid med blant annet fastlege, psykolog/psykiater. Hvilke samarbeidspartnere som er aktuelle vil være avhengig av målgruppen.

Et viktig mål for helsemyndighetene er at alle skal ha lik tilgang til tannhelsetjenester uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn, personlig økonomi og livssituasjon. Begrunnelsen for å gi tilbud til personer i målgruppene som denne rapport omtaler, er at disse kan være i en vanskelig livssituasjon hvor muligheten til å nyttiggjøre seg eksisterende tannhelsetilbud er redusert på grunn av sosiale, økonomiske og/eller helsemessige årsaker.

Helsedirektoratet foreslår at tannbehandlingstilbudet bør organiseres innenfor den offentlige tannhelsetjenesten. En forankring av tannhelsetilbudet i fylkeskommunen bygger på prinsippet om en sterk offentlig tannhelsetjeneste med et klart organisatorisk ansvar og forvaltningsansvar. Den offentlige tannhelsetjenesten har lang erfaring med oppsøkende tilbud med og forebyggende tjenester og tilrettelagt behandling for ulike grupper av befolkningen.

En ekstern arbeidsgruppe med representanter fra fagmiljøer ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), universitetene, tannhelsetjenesten, brukerorganisasjoner og yrkesorganisasjoner har vært med å belyse ulike problemstillinger og deltatt i de ulike drøftingene i arbeidet med rapporten. Helsedirektoratet retter en stor takk til alle som har stilt opp under arbeidet med denne rapporten.

Som en oppfølging av dette arbeidet har regjeringen i statsbudsjettet for 2011 foreslått å bevilge 2,5 millioner kroner til oppbygging av behandlerteam for utredning og eventuell behandling. Vi håper rapporten kan benyttes videre i arbeidet med å tilrettelegge tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi.

Jon-Torgeir Lunke
avdelingsdirektør

1	Innledning - Oppdragsrapport avlevert HOD desember 2009	4
	Sammendrag	8
1.	Torturoverleverere	10
1.1	Innvandrerstatistikken	10
1.2	Begrepsavklaringer	11
1.3	Helsedirektoratets tidligere innspill	12
1.4	Omfang og utbredelse av tortur	13
1.5	Omfang og utbredelse av tanntortur	14
1.6	Innhold i og omfang av behandlingstilbud	16
1.6.1	Sentrale samarbeidspartnere i behandlingen	18
1.7	Tidsavgrensning	20
1.8	Krav til dokumentasjon	20
1.9	Oppsummering - Helsedirektoratets anbefalinger	21
1.9.1	Inngangskriterium for ordningen	21
1.9.2	Dokumentasjonskrav	21
1.9.3	Behandlingstilbud	21
2	Overgrepssatte	22
2.1	Begrepsavklaringer	22
2.2	Helsedirektoratets tidligere innspill	23
2.3	Omfang og utbredelse av seksuelle overgrep	23
2.4	Utfordringer relatert til tannbehandling	25
2.5	Innhold i og omfang av behandlingstilbud	26
2.6	Tidsavgrensning	27
2.7	Dokumentasjonskrav	28
2.8	Oppsummering – Helsedirektoratets anbefalinger	29
2.8.1	Inngangskriterium for ordningen	29
2.8.2	Dokumentasjonskrav	29
2.8.3	Behandlingstilbud	29
2.9	Omfang og utbredelse av vold	30
2.10	Innhold i og omfang av behandlingstilbud	34
2.11	Tidsavgrensning	35
2.12	Dokumentasjonskrav	35
2.13	Oppsummering – Helsedirektoratets anbefalinger	36
2.13.1	Inngangskriterium for ordningen	36
2.13.2	Dokumentasjonskrav	36
2.13.3	Behandlingstilbud	36
3	Personer med odontofobi	37
3.1	Diagnostiske kriterier for odontofobi	37
3.2	Omfang og utbredelse av odontofobi	38
3.3	Erfaringer fra behandling av odontofobi i Norge	40
3.4	Erfaringer fra behandling av odontofobi i Sverige	41
3.5	Tannhelse hos personer med odontofobi	42
3.6	Tannhelse hos personer med intra-oral sprøytefobi	42
3.7	Innhold i og omfang av behandlingstilbud	43
3.7.1	Terapi	43
3.7.2	Antall behandlingsseanser	43
3.7.3	Omfanget av tannbehandling i fobibehandlingen	43
3.7.4	Tannbehandling etter fobibehandling	44

3.8	Sentrale samarbeidspartnere	44
3.9	Oppsummering – Helsedirektoratets anbefalinger	45
3.9.1	Inngangskriterium for ordningen	45
3.9.2	Dokumentasjonskrav	45
3.9.3	Behandlingstilbud	45
4	Forankring og organisering	47
4.1	Folketrygdfinansiert modell	47
4.1.1	Rikstrygdeverkets vurdering fra 2004	48
4.1.2	Folketrygdens ordning i forhold til torturoverlevende	48
4.1.3	Folketrygdloven i forhold til overgrepsofre	49
4.1.4	Folketrygden i forhold til personer med odontofobi	50
4.1.5	Oppsummering - fordeler og ulemper med folketrygdmodellen	50
4.2	Forslag om nytt innslagspunkt for odontofobi	51
4.3	Fylkeskommunal modell	52
4.3.1	Generelle vurderinger ved en fylkeskommunal modell	53
4.3.2	En fylkeskommunal modell i forhold til den enkelte målgruppe	56
4.3.3	Forslag til lovendring	57
4.4	Forutsetninger – styrking av den offentlige tannhelsetjenesten	58
4.5	Oppsummering - Helsedirektoratets anbefalinger	59
5	Økonomiske og administrative konsekvenser av å gi et tilbud til disse gruppene	60
5.1	Fylkeskommunalt oppsøkende tilbud	60
5.2	Torturoverlevende	61
5.3	Overgrepsofre (inkl. seksuelle overgrep)	61
5.4	Odontofobi	62
5.5	Folketrygdfinansiert modell	63
6	Referanser	64
7	TILLEGGSRAPPORT 2010 VEDRØRENDE TILRETTELAGTE TANNHELSETILBUD FOR MENNESKER SOM ER BLITT UTSATT FOR TORTUR, OVERGREP ELLER HAR ODONTOFOBI	72
	Innledning – Tilleggsrapport avlevert HOD juni 2010	73
	Sammendrag	75
8	Antall personer som kan omfattes av ordningen	77
8.1.1	Torturoverlevende	77
8.1.2	Personer med odontofobi	78
8.1.3	Voldsutsatte i nære relasjoner	79
8.1.4	Personer utsatt for seksuelle overgrep	81
9	Konsekvenser vedrørende organisering og kompetanse	83
9.1.1	Behov for egne team til behandling av odontofobien	83
9.1.2	Den odontologiske behandlingen og hvor mange team på landsbasis?	85
9.1.3	Tilgang på tolketjenester	85

9.1.4	Behov for ekstra kompetanse	86
9.1.5	Bør tannlegen som deltar i behandlingen av odontofobien også stå for den odontologiske behandlingen i etterkant?	88
9.1.6	Team i regi av fylkeskommunene eller organiseres i privat sektor?	89
9.1.7	Ressurser/kapasitet hos psykolog/psykiater til å delta i odontofobi-behandling	90
10	Behov for samarbeid og oppsøkende virksomhet	93
10.1.1	Samarbeid i oppsøkende fase	93
10.1.2	Systematisert samarbeid	94
11	Kostnader og finansiering	95
11.1.1	Fylkeskommunal finansiell medvirkning	95
11.1.2	Kostnader til oppstart, kompetansebygging mm	96
11.1.3	Varige budsjettkonsekvenser	97
11.1.4	Innfasing av tiltakene over to år eller fem år	98
11.1.5	Kostnader ved de ulike trinn i behandlingskjeden	98
11.1.6	Eventuelt andre forhold av betydning	99
12	Lov/forskriftstekst	101
13	Referanser – tilleggsrapport juni 2010, jf tidligere referanser i oppdragsrapport des 2009	103

1 Innledning - Oppdragsrapport avlevert HOD desember 2009

Bakgrunn

I Helsedirektoratets høringsvar av 10.11.2005 til NOU 2005:11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet* ble det foreslått at torturofre og personer utsatt for seksuelle overgrep bør få et tilrettelagt tilbud om tannhelsetjenester. I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) av 04.10.2006 ble Helsedirektoratet bedt om å gi en nærmere beskrivelse av gruppen, herunder omfang, tannstatus, behovet for tannbehandling og hvordan man kan konkretisere og avgrense. Helsedirektoratet ga sin redegjørelse i brev av 30.10.2006.

Tannbehandling til tortur- og overgrepsofre ble omtalt i St.meld. nr 35 (2006-2007). Her heter det at *"Regjeringen er enig i at tortur- og overgrepsofre er utsatte grupper som kan ha behov for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Det er lite kunnskap om antallet personer dette gjelder og hvilke behandlingsbehov de har. Regjeringen vil sørge for en nærmere kartlegging av disse forholdene med sikte på senere vurdering av behov for offentlig finansiering av tannhelsetjenester."*

Stortinget fattet 7. mars 2008 følgende vedtak (anmodningsvedtak nr. 392): *"Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at tortur- og overgrepsofre via henvisning fra fastlege får utredning om terapi og tannbehandling."*

Om odontofobi står følgende: "For personer med odontofobi er det to forhold som er sentrale: det ene er behandlingen av fobien, det andre er den etterfølgende tannbehandling og eventuelt den odontologiske rehabiliteringen av tannsettet på grunn av et oppsamlet behandlingsbehov. [...] Regjeringen er innforstått med at mange med alvorlig odontofobi er avhengig av behandling av fobien for å bli i stand til å motta tannbehandling. Eksisterende kunnskap om omfang, alvorlighet av fobien, behandlingsbehov, forhold knyttet til kostnader og eventuelle kriterier mv. er begrenset. Regjeringen vil sørge for en nærmere kartlegging av disse forholdene, med sikte på en senere vurdering av rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester." (side 101-102)

I oppdragsbrev av 03.04.09 har HOD gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide forslag til vilkår for og kostnadsanalyse for tannbehandling for både **tortur- og overgrepsofre**. Dette innebærer at Helsedirektoratet for begge gruppene må vurdere:

1. Forslag til nærmere vilkår og inngangskriterier for offentlig finansiert tannbehandling til begge gruppene. Dette omfatter også forslag til nødvendig dokumentasjon som skal sannsynliggjøre at inngangskriteriene er oppfylt
2. Om tjenestetilbudet bør gis gjennom a) oppsøkende tannhelsetilbud fra fylkeskommunal tannhelsetjeneste og være finansiert gjennom rammetilskudd eller b) være forankret i forskrift om dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom
3. Innholdet i og omfanget av behandlingstilbudet som for eksempel nødvendig tannhelsehjelp/tannbehandling, psykologbehandling mv.
4. Avgrensing av tjenestetilbudet i forhold til når torturen eller overgrepet fant sted.
5. Forutsetningene om fastlegen som henvisningsinstans, jf Stortingets vedtak, og aktuell rolle andre (enn tannhelsetjenesten) kan ha angående utredning om terapi og tannbehandling
6. Økonomiske og administrative konsekvenser av aktuelle forslag, og forslag til ev lovtekst eller forskriftstekst
7. Oppdraget bør sees i nær sammenheng med oppdrag vedrørende odontofobi.
8. Tannbehandling av torturofre bør sees i sammenheng med helsetjenester forøvrig for denne gruppen.

HOD ber om at forslag til vilkår og kostnadsanalyser ferdigstilles innen 1. desember 2009. Fristen er satt av hensyn til de årlige budsjettprosessene.

I oppdragsbrev av 03.04.09 **om odontofobi** ber Helse- og omsorgsdepartementet at Helsedirektoratet:

1. Gjennomgår tidligere vurdering og kartlegging utført av Rikstrygdeverket i 2004
2. Vurderer forslag til nærmere vilkår og inngangskriterier for offentlig finansiert tannbehandling for personer med odontofobi. Dette omfatter også forslag til nødvendig dokumentasjon som skal sannsynliggjøre at inngangskriteriene er oppfylt
3. Vurderer innholdet i og omfanget av behandlingstilbudet (som for eksempel nødvendig tannhelsehjelp/tannbehandling, psykologbehandling mv.)

4. Vurderer krav til kompetanse for utredning og behandling i tannhelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten
5. Foreslår avgrensning av tjenestetilbudet i forhold til når fobien forhindret tannbehandling
6. Utreder økonomiske og administrative konsekvenser av aktuelle forslag, og forslag til ev forskriftstekst
7. Ser oppdraget i nær sammenheng med oppdrag vedrørende tannbehandling av tortur og overgrepsofre.

HOD ber om at forslag til vilkår og kostnadsanalyser ferdigstilles innen 1. desember 2009.

Dagens ordning

Personer som har vært utsatt for tortur og overgrep og/ eller som har odontofobi, har allerede et tilbud om offentlig finansierte tannhelsetjenester etter dagens ordninger. Dels er det spesielle ordninger knyttet til Lov om tannhelsetjenesten, dels er det stønadsordninger knyttet til Lov om folketrygd som gjelder hele befolkningen i Norge. Når det gjelder personer over 20 år, er det meste aktuelle ordningen gjennom Lov om folketrygd. Denne ordningen medfører betydelige økonomiske utlegg for pasienten i form av egenandeler og mellomlegg.

Helsedirektoratet anser at gruppene som omtales i denne rapporten, kan ha problemer med å nyttegjøre seg de eksisterende ordninger for offentlig støtte til tannhelsetjenester, både som følge av sosiale, økonomiske og helsemessige årsaker. Det er sannsynlig at disse gruppene, selv om de er heterogene, har et større tannbehandlingsbehov sammenlignet med resten av befolkningen. Det kan være en direkte eller indirekte følge av de traumene de har vært utsatt for. Helsedirektoratet mener det er formålstjenlig at det etableres ordninger som gjør at tannhelsetjenester blir lettere tilgjengelig for disse personene. Dette vil kunne være et viktig bidrag til å utjevne sosiale ulikheter i helse.

Sammendrag

Helsedirektoratet har gjennom oppdraget til Helse- og omsorgsdepartementet utredet muligheten for offentlig finansiert tannbehandling for torturoverlevende, overgrepsoffer og personer med odontofobi.

Oppdragene er omfattende og komplekse, med målgrupper som i enkelte tilfeller går over i hverandre. Helsepolitiske føringer om likeverdige tannhelsetjenester uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn, personlig økonomi og livssituasjon, samt utjevning av sosiale ulikheter og minoritetsperspektivet på tannhelsefeltet er implisitt i hele utredningen.

Det er tatt utgangspunkt i at dette er personer som allerede har et tannbehandlingsbehov, og mange vil trenge ekstra tid til behandling og oppfølging. Et målrettet tilbud om vederlagsfrie tannhelsetjenester til disse gruppene kan dermed bidra til sosial utjevning.

Det er valgt å beskrive alle gruppene i oppdragene i en utredning, og de omtales hver for seg der det er naturlig. En ekstern arbeidsgruppe med representanter fra fagmiljøene ved NKVTS, universitetene, tannhelsetjenesten, brukerorganisasjoner og yrkesorganisasjoner har vært med å belyse ulike problemstillinger og deltatt i de ulike drøftingene gjennom arbeidsprosessen.

Helsedirektoratet har utredet to organisatoriske modeller; en folketrygdfinansiert modell som er forankret i Lov om folketrygd og en fylkeskommunal modell med forankring i Lov om tannhelsetjenesten. Begge modellene er belyst og drøftet.

Utredningen består av en statusbeskrivelse og en generell del. Statusdelen bygger på nyere kunnskapsoppsummeringer og forskningsrapporter på feltene, helsepolitiske føringer samt kliniske og odontologiske erfaringer i møte med pasientgruppene. I den generelle delen utredes blant annet ulike organiserings- og forankringsmodeller for offentlig finansiert tannbehandling og behov for kompetanse. Videre foretas det en

økonomisk og administrativ analyse av de ulike modellene.

Helsedirektoratet går inn for en forankring av oppgavene i en fylkeskommunal modell som bygger på prinsippet om en sterk offentlig tannhelsetjeneste med et klart organisatorisk ansvar og forvaltningsansvar for å sørge for et helhetlig og tilrettelagt tannhelsetilbud. Fylkeskommunen har gjennom den offentlige tannhelsetjenesten ansvar for å bidra i folkehelsearbeidet. I tillegg organiserer den et oppsøkende tilbud med nødvendig undersøkelse, behandling og opplæring i forebyggende tiltak til de prioriterte gruppene. En forutsetning er at fylkeskommunene tilføres tilstrekkelige ressurser til oppgavene. Ressursene må avspeile tid til tilvenning, samhandling og brukermedvirkning, samt til kompetanseutvikling for tannhelsepersonell. Tannhelsetilbud til disse gruppene stiller store krav til behandler og til krav om tilrettelegging. Helsedirektoratet mener at tannbehandling til tortur- og overgrepsofre og til personer med odontofobi nå må finansieres fullt ut gjennom rammefinansiering til fylkeskommunene

Folketrygdens stønad til tannbehandling forutsetter egenbetaling i form av egenandel og mellomlegg. Det finnes en skjermingsordning for egenandelene, men denne ordningen er svært snever for tannhelsefeltet. Dette betyr at folketrygdens finansiering i de aller fleste tilfeller vil medføre en betydelig kostnad for pasienten.

På lengre sikt, evt i forbindelse med arbeidet med ny lov om tannhelsetjenester, bør det vurderes om disse gruppenes behov kan ivaretas like godt gjennom en forbedret skjermingsordning gjennom folketrygden. For øvrig bør det drøftes om ikke hele finansieringen av tannhelsefeltet bør gjennomgås.

1. Torturoverlevende

I dette kapitlet om torturoverlevende presenteres innvandrerstatisikken fra 2009 hvor innvandreres og flyktningers helsesituasjon og livssituasjon omtales. Videre gis det begrepsavklaringer omkring tortur og torturoverlevende, ulike torturformer, omfang og utbredelse. Til sist gjøres det rede for tannbehandling til torturoverlevende, inngangskriterier og hvem som er sentrale samarbeidspartnere med avgrensning av tjenestetilbudet.

1.1 Innvandrerstatisikken

Den viktigste kilden for innvandrerstatisikken i Norge er Folkeregisteret som omfatter alle innbyggere med oppholdstillatelse eller personer som har opphold 6 måneder eller mer. I følge Statistisk Sentralbyrå (SSB) er folketallet 4 812 200 i Norge pr 1. april 2009. Innvandrerbefolkningen utgjør 10,6 % av befolkningen, og dette utgjør 508 000 personer som har innvandret eller er født i Norge med innvandrerforeldre. Når det gjelder botid har

40 % av innvandrerne bodd i Norge mindre enn 5 år, 30 % mer enn 15 år og 28 % 5-14 år.

I perioden 1990-2007 har det innvandret 328 000 personer fra land utenom Norden. Av disse kom 27 % pga flukt, 11 % ble gjenforent med flyktninger, 13 % familiegjengforent med andre og 17 % fikk opphold pga familieetablering, Av de resterende fikk 21 % opphold pga arbeid og 11 % pga utdanning. Torturoverlevende kan i prinsippet finnes både blant innvandrere med og uten flyktningestatus, men vi har avgrenset målgruppen til de som har innvilget opphold i Norge.

I 2004 var det om lag 100 000 personer som hadde flyktningestatus i Norge. Denne gruppen utgjør nå ca ¼ av innvandrerne i Norge. De fleste har bakgrunn fra Irak, Bosnia-Hercegovina, Vietnam og Somalia. Mange personer fra Afghanistan, Irak og Somalia har flyktet de siste årene. De med lang botid i Norge er flyktninger blant annet fra Sri Lanka, Chile og Vietnam (Kilde: SSB 2005 Kristian Rose Tronstad).

Innvandrere og flyktninger vurderer sin helse som noe dårligere enn befolkningen ellers i flere undersøkelser. Flere innvandrerkvinner rapporterer om mer sykdom enn menn, og den generelle tendensen er svekkende helse med økende alder. Økt sykdomsrisiko hos innvandrerbefolkningen kan skyldes at de antas å være en gruppe som er spesielt utsatt for ekstrabelastninger knyttet til deres situasjon som innvandrere. For øvrig inngår de i en gruppe som har sosiale og økonomiske levekår knyttet til økt sykdomsrisiko (eksempelvis lavere inntekt, flere arbeidsledige, dårligere boforhold og lavere utdanningsnivå) (Næss et al 2001). Kunnskap om tilgang til helsetjenester og tidligere negative livshendelser vil også være viktige forklaringsvariabler.

Flyktningers økte risiko for helseplager settes i sammenheng med forholdene både før, under og etter flukten. Krigsopplevelser, trusler, fengsling og tortur bidrar til økte psykiske helseproblemer hos flyktningene. I tillegg kommer tap av nær familie, tap av sosialt fellesskap, overgrep og nye påkjennelser i eksiltilværelsen. Mange vil utvikle kompliserte følgetilstander som gjenopplevelser av traumer, påtrengende minner, mareritt, nedstemthet, anspenhet og vansker med aggresjonsregulering (Migrasjon og helse 2009).

I artikkelen om *Legers forhold til flyktningpasienten* påpeker Varvin (2009) at flyktninger med posttraumatiske tilstander og andre problemer knyttet til forfølgelse, flukt og eksil utgjør en stadig større andel av pasientene i helsetjenesten i Norge. Pasientene har ofte somatiske, psykiske eller psykiatriske symptomer som har bakenforliggende, komplekse årsaker som krever et integrert tilbud og samarbeid mellom flere instanser i helse- og sosialtjenesten.

1.2 Begrepsavklaringer

Tortur kan kort defineres som overgrep mot grunnleggende menneskerettigheter med det formål å ødelegge enkeltindividets verdighet, selvfølelse og virke avskrekkende på samfunnet rundt.

Artikkel 1 i FNs torturkonvensjon¹ inneholder den torturdefinisjonen som ligger til grunn for det meste av internasjonalt arbeid i tilknytning til bekjempelse av tortur. Definisjonen rommer fire grunnleggende elementer:

- 1) påført alvorlig fysisk eller psykisk smerte eller lidelse
- 2) handlingen er forsettlig

¹ UN Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Lastet ned på <http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og-erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-torturkonvensjon> (09.11.2009)

3) den har en hensikt (innhente informasjon, oppnå en tilståelse, straffe, true, tvinge eller diskriminere)

4) blir gjennomført av, eller med samtykke eller tillatelse fra, offentlig tjenesteperson eller person som handler på vegne av denne

Handlinger i form av overgrep som myndigheter vet om, men unnlater å hindre, straffeforfølge eller kompensere, kan også regnes som mulige brudd på konvensjonen². Stater har en forpliktelse til også å forebygge tortur og annen umenneskelig og grusom behandling eller straff når disse begås av såkalte private aktører. (Varvin/Sveaas aug 2009 – innspill til arb.gruppemøte 31.08.09)

Reidun Brunvatne (2006:36) konstaterer følgende: *"Mange av flyktingene som kommer til Norge, har opplevd ekstrem traumatisering i form av tortur og annen nedverdiggende behandling i fengsler, konsentrasjonsleirer og flyktningleirer. Menneskeskapt lidelse smerter mer enn lidelse frambrakt av naturkatastrofer. Det har å gjøre med hat og svik, og med redsel for å bli sviktet igjen. Menneskeskapt lidelse rammer fundamental mellommenneskelig tillit."*

Traumatisering kan defineres som psykisk stress av overveldende karakter med alvorlige konsekvenser for evne til mestring.

1.3 Helsedirektoratets tidligere innspill

I høringsuttalelsen til NOU 2005:11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet* skriver Sosial- og helsedirektoratet følgende:

"Tortur og overgrepsofre er ikke omtalt i utredningen. Torturofre er en liten gruppe som har store problemer i forhold til tannhelsetjenester. Her er det både traumatiske opplevelser og økonomi som kan være hindringer. Direktoratet mener det er viktig å finne en løsning på denne gruppens spesielle problemer. Også personer utsatt for seksuelle overgrep kan ha store problemer med oral behandling og bør få et tilrettelagt tilbud."

Sosial- og helsedirektoratet ble i brev av 04.10.06 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bedt om å utdype og konkretisere høringsuttalelsen.

² United Nations Committee against torture, General comment nr. 2, 2007

I svarbrevet av 30.10.06 til HOD beskriver Helsedirektoratet nærmere torturofre – omfang, tannstatus, behov for tannbehandling og hvordan man kan konkretisere og avgrense gruppen på følgende måte:

...” Torturmetodene er mange, og nesten alle torturofre har vært utsatt for tortur mot hode og ansikt. ... Torturmetoder vil kunne påvirke tannstatus direkte og indirekte. Dental tortur er direkte tortur i den oral kavitet/på tenner. Det kan innebære tannfrakturer, ekstraksjon av tenner uten anestesi, bruk av elektrisk strøm direkte på tenner eller svimerking og brenning med for eksempel sigaretter i munnhulen (Physicians for Human Rights’ Manual 2001, Istanbul protokol 2004:39). Indirekte kan tannhelse og munnhule påvirkes av andre torturformer på flere måter. Slag mot hoderegionen kan gi frakturer av tenner og kjeveben, bruk av elektrisk støt mot for eksempel kjeveledd eller muskulatur i ansiktet kan gi muskelspasmer som kan påføre det temporomandibulære ledd store belastninger/ subluksasjoner og smerter. Nødvendig tannbehandling kan holdes tilbake for å la karies, gingivitt eller abscesser utvikle seg. (Physicians for Human Rights’ Manual 2001, Istanbul protokol 2004:39). Kosthold og mulighet for renhold vil som regel være svært dårlig. Forskjellige former for oppbinding vil sette pasienten ut av stand til å ta vare på sin orale helse. Mange utsettes også for seksuelle overgrep i fangenskap, noe som kan medføre angst for tannbehandling. Seksuell tortur av kvinner, menn og barn er blitt hyppigere de siste 30 år. (Cohn 2001). Mange torturofre er plaget av mareritt og angst, og bruxisme (tanngnissing) er et vanlig problem. Munntørrehet som følge av medisiner er heller ikke uvanlig (Bimer 1998).

1.4 Omfang og utbredelse av tortur

Det finnes en rekke ulike studier og oversikter som viser til torturforekomst i spesielle grupper, i spesielle situasjoner eller spesielle områder av verden. For eksempel viste en epidemiologisk undersøkelse, gjennomført av de Jong og medarbeidere mellom 1997 og 1999 i fire tidligere konfliktområder, at 25,5 % av respondentene fra Etiopia rapporterte å ha blitt utsatt for tortur, sammenlignet med 15 % i Gaza, 9 % i Kambodsja og 8,4 % i Algerie (2001). I en annen undersøkelse fant Jarason og medarbeidere (2004) at det blant 1134 flyktinger fra Somalia og Etiopia var 44 % som var torturoverleverere.

En oversikt over pasienter behandlet ved tidligere Psykososialt senter for flyktninger i Oslo mellom 1991 og 1995 (231 flyktninger) viser at 71 % av mennene og 31 % av kvinnene oppga å ha blitt utsatt for fysisk tortur (Lavik et al 1996). I en undersøkelse

gjennomført av NKVTS ved asylmottak i Norge fant man at 57 % oppga at de hadde vært utsatt for tortur, mens 31 % av kvinnene og 13 % av mennene rapporterte å ha blitt voldtatt (Jakobsen, Sveaass, Johansen, & Skogøy, 2007).

Som konklusjon kan man si at det er vanskelig å oppgi et nøyaktig antall torturoverlevende i Norge. Per 1.1.2009 var det 143 355 personer med flyktningebakgrunn (inkludert familietilknyttede til primærflyktninger) i Norge. Helsedirektoratet tar utgangspunkt i at om lag halvparten av disse har vært utsatt for en form for tortur. Anslagsvis 10-15% av disse igjen har vært utsatt for grov tortur. Dette, samt innspill fra fagmiljøet rundt torturoverlevende i Norge, gjør at Helsedirektoratet mener det rimelig å anta at 5000 -6000 personer kommer til å omfattes av ordningen som omtales i denne rapporten.

1.5 Omfang og utbredelse av tanntortur

Munnen er et ømfintlig område for alle og er dermed lett tilgjengelig for tortur. Tortur mot hode, kjeve og tenner kan være:

- Usystematiske og systematiske slag mot hode, ansikt, kjeve og tenner
- Systematisk løsning av tenner
- Ekstraksjoner/trekking av tenner
- Elektrisk tortur mot tenner, tunge, kjeve og kjeveleddsregion
- Skruetvinge rundt hodet
- Instrumenter i munn og nese

(Villmann og Bakke 2009, presentasjon Universitetet i København)

I Istanbulprotokollen (*Physicians for Human Rights' Manual 2001, Istanbul protokol 2004:39*) står følgende om dental tortur:

6. Dental tortur

212. Tanntortur kan opptre i form av knekking av tenner, uttrekking av tenner eller gjennom påføring av elektrisk strøm til tennene. Dette kan resultere i tanntap, tannkjøttthevelser, blødning, smerte, tannkjøttbetennelse, generell betennelse i munnhulen, underkjevebrudd eller tap av tannfyllinger. Det såkalte kjeveleddssyndromet omfatter smerte i kjeveleddet, begrensninger i kjevebevegelsen og i noen tilfeller kjeven ut av ledd som følge av muskelspasma etter tilførsel av elektrisk strøm eller slag mot ansiktet.

Det er begrenset med dokumentasjon på omfanget av tannbehandlingsbehov hos torturoverlevende. Blant de undersøkelser som er foretatt er O.V. Rasmussens *Medical Aspects of Torture* fra 1990, der han rapporterer at 32 % av det utvalget han undersøkte (totalt 200) rapporterte om tanntortur. Utvalget fordelte seg på omfattende dentale symptomer etter alvorlige slag mot hode (27 personer), tenner som løsnet (19 personer), blødning fra gingiva (9), blødning fra munnen uten klar lokalisering (8), samt at to hadde mistet fyllinger etter elektrisk tortur mot munnen. Rasmussen (1990:36) konkluderer punktet om tannundersøkelse av torturerte med at: *“Knekte tenner eller tap av tenner er vanlig hos torturofre. Tannbehandling er ofte fraværende ved forvaring og fengsling eller består i bare uttrekking av skadede tenner. Dårlige munnhygienetilstander under forvaringen, med manglende optimal tannrengjøring, kan resultere i forringelse av den tannhelsemessige tilstanden. Vedvarende symptomer omfatter i hovedsak i hovedsak tannkjøttaffeksjoner. Undersøkelse av tyggemusklaturen bør være en del av den medisinske undersøkelsen av torturofre, siden tilstanden fibrositt er blitt beskrevet å være svært hyppig tilstede.”*

Rett etter etableringen av systematiske undersøkelser av torturerte fanger i Danmark i regi av Amnesty International ble legegruppen utvidet med tannleger (Bøjholm, Jørring og Bakke, *Tandlægebladet* 1995:99 nr 18). Det ble rapportert at mange torturoverlevende hadde vært utsatt for hode,- kjeve og tanntraumer, mens andre igjen hadde vært utsatt for direkte tanntortur. Ca 1/3 av de torturoverlevende opplyste at de hadde akutte symptomer i form av frakturerte, løse eller utslåtte tenner. I tillegg oppga de å ha tann smerter og blødning fra tannkjøttet. Fengselsopphold med dårlig kost og vanskeligheter med å ivareta personlig hygiene har også hatt innvirkninger på tannstatus og tannkjøtt. Behovet for generell tannbehandling var ofte stort. Behandlingen krevde mer tilrettelegging, planlegging og forberedelser med et tettere samarbeid enn vanlig hos pasienter uten torturerfaring.

I en undersøkelse fra Sverige (Bimer 1998) forsøkte man å få et bilde av hvordan torturofres tannstatus og behandlingsbehov så ut. 40 henviste pasienter ble undersøkt. 37 av disse hadde sittet i fengsel fra 2 måneder og opptil 16 år, og hadde ikke hatt mulighet til å ta vare på sine tenner under fengselsoppholdet. 85 % hadde vært utsatt for dental tortur. Blant de resterende 15 % hadde flere blitt utsatt for seksuelle overgrep og andre torturformer. Bare en av de undersøkte hadde ingen symptomer fra munnen. Samtlige pasienter i denne studien hadde behov for behandling, og en del ble henvist til spesialistbehandling (endodonti, protetikk, kirurgi). Studien omfatter relativt få personer, alle er henvist fordi de har vært utsatt for tortur,

det savnes kjennskap til de undersøktes tannstatus før torturen/fengselsoppholdet. Likevel gir den en indikasjon på at mennesker som har vært utsatt for tortur vil ha behov for tannbehandling av til dels avansert karakter. Mange vil ha tannbehandlingsangst som følge av de opplevelser de har hatt.

Forekomsten av tilbakevendende hodepine er i mange tilfeller tre ganger så stor hos torturoverlevende som hos den danske befolkningen. En del av hodepinen skyldes nok hovedtraumet i forbindelse med fengslingen, men muskulær hyperaktivitet, angst, depresjon og tannforhold anses å være andre årsaksfaktorer (Barenthin i Anders Hjern 1995).

I forbindelse med avgrensning av torturoverlevende med tanke på rettigheter til offentlig finansiert tannbehandling, kan det skilles mellom ulike former for skadehistorie og type skader:

- A. Skader i munn og på tenner som skyldes direkte påføring av smerte og skader, dvs. direkte tanntortur
- B. Skader som skyldes tvungen inntak av skadelige væsker (slik som urin og annet), dårlig og mangelfull ernæring over tid, alvorlige mangler i hygieneforhold som gjør regelmessig tannstell umulig, bakbinding eller andre former for fysisk restriksjon som gjør også umuliggjør tannstell
- C. Skader som kan settes i sammenheng med redsel (eller fobier) for å gå til tannlege grunnet erfaringer med tortur, i særdeleshet med tanntortur gjennomført for eksempel i tannlege stoler og med utstyr som ligner tannlege redskaper.
- D. Skader som skyldes mer generelle psykologiske forhold etter tortur, posttraumatisk stress lidelse (PTSD), depresjon, apati, oppgitthet, som kan føre til en generell holdning der tannstell og annen personlig omsorg blir lavt prioritert.

Helsedirektoratet legger til grunn at denne ordningen innrettes mot personer som har vært utsatt for grov tortur i henhold til beskrivelsen ovenfor. Dette inkluderer tortur direkte mot tenner og/ eller mot strukturer i hals- og hoderegionen. En del av torturoverlevende må antas å komme inn under odontofobigruppen.

1.6 Innhold i og omfang av behandlingstilbud

Tortur kan gi alvorlige senvirkninger, både fysisk og psykisk, og i de fleste tilfeller er behandling nødvendig. Som det fremgår av beskrivelsen tidligere i rapporten, vil personer som har vært utsatt for tanntortur eller tortur mot hode- / halsregion kunne ha

et omfattende og komplisert tannbehandlingsbehov, og flere vil antagelig ha tannbehandlingsvegring eller odontofobi som følge av sine opplevelser. En del vil også ha andre psykiske lidelser, for eksempel posttraumatisk stresslidelse (PTSD), som er en kjernediagnose i denne gruppen. Se for øvrig omtale av PTSD i denne rapporten under voldsofre.

Barenthin i Anders Hjern (1995) sier at selve tannbehandlingssituasjonen kan utløse angst hos torturoverlevende. Mange kjenner seg "bundet til" behandlingsstolen og til behandlingssituasjonen ved at skarpt lys på øyne og lyd fra metallinstrumenter fremkaller minner. Torturen kan også føre til at tillit til andre mennesker blir svært svekket. I en behandlingssituasjon vil dette kunne føre til at pasienten har en forventning om at behandler har en intensjon om å utnytte han/henne og/eller ønske om å påføre smerte. Et av kjernesymptomene i posttraumatisk stress lidelse er en forhøyet autonom beredskap. Dette innebærer at den traumatiserte kan fungere helt normalt i mange situasjoner, men "triggere" kan plutselig utløse en gjenopplevelse av traumat. Både tannlegen og tannbehandlingssituasjonen kan fungere som trigger for slike gjenopplevelser. For å etablere en mest mulig trygg situasjon er det følgelig svært viktig at det foreligger strukturerte, forutsigbare planer for behandlingens forløp og avtaler. Dette fremkommer også av en rapport fra NKVTS (2006), som viser at etablering av gode og trygge rammer, samarbeidsavtaler og allianser i arbeidet ofte er avgjørende for behandlingens fremdrift. Denne relasjonsbyggingen, som ofte vil gå via en tolk, vil kreve både tid og tålmodighet. De henviser til at arbeidet med traumatiserte flyktninger og torturoverlevende vil trenge noe lengre tid enn de øvrige behandlingsoppgavene. I noen tilfeller vil det også være nødvendig med psykoterapi for å gjøre tannbehandlingen mulig, men en pågående terapikontakt bør ikke være en forutsetning for behandling hos tannlege.

Tortur resulterer ofte i kroniske smertetilstander som gjør at samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og psykisk helsevern blir sentralt, dette fordi skadene gir både en direkte fysisk effekt og en psykisk belastning (Lie og Skeie 1996 i Major 2000). Behandling av torturoverlevende bør organiseres som et tverrfaglig samarbeid mellom relevante tjenesteområder som et ledd i den total rehabiliteringen. I sammenheng med tannbehandling vil det i mange tilfeller være svært relevant at tannhelsepersonell og psykolog samarbeider om pasientene.

Selv om torturoverlevende kan oppfatte tannbehandling som meget belastende på grunn av likhetstrekk med tortur, er de fleste godt motiverte for å gjennomføre

tannbehandlingen. Ønske om å få orden på munnhygiene, tenner og munnhule er svært viktig i den totale rehabiliteringen av den enkelte, sier Bøjholm, Jørring og Bakke (Tandlægebladet 1995-99 nr 18). Risiko for overbehandling kan være tilstede hvis pasienter med torturbakgrunn reagerer med smerte uansett hva som skal gjøres.

Som det fremgår av beskrivelsen av tanntortur, kan denne gruppen ha et omfattende og til dels komplisert behandlingsbehov. Det er sannsynlig at det vil være noe variasjon i tannstatus i gruppen, og det vil antagelig ikke være mulig å fastslå om redusert tannhelse utelukkende kan tilskrives torturen og dens følgetilstander.

Helsedirektoratet anser at personer som har vært utsatt for tortur er en utsatt gruppe som av flere årsaker vil ha dårligere tilgang til helsetjenester, også tannhelsetjenester, enn mange andre. Det er nødvendig å tilby denne gruppen odontologisk rehabilitering slik at det oppnås akseptabel oral helse. Dette innebærer at omfanget av behandling vil variere fra individ til individ, avhengig av hvilken type tortur personen har vært utsatt for. Det er også viktig å tilby gruppen friskhetskontroller etter endt rehabilitering for å forebygge ny sykdom og bidra til å sette personen i stand til å ta vare på sin tannhelse.

1.6.1 Sentrale samarbeidspartnere i behandlingen

Bøjholm (et al 1995) fremholder samarbeid mellom helsetjenester som viktig for å gi et godt behandlingstilbud til torturoverlevende. I den forbindelse vil både fastleger og psykologer være viktige samarbeidspartnere.

1.6.1.1 Fastlegens rolle

I veilederen for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente står det at "Vertskommunene er forpliktet til å sørge for nødvendig helsehjelp til asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente, jmfør kommunehelsetjenesteloven."

Kommunen står fritt i organiseringen av helsetjenestene til asylsøkere og flyktninger innenfor rammen av kommunehelsetjenesteloven og kommuneloven. Lege og annet helsepersonell kan være tilknyttet hel -eller deltid og de kan være fysisk lokalisert utenfor mottaket. En organisering av allmennlegetjenesten til asylsøkere og flyktninger som allmennmedisinsk offentlig legearbeid kan bidra til å knytte en eller flere leger fast til mottaket. Tilbud om fastlege skal gis så snart som mulig etter bosetting i

kommunen. Det bør tilbys legekonsultasjon tilpasset den enkeltes bakgrunn og behov. Dette bør omfatte gjennomgang av helsetjenestetilbud den enkelte har fått under opphold i mottak.

Det er ønskelig at den som har vært utsatt for tortur og trenger tannbehandling blir fanget opp tidlig. Det er derfor viktig at den undersøkende lege i sitt møte med pasienten inkluderer spørsmål om tidligere traumatiske erfaringer med fysiske og/ eller psykiske følger, og at dette gjøres allerede ved første undersøkelse. Spesiell oppmerksomhet bør rettes mot personer som har gjennomgått tortur og/eller hatt fengselsopphold under dårlige hygieniske forhold. Personer som har opplevd slike forhold kan være utsatt for skade på tenner og tannkjøtt, og en inspeksjon av munnhule, ansikt og kjever bør en naturlig del av en undersøkelse sammen med anamneseopptak.

I tillegg bør en planlagt utredningskjede i kommunen innbefatte samarbeid med lokal tannlege/ tannhelsetjeneste med evt videre henvisning til spesialister der dette anses som nødvendig, eksempelvis for ytterligere undersøkelse av kjeveledd og andre strukturer i ansikt/hode som kan ha blitt skadet.

Fastlegene plikter å sørge for å inneha nødvendig kompetanse på dette området, inkludert eventuell medvirkning til undervisning og praktisk opplæring (jamfør Kommunehelsetjenestelovens § 6-1) og/ eller videre- og etterutdanning (jamfør Kommunehelsetjenestelovens § 6-2).

Landets fem Regionssentre for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har fagteam med oppgaver innen flyktningshelse og tvungen migrasjon. Ressurssentrene skal bistå det utøvende tjenesteapparatet med undervisning, veiledning og konsultasjon ved forespørsel. RVTS har en generell rådgivnings- og veiledningsfunksjon overfor yrkesutøvere og ansatte som jobber på feltet, herunder fastleger, kommuneleger og helsepersonell i bl.a. spesialisthelsetjenesten.

1.6.1.2 Psykologens/ psykiaterens rolle

Psykolog/ psykiater har flere viktige roller i forhold til torturoverlevende. Det anses som viktig at det etableres et system som sikrer at pasienten faktisk er torturoverlevende. Dette innebærer at pasienten først må utredes av psykolog/ psykiater. Videre er psykologisk behandling av torturoverlevende viktig så tidlig som mulig for å forebygge

kroniske følgetilstander som kronisk depresjon/angst, ulike former for psykosomatiske plager som f.eks smerter i muskulatur som følge av forhøyet spenning, økt grad av tilbaketrekning, isolasjon og familiære og sosiale problemer. I noen tilfeller kan det være hensiktsmessig at psykolog og tannhelsepersonell samarbeider om oppfølging og tannbehandling av torturoverlevende.

1.7 Tidsavgrensning

Det er lite hensiktsmessig å operere med tidsavgrensning for når torturen skjedde som et kriterium for tannbehandling. Selv om torturen skjedde et stykke tilbake i tid, kan personens psykiske tilstand og tannstatus fortsatt være dårlig. Det kan også være flere årsaker til at pasienten ikke har fått tilbud om eller har oppsøkt behandling tidligere.

1.8 Krav til dokumentasjon

Dokumentasjon av at personene faktisk har vært utsatt for tortur er sentralt. Det er imidlertid vanskelig å gjennomføre dette på annet vis enn via psykolog/ psykiater. Dokumentasjonen må gjøres av i form av en vurdering som ender i en spesialisterklæring. Videre er det svært viktig at dokumentasjon av tannstatus og tannbehandlingsbehov skjer så tidlig som mulig etter at torturoverleveren ankommer Norge. Dette innebærer at dokumentasjonen må ses i sammenheng med førstegangs helseundersøkelse av flyktninger og asylsøkere. Se nærmere omtale under fastlegens rolle.

Dokumentasjon av tannbehandlingsbehov kan organiseres på flere måter. Det vil antagelig være hensiktsmessig at tannhelsepersonell med styrket kompetanse på tortur foretar en undersøkelse og en vurdering som leder til behandlingsplan med evt henvisning til spesialist ved behov.

1.9 Oppsummering - Helsedirektoratets anbefalinger

1.9.1 Inngangskriterium for ordningen

Ordningen omfatter personer som har vært utsatt for grov tortur som beskrevet under 1.5 bokstaver A-D. En del av torturoverlevende må antas å komme inn under odontofobigruppen, og tilbys dermed behandling for denne (se kapittel 3 om odontofobi).

1.9.2 Dokumentasjonskrav

Tortur må bekreftes gjennom spesialisterklæring fra psykolog/ psykiater. Denne undersøkelsen gjøres så raskt som mulig etter helseundersøkelse hos fastlege.

1.9.3 Behandlingstilbud

Denne gruppen bør tilbys oral rehabilitering slik at de oppnår akseptabel oral helse, definert som *å ikke ha smerte, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen, å ha tilfredsstillende tyggefunksjon, kunne kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene* (IS- 2659 Tenner for livet). Oral rehabilitering kan utføres av tannhelsepersonell med økt kompetanse på behandling av torturofre, samt av odontologiske spesialister der dette anses som nødvendig. Det tilbys videre oppfølging gjennom friskhetskontroller hos tannpleier.

Det anses videre som svært viktig at torturoverlevende også tilbys psykologisk behandling av traumene. Samarbeid mellom psykolog og tannhelsepersonell i forbindelse med tannbehandling kan i noen tilfeller være nødvendig og hensiktsmessig.

Fastlegen har en sentral rolle som første undersøkelsesinstans og som ansvarlig for å henvise torturoverlevende videre til psykolog/ psykiater, og å samarbeide med tannhelsepersonell om å få gjennomført undersøkelse og vurdering av tannhelsetilstand.

2 Overgrep utsatte

I dette kapitlet presenteres Helsedirektoratets begrepsavklaringer rundt seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner. Gruppene gjennomgås deretter separat, og det gjøres rede for omfang og utbredelse av overgrep og vold, spesielle utfordringer knyttet til tannbehandlingssituasjonen, innhold i og omfang av behandlingstilbud. Hvordan emosjonelle og psykiske følgeskader som angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse kan medføre til generelt dårlig helse- og tannhelsetilstand gjennomgås. Helsedirektoratets anbefalinger oppsummeres for gruppene separat.

2.1 Begrepsavklaringer

Overgrepsofre defineres i denne sammenheng som mennesker som har vært utsatt for overgrep av seksuell karakter eller for vold. Seksuelle overgrep kan være både hendelser som strekker seg over et lengre tidsrom eller mer enkeltstående hendelser som har medført at den utsatte får problemer i relasjonelle sammenhenger eller i forbindelse med tannbehandling. Seksuelle overgrep menes alle former for tvang eller bruk av vold for å få noen til å utføre eller aktivt eller passivt delta i handlinger av seksuell karakter. Begrepet omfatter voldtekt og forsøk på dette, og omfatter tilfeller med både ukjent og kjent overgriper, herunder intimpartnere (Helsedirektoratet 2007:9).

Vold i nære relasjoner defineres som alle former for vold fra en person man har et tillitsforhold til. Overgriperen er en nærstående og det foreligger gjensidige forpliktelser og avhengighet. Barn som utsettes for vold gjennom å være vitne til vold mellom foreldrene eller mot en av foreldrene fra annen partner omfattes også av begrepet. Volden kan gi både akutte krisereaksjoner og en rekke kroniske tilstander av psykisk og somatisk art. Vold i nære relasjoner gjentar seg ofte over tid, og det er summen av handlingene som utgjør krenkelsen og som kan resultere i dyp traumatisering (Helsedir 2007:9).

Vi vil i denne rapporten beskrive de som har vært utsatt for seksuelle overgrep og de som har vært utsatt for vold i nære relasjoner hver for seg som gruppe. Både seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner innebærer utøvelse av dominans, makt og kontroll. Krenkelsene kan resultere i dyp traumatisering hos den utsatte hvor skam,

skyld og tabuer også knyttes til overgrepene.

2.2 Helsedirektoratets tidligere innspill

I høringsuttalelsen til NOU 2005:11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet* skriver Sosial- og helsedirektoratet følgende:

"Tortur og overgrepsofre er ikke omtalt i utredningen. [...] Også personer utsatt for seksuelle overgrep kan ha store problemer med oral behandling og bør få et tilrettelagt tilbud."

Sosial- og helsedirektoratet ble i brev av 04.10.06 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bedt om å utdype og konkretisere høringsuttalelsen. Når det gjelder ofre for seksuelle overgrep skriver Sosial- og helsedirektoratet følgende: *"Mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep utvikler ofte tannbehandlingsangst eller odontofobi (Hays et al 1996 i Willumsen 2004, Stalker et al 2005). Odontofobi er en indikator for oral helse fordi odontofobipasienter har flere problemer med tennene enn andre (Hakeberg et al 1993, Unell et al 1999 i Willumsen 2004). I følge en undersøkelse utført av Willumsen (2001) på 99 seksuelt misbrukte kvinner, hadde alle de undersøkte signifikant høyere score på tannbehandlingsangst enn norske kvinner generelt. Kvinner som hadde vært utsatt for overgrep som involverte oral penetrasjon, hadde sterkere tannbehandlingsangst enn kvinner som hadde vært utsatt for overgrep i form av berøring eller samleie. I følge Stalker et al (2005) vil befolkningsprevalens i USA for seksuelt misbruk som involverer penetrasjon være 13 % av kvinner og 10 % av menn. I følge Sætre (1997) ligger internasjonale tall på 10-20 % kvinner og 10 % menn. Dette er konsistent med en norsk offerundersøkelse gjennomført i 1986. Samlet sett fremkommer det at det er vanskelig å si noe eksakt om begge disse gruppene hva gjelder omfang, tannstatus eller behov for tannbehandling. Likevel gir det ovenstående en klar indikasjon på at dette er grupper som har spesielle behov når det gjelder tannbehandling. Direktoratet mener at å gi disse gruppene tilbud om tannbehandling vederlagsfritt også vil være et viktig bidrag i arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse."*

2.3 Omfang og utbredelse av seksuelle overgrep

I foreliggende norske prevalensundersøkelser (prevalens er den totale forekomsten av en sykdom/tilstand i befolkningen på et gitt tidspunkt) har man konkludert med

omfangstall varierende mellom 8 og 22% mht seksuelle overgrep mot jenter og 1 og 14% mht overgrep mot gutter (Pape og Stefansen 2004; Mossige og Stefansen 2007). I den landsomfattende NOVA-undersøkelsen (Mossige og Stefansen 2007) av forekomst av vold og overgrep mot barn og unge opp til fylte 18 år, oppga 22% av jentene og 8% av guttene milde seksuelle krenkelser (uønsket sex i form av beføling, onanering – blotting ble ekskludert), og 15% av jentene, 7% av guttene grove seksuelle krenkelser (alle andre former for uønsket sex inkludert voldtekt og voldtektsforsøk).

I flertallet av studier er overgriperne hovedsakelig gutter og menn. Forskjellige prevalensundersøkelser antyder at ca. hver tiende overgriper er en kvinne (Finkelhor 1994; Sætre, Holter, & Jebsen 1986), når man slår sammen tallene for kvinnelige og mannlige ofre. I Sætres studie (Sætre, Holter, & Jebsen 1986) rapporterte imidlertid 19% av mennene om en kvinnelig overgriper. I NOVA-undersøkelsen (Mossige og Stefansen 2007) oppga i overkant av 50% av mennene overgrep fra en kvinne. Overgrep fra jevnaldrende eller barn eller ungdom under 18 år som forgriper seg på barn, utgjør mellom en tredjedel og halvparten av overgrepene (Becker & Kaplan 1988; Finkelhor 1994; Mossige og Stefansen 2007). Selv om ikke alle barn eller ungdom som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep trenger behandling, kan slike overgrep føre til betydelige psykiske, sosiale og helsemessige vansker. Hva slags symptomer barnet utvikler og hva slags hjelp barnet trenger vil som regel være avhengig av hva de har opplevd, varigheten av overgrepene, hvem som har utsatt dem for overgrep, barnets individuelle reaksjon på overgrepene, og muligheter for å få støtte av sine omsorgspersoner (Pine 2002).

Det er svært vanskelig å tallfeste seksuelle overgrep i befolkningen, og mørketallene er store. De norske omfangstallene er i samme størrelsesorden som omfangstall i andre vestlige land. Sætre (1997) konkluderte etter en gjennomgang av flere internasjonale studier med at omkring 10–20 % av den kvinnelige befolkningen og rundt 5–10 % av den mannlige i vestlige land har vært utsatt for seksuelle overgrep før de fyller 18 år. Tallene inkluderer alt fra overgrep uten berøring (blotting, posering, filming, forslag eller krav om seksuelle ytelser, nesten - voldtekter) via beføling og masturbering til samleie.

Forskjellene i forekomsttall i de ulike undersøkelsene kan sannsynligvis forklares ut fra at man har studert ulike utvalg blant annet med hensyn til alder og representativitet, man har hatt ulik spørsmålsformulering og man har benyttet forskjellige aldersgrenser

for barndomsopplevelser.

Basert på innspill fra norske fagmiljø rundt overgrep (både seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner) tar vi i det videre utgangspunkt i at om lag 2000 personer årlig vil være inne i behandlingsapparatet, og følgelig vil kunne nås av denne ordningen.

2.4 Utfordringer relatert til tannbehandling

Som følge av tidligere overgrep får noen utsatte problemer knyttet til munnhygiene og stell og vedlikehold av tenner. De opplever tannbehandlingssituasjonen som problematisk og/eller utvikler tannbehandlingsangst. Dette kan gi seg utslag i svekket tannstatus, de unnlater å bestille time hos tannlege, de møter ikke opp til avtalt tannbehandling eller får problematiske reaksjoner hos tannlegen (Leeners et al 2007; Walker et al 1996). Walker et al (1996) viste at betydelig grad av tannbehandlingsangst hos kvinner var klart korrelert med høyere forekomst av overgrep blant disse kvinnene sammenlignet med kvinner med lavere grad av tannbehandlingsangst.

Leeners et al (2007) sammenlignet en gruppe på 85 kvinner rekruttert via støttesentre for ofre for seksuelle overgrep med 170 matchende kontroller rekruttert fra foreldre til barn i barnehager. 33% av de utsatte kvinnene rapporterte at deres tidligere overgrepserfaringer påvirket pleien av tennene. Hele 36,5% i gruppen utsatt for overgrep mot 18% i kontrollgruppen opplevde tannlegebesøk som angstframkallende eller ble urolige hos tannlegen.

Willumsen (2001) har studert i hvilken utstrekning ulike typer overgrep påvirker tannbehandlingsangst. Hun rekrutterte 99 kvinner fra tre støttesentre for utsatte for seksuelle overgrep. Kvinnene ble delt i tre grupper: en gruppe hadde opplevd seksuell berøring, en gruppe rapporterte om samleie og den tredje gruppa fortalte om overgrep som inkluderte oral penetrasjon. 44,3% av kvinnene rapporterte om orale overgrep i form av å måtte ha penis i munnen. 25,5% av kvinnene fortalte at de hadde opplevd sædutløsning i munnen. Alle gruppene hadde signifikant høyere gjennomsnittsscore med hensyn til tannbehandlingsangst enn norske kvinner generelt. Videre hadde kvinner som hadde vært utsatt for orale overgrep vesentlig høyere score mht tannbehandlingsangst enn de to andre gruppene. Betydelig tannbehandlingsangst ble rapportert av 38,5% i "berørings"-gruppen, 43,9% i "samleie"-gruppen og hele 75% i gruppen som hadde vært utsatt for orale overgrep.

Ifølge Stalker et al (2005) vil befolkningsprevalens i USA for seksuelt misbruk som involverer oral penetrasjon være 13% av kvinner og 10% av menn. Ifølge Sætre (1997) ligger internasjonale tall på 10 – 20% kvinner og 10% menn. I en annen studie sammenligner Willumsen (2004) kvinner med isolert tannbehandlingsangst med kvinner med overgrepshistorier og tannbehandlingsangst. Kvinner i den siste gruppen hadde signifikant høyere score med hensyn til angst forbundet med "interpersonal factors" som kommunikasjon med og tillit til tannlegen og mangel på kontroll i tannbehandlingssituasjonen.

Studiene ovenfor tillater ikke noen entydig konklusjon i forhold til hvor mange av de som utsettes for seksuelle overgrep som utvikler betydelig grad av tannbehandlingsangst eller odontofobi. Bortsett fra Walkers studie dreier det seg om selekterte utvalg av utsatte kvinner som har søkt hjelp og støtte i tilknytning til ettervirkninger av overgrep. Vi vet imidlertid at en del utsatte ikke utvikler behandlings- eller hjelpetrengende tilstander. Det kan dermed være at utsatte med tannbehandlingsangst er overrepresentert i studiepopulasjonene. I tillegg er svarprosenten lav, og det er usikkert hvordan det påvirker resultatene. Studiene indikerer likevel at kvinner som har andre problemer relatert til seksuelle overgrep med relativt stor sannsynlighet også har problemer relatert til tannbehandling. Det er videre en klar korrelasjon mellom tannbehandlingsangst og alle former for seksuelle overgrep. Willumsens studie (2001) viser at de som er utsatte for orale overgrep i større utstrekning er disponerte for betydelig tannbehandlingsangst enn ved andre former for overgrep. Dette samsvarer med at tidligere undersøkelser har vist at mer påtrengende overgrep med oral penetrasjon i større utstrekning gir senplager.

2.5 Innhold i og omfang av behandlingstilbud

Tannleger og tannpleiere arbeider i en svært privat del av kroppen. Dette kan, av flere årsaker, være problemfylt for personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep, og flere kan ha store problemer med å motta tannbehandling fordi det er en rekke likhetpunkt mellom tidligere opplevde overgrep og tannbehandlingssituasjonen (Kirkengen 2005). Pasienten legges bakover og behandler bøyer seg over pasienten. Det oppstår en nærkontakt og kroppskontakt uten nærhet og gjensidighet, hvor man kan få opplevelsen av å miste kontroll og være fanget i situasjonen.

Det er av avgjørende betydning at det etableres et tillitsforhold mellom behandler og pasient. Denne pasientgruppen trenger særlig grad av trygghet og følelse av kontroll for å mestre situasjonen. Dette er en tidkrevende prosess (Tsang A., Sweet D 1999). I

noen tilfeller kan det være hensiktsmessig at psykolog og tannhelsepersonell samarbeider om oppfølging og tannbehandling av personer utsatt for seksuelle overgrep, men det bør ikke stilles krav om psykologbehandling av traumene for å få odontologisk rehabilitering.

Personer utsatt for seksuelle overgrep kan være en vanskelig pasientgruppe å behandle. Mens noen reagerer med å motsette seg den minste berøring, viser kliniske erfaringer at andre kan virke ufølsomme for smerte. Mange vegrer seg for å pusse tenner, brekker seg lett og får kvelningsfølelser. Noen utvikler spiseforstyrrelser med påfølgende mulige tannskader. Noen pusser tennene ofte og hardt. Det er heller ikke uvanlig at de bruker en rekke medikamenter som har gitt munntørrehet over tid med påfølgende økt frekvens av karies. Personer i denne gruppen vil ofte ha et oppsamlet og omfattende behandlingsbehov fordi de har unngått tannbehandlingssituasjonen så langt det har vært mulig. Sedasjon (lystgass eller medikamentell) eller narkose vil ofte ikke være aktuelt nettopp fordi denne pasientgruppen er engstelig for å miste kontrollen. Flere overgrepsutsatte har gitt uttrykk for at de har hatt nytte av psykologisk behandling, evt. kognitiv terapi for å mestre tannbehandlingssituasjonen.

Som det fremgår av beskrivelsen av personer utsatt for seksuelle overgrep kan denne gruppen ha et omfattende og til dels komplisert behandlingsbehov. Det vil sannsynligvis være variasjon i tannstatus, og det vil antagelig ikke være mulig å fastslå om redusert tannhelse utelukkende kan tilskrives overgrepene, følgetilstanden og/eller krenkelsene vedkommende har vært utsatt for.

Helsedirektoratet mener at det er viktig å tilby denne gruppen odontologisk rehabilitering slik at de som trenger det kan oppnå akseptabel oral helse.

2.6 Tidsavgrensning

Det er vanskelig å operere med tidsavgrensning for når overgrepet skjedde som et kriterium for tannbehandling. Selv om overgrepet skjedde et stykke tilbake i tid, preges mange overgrepsutsatte av traumet resten av livet, hvilket kan få konsekvenser for både psykisk tilstand og tannstatus.

2.7 Dokumentasjonskrav

I noen tilfeller kan personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep fremlegge rettskraftig dom på bakgrunn av overgrepet, men i mange tilfeller dreier det seg om overgrep som ikke er anmeldt eller som ikke har vært gjennom rettsapparatet. Det er viktig at personer som ikke kan fremlegge slik dokumentasjon likevel får tilgang til ordningen fordi svært mange av dem preges av traumene på en slik måte at det har konsekvenser for hele deres livssituasjon. Det anses dermed som mest hensiktsmessig at overgrep bekreftes gjennom en vurdering av psykolog/ psykiater som utsteder en spesialisterklæring.

2.8 Oppsummering – Helsedirektoratets anbefalinger

2.8.1 Inngangskriterium for ordningen

Ordningen omfatter personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep slik de er definert i avsnitt 2.1. En andel av denne gruppen antas å komme inn under odontofobigruppen, og tilbys dermed behandling for denne (se kapittel 3 om odontofobi).

2.8.2 Dokumentasjonskrav

Seksuelle overgrep må bekreftes gjennom spesialisterklæring fra psykolog/ psykiater. En slik erklæring kan understøttes av rettskraftig dom.

2.8.3 Behandlingstilbud

Denne gruppen bør tilbys oral rehabilitering slik at de oppnår akseptabel oral helse, definert som *å ikke ha smerte, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen, å ha tilfredsstillende tyggefunksjon, kunne kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene* (IS- 2659 Tenner for livet). Oral rehabilitering kan utføres av tannhelsepersonell, evt med økt kompetanse på behandling av personer utsatt for seksuelle overgrep, samt av odontologiske spesialister der dette anses som nødvendig. Det tilbys videre oppfølging gjennom friskhetskontroller hos tannpleier.

Samarbeid mellom psykolog og tannhelsepersonell i forbindelse med tannbehandling kan i noen tilfeller være nødvendig og hensiktsmessig.

Fastlegen henviser personer som har opplevd seksuelle overgrep til psykolog/ psykiater.

2.9 Omfang og utbredelse av vold

Det finnes to hovedkilder til omfangstall for vold i Norge. Den første hovedkilden er offentlige registre og statistikk av ulike slag, først og fremst kriminalstatistikk og registreringer fra legevakter og overgrepsmottak. Det er først og fremst politiets registreringer av voldslovbrudd som brukes. Den andre hovedkilden er ulike befolkningsundersøkelser hvor en har spurt representative utvalg av befolkningen om de har vært utsatt for ulike hendelser.

Begge kildene har spesifikke mangler og problemer knyttet til seg. Hovedproblemet med de offentlige registrene er at de bare måler det antallet henvendelser registreringsinstansen/ politiet har mottatt. Et stort antall voldshendelser kommer aldri til politiets kunnskap, særlig hendelser med mindre eller ingen fysiske skader og voldsepisoder der utsatt og utøver har en nær relasjon. Mørketallene er derfor store. (Hjemdal NKVTS, notat og personlig meddelelse okt 2009).

Også befolkningsundersøkelsene har feilkilder. Antallet personer som utspørres er begrenset, og det er derfor en fare for at tilfeldige feilkilder kan ha betydning, særlig i forhold til hendelser som rammer en liten andel av utvalget. Selv om en forsøker å gjøre utvalgene så representative som mulig for befolkningen som helhet, kan tilbøyeligheten til å svare variere mellom ulike deler av befolkningen. Hvordan spørsmål formuleres, om det er en spørreskjemaundersøkelse eller en intervjuundersøkelse, om spørsmål om vold stilles som del av en større undersøkelse, og hva den i så fall handler om, kan også ha stor betydning for hvilke svar som gis.

I anmeldelsesstatistikken er anmeldelsene kategorisert etter lovbruddstype, altså hvilken paragraf i straffeloven som rammer denne typen hendelse. Et hovedskille går mellom voldshandlinger som har medført fysiske skader, legemskrenkelser, og handlinger som ikke (direkte) har medført fysiske skader, legemsfornærmelser. Anmeldelsesstatistikken³ viser at det i 2008 var i alt 15 813 anmeldelser for vold. Av disse var 12 257 legemsfornærmelser og 3 259 legemsbeskadigelser, mens 297 anmeldelser var registrert som henholdsvis grov legemsbeskadigelse, uaktsomt legemsbeskadigelse, drapsforsøk, drap, uaktsomt drap og annet. Anmeldelsesstatistikken gir få opplysninger utover hvilket lovbrudd det er snakk om, men anmeldelsene er fordelt på fylke. Det er relativt store forskjeller fylkene i mellom, og Oslo og Finnmark har flest anmeldelser i forhold til innbyggertallet, henholdsvis 8,7

³ Både Statistisk sentralbyrå (SSB) og Politidirektoratet utgir en årlig anmeldelsesstatistikk. De to statistikkene er litt ulike både med hensyn til oppbygging og hvordan kildematerialet anvendes. Selv om grunnlaget for de to statistikkene er det samme (politiets straffesaksregister, STRASAK) gir de derfor noe ulike tall for de ulike lovbruddstypene. I denne rapporten er SSBs statistikk brukt.

og 8,9 per 1000 innbyggere, mens Oppland, Møre og Romsdal ligger lavest, med henholdsvis 3,6 og 3,7 anmeldelser per 1000 innbyggere. Snittet for landet som helhet lå i 2008 på 5,5. (Hjemdal NKVTS, notat og personlig meddelelse okt 2009)

Det finnes relativt få omfattende befolkningsundersøkelser om vold og overgrep i Norge. Mens anmeldelsesstatistikken omfatter alle anmeldelser, uavhengig av om den voldsutsatte er barn eller voksen, er befolkningsundersøkelsene avgrenset til bestemte aldersgrupper. For voksne finnes kun en større landsomfattende undersøkelse av vold, men denne er i hovedsak konsentrert om vold i parforhold, og gir relativt få opplysninger om vold utenfor hjemmet.⁴ Denne rapporten oppgir ikke årsprevalenser for vold, men bare hvor store andeler av befolkningen som har vært utsatt for vold noen gang etter fylte 15 år. I alt 38,6 prosent av respondentene oppgir å ha vært utsatt for noen form vold, 45,6 prosent av mennene og 32,2 prosent av kvinnene. Volden er kategorisert etter handlingstype, ikke etter fysisk skade slik som i anmeldelsesstatistikken, og i alt 32,7 prosent oppga å ha blitt slått, sparket eller brukt våpen mot, 44,5 prosent av mennene og 21,7 prosent av kvinnene. Forfatterne finner at risikoen for å utsettes for vold generelt er omtrent dobbelt så stor for menn som for kvinner, at yngre aldersgrupper er mer utsatt enn eldre, at utdanningsnivå spiller liten rolle, at enslige og samboere er mer utsatt en gifte, at de som er bosatt i storbyer rammes mer enn de i mer rurale strøk og at dårlig økonomi medfører større risiko.

I sine periodiske levekårsundersøkelser har Statistisk sentralbyrå siden 1984 stilt spørsmål til respondentene om de i løpet av de siste 12 måneder har vært utsatt for vold med skade eller uten skade. I den siste undersøkelsen, fra 2007, oppga 1,7 prosent av respondentene at de hadde vært utsatt for vold med fysisk skade i løpet av siste år. Med utgangspunkt i befolkningen over 16 år som helhet, omtrent 3,6 millioner, vil dette utgjøre ca. 61 000 personer som har opplevd vold med skade i løpet av et år. Antallet har holdt seg relativt konstant siden 1987. Også i levekårsundersøkelsene finner en stor forskjell mellom kjønnene og mellom ulike aldersgrupper. Menn er mer utsatte enn kvinner, med henholdsvis 2,2 mot 1,2 prosent utsatte, og yngre er mer utsatt en eldre. Mest utsatt er yngre menn, i aldersgruppen 16 til 24 år oppga 7 prosent at de hadde vært utsatt for vold med skade siste år. Minst utsatt er eldre menn, blant dem over 67 år var det ikke noen som oppga at de hadde vært utsatt.

Levekårsundersøkelsene forteller ikke hva slags skader volden har medført. Av levekårsundersøkelsen fra 2004 fremgår det imidlertid at 0,7 prosent av

⁴ Haaland, Clausen og Schei (red): Vold i parforhold, - ulike perspektiver. NIBR-rapport 2005:3

respondentene siste år hadde søkt behandling hos lege, sykepleier eller tannlege som følge av volden de hadde vært utsatt for. Omregnet til den voksne befolkningen som helhet vil det utgjøre litt over 25 000 personer.

Det foreligger også bare en større landsomfattende undersøkelse av forekomsten av vold og overgrep mot barn og unge.⁵ Undersøkelsen omfatter barn og unge opp til fylte 18 år. I rapporten skilles det mellom vold fra jevnaldrende og vold fra foreldrene. I alt 20 prosent oppga at de var blitt skadet som følge av vold fra jevnaldrende, 26 prosent av guttene og 16 prosent av jentene oppga dette. Det var 8 prosent av de spurte som oppga å ha blitt utsatt for grov vold fra foreldrene i løpet av oppveksten, andelen var her litt større for jentene enn for guttene. Undersøkelsen oppgir ikke årsprevalenser.

I en seks fylkesvise helseundersøkelser av ungdom i 10. klasse, gjennomført av Nasjonalt folkehelseinstitutt i perioden 2000 – 2004, er det stilt spørsmål om ungdommene har vært utsatt for vold siste år. Resultatene er sammenstilt i en egen rapport⁶. Også i denne rapporten skilles det mellom vold fra andre ungdommer og vold fra voksne. I alt oppga 23,6 prosent av guttene og 11,8 prosent av jentene at de hadde vært utsatt for vold fra annen ungdom i løpet av det siste året. Vold fra voksne hadde et langt mindre omfang. Tilsvarende som i NOVA's undersøkelse var det flere jenter, 4,6 prosent, enn gutter, 3,3 prosent, som hadde vært utsatt for vold fra voksne siste år. Begge undersøkelsene finner en klar sammenheng mellom voldsutsatthet og sosiale forhold og bakgrunn hos de utsatte. Skilte foreldre, dårlig økonomi og hyppige flyttinger økte risikoen for å utsettes for vold både fra andre ungdommer og fra voksne. Likeledes spiller individuelle forhold som funksjonshemminger, alkoholbruk og dårlige skoleprestasjoner også inn og øker risikoen for å utsettes for vold både fra annen ungdom og fra voksne.

Det fremkommer av ovenstående at det er vanskelig å si noe eksakt om antall som må kunne antas å komme inn under denne gruppen. Basert på innspill fra norske fagmiljø rundt overgrep (både seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner) tar vi derfor i det videre utgangspunkt i at om lag 2000 personer årlig vil være inne i behandlingsapparatet, og følgelig vil kunne nås av denne ordningen.

⁵ Mossige og Stefansen (red): Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. NOVA-rapport 2007:20

⁶ Schou, Dyb og Graff-Iversen: Voldsutsatt ungdom i Norge – resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. Folkehelseinstituttet og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; rapport 2007:8

Posttraumatisk stresslidelse og problemer i behandlingssituasjoner

For at diagnosen posttraumatisk stresslidelse skal stilles må det foreligge et adekvat traume og et typisk symptombylle. Vanligvis foreligger det en klar tidsmessig sammenheng mellom traumet og sykdomsdebuten og brosymptomer. I ICD-10 heter det under diagnosen F 43.1 Posttraumatisk stresslidelse (Post Traumatic Stress Disorder) at tilstanden oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse eller situasjon (av enten kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil fremkalle sterkt ubehag hos de fleste. Følgende eksempler gis: Naturkatastrofer eller menneskeskapte katastrofer, krigshandlinger, alvorlige ulykker, møte med andre personers voldelige død, selv å bli utsatt for tortur, terrorisme, voldtekt eller andre kriminelle handlinger.

Posttraumatisk stresslidelse kan sies å være fortsettelse av beredskaps- og overlevelsesreaksjoner som kanskje var nødvendige under selve stresseksposeringen, men der organismen ikke har greidd å skru av denne stressresponsen og fortsetter å reagere som om faren er tilstede.

Av ovenstående fremgår at det er først og fremst ytre farer som kan representere et adekvat traume. Ved potensielt traumatiserende hendelser vurderes *alvorlighets graden* i form av:

- 1) Kroppsskade: art og lokalisasjon
- 2) Livsfare: intensitet og varighet
- 3) Vitneopplevelser – å være vitne til at andre blir truet, såret, skadet, drept. Spesielt om det er nærstående personer som rammes og en selv/andre er hjelpe-/forsvarsløse, blir dette viktige tilleggsspekter.
- 4) Trussel mot ens integritet: Å bli utsatt for krenkende behandling sammen med dødsfare.
- 5) Tap av nærstående.

Et psykisk traume er en fryktopplevelse der spesielt hjelpeløsheten er overveldende. Makteløshet og totalt tap eller fravær av kontroll er sentralt.

Symptomene på PTSD

Symptomer av klinisk signifikant styrke som avspeiler *gjenopplevelser* av hendelsen (spontane eller triggende gjenopplevelser, minner med sterkt forstyrrende virkning, angstfylte mareritt som avspeiler hendelsen, flashbackopplevelser).

Symptomer som avspeiler et *sterkt unnvikelsesbehov* (unngåelse av tanker og følelser knyttet til hendelsen, unngåelse av aktiviteter som minner om hendelsen, psykisk nummenhet, dvs. følelsesløshet, vanskeligheter med å huske hendelsen eller den er fortrengt/avspaltet, forkortet fremtidsperspektiv, redusert følelsesliv, spesielt redusert eller manglende evne til å oppleve varme, glede, kjærlige følelser).

Sist, men ikke minst skal det være symptomer som viser *økt sentralnervøs aktivering*. Dette er symptomer som viser at sentralnervesystemet har en høy beredskap: Økt årvåkenhet, skvettenhet for plutselige stimuli som lyder, ofte lett og avbrutt søvn med innsovningsvansker, konsentrasjonsvansker og derfor svekket hukommelse, økt irritabilitet, legemlige plager som uttrykk for kroppslig fryktreaksjoner.

Selv om posttraumatisk stresslidelse i hovedsak er en angsttilstand, ledsages den ofte av andre psykiske problemer som depressivitet, fobisk frykt, somatisering (særlig smerter), rus/medikamentmisbruk. Symptomene forsterkes av situasjoner som ligner den opprinnelige traumatiske hendelsen eller som assosieres med denne. Personen er spesielt sensitiv for situasjoner som innebærer redusert egen kontroll og styring og/eller er preget av uvisshet om hva som skal skje. Personen har derfor et økt kontrollbehov. Dersom traumet var forårsaket av andre mennesker, kan det ha hatt et sterkt innslag av krenkelse av egenverdi og utløst skam og skyldproblematikk som kan gjøre det vanskelig å søke hjelp. Interpersonelle traumer bidrar til en forståelig sinneutvikling og skepsis, eventuelt frykt for hva kontakt med andre mennesker kan innebære. Skepsis og mistillit til hjelpeapparatet med irritabilitet, eventuelt fiendtlighet, unnvikelses- og tilbaketrekningsatferd kan derfor forekomme. Dersom traumet har bestått av overgrep, mishandling, eventuelt tortur vil slike reaksjonsmønstre kunne dominere.

2.10 Innhold i og omfang av behandlingstilbud

Som tidligere nevnt, vil det å sitte i tannlegestolen og bli utsatt for sterkt lys, fratatt bevegelsesmulighet, ute av stand til å snakke, oppleve kroppsinvadering og smertefulle prosedyrer, kunne reaktivere opplevd trauma. Dermed vil det også for denne gruppen gjelde at behandlingen kan være komplisert og tidkrevende, og at samarbeid med psykolog/ psykiater i noen tilfeller kan være hensiktsmessig. Noen voldsutsatte vil utvikle odontofobi, og vil dermed komme inn under denne gruppens tilbud.

Vi har lite undersøkelser av tannhelsetilstanden til denne gruppen, men det er rimelig å anta at mange vil ha til dels omfattende behandlingsbehov, både som en direkte følge av traumer og som en følge av nedsatt evne eller mulighet til egenomsorg på grunn av den generelle livssituasjonen. Medikamentbruk kan være en annen årsak til redusert tannhelsetilstand. Det er sannsynlig at behandlingsbehovet for personer i denne gruppen vil variere.

Helsedirektoratet mener at dette er en gruppe som av flere årsaker har redusert tilgang til tannhelsetjenester, og at det dermed er viktig å tilby odontologisk rehabilitering slik at de som trenger det kan oppnå akseptabel oral helse.

2.11 Tidsavgrensning

Også her vil det være vanskelig å operere med tidsavgrensning for når volden skjedde som et kriterium for tannbehandling. Selv om hendelsen(e) ligger et stykke tilbake i tid, preges mange personer utsatt for vold i nære relasjoner av traumet resten av livet, hvilket kan få konsekvenser for både psykisk tilstand og tannstatus.

2.12 Dokumentasjonskrav

I noen tilfeller kan personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner fremlegge rettskraftig dom på bakgrunn av volden, men i mange tilfeller dreier det seg om overgrep som ikke er anmeldt eller som ikke har vært gjennom rettsapparatet. Det er viktig at personer som ikke kan fremlegge slik dokumentasjon likevel får tilgang til ordningen fordi svært mange av dem preges av traumene på en slik måte at det har konsekvenser for hele deres livssituasjon. Det anses dermed som mest hensiktsmessig at voldshendelsen(e) bekreftes gjennom en vurdering av psykolog/psykiater som utsteder en spesialisterklæring.

2.13 Oppsummering – Helsedirektoratets anbefalinger

2.13.1 Inngangskriterium for ordningen

Ordningen omfatter personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner slik de er definert i avsnitt 2.1. En andel av denne gruppen antas å komme inn under odontofobigruppen, og tilbys dermed behandling for denne (se kapittel 3 om odontofobi).

2.13.2 Dokumentasjonskrav

Vold i nære relasjoner må bekreftes gjennom spesialisterklæring fra psykolog/ psykiater. En slik erklæring kan understøttes av en eventuell rettskraftig dom.

2.13.3 Behandlingstilbud

Denne gruppen bør tilbys oral rehabilitering slik at de oppnår akseptabel oral helse, definert som *å ikke ha smerte, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen, å ha tilfredsstillende tyggefunksjon, kunne kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene* (IS- 2659 Tenner for livet). Oral rehabilitering kan utføres av tannhelsepersonell, samt av odontologiske spesialister der dette anses som nødvendig. Det tilbys videre oppfølging gjennom friskhetskontroller hos tannpleier.

Samarbeid mellom psykolog og tannhelsepersonell i forbindelse med tannbehandling kan i noen tilfeller være nødvendig og hensiktsmessig.

Fastlegen henviser voldsutsatte til psykolog/ psykiater.

3 Personer med odontofobi

I dette kapitlet presenteres diagnostiske kriterier for odontofobi. Videre gjennomgås omfang og utbredelse av fobien, erfaringer fra behandlingsopplegg i Norge og Sverige. Kunnskap om tannhelsetilstanden hos personer med odontofobi og med intra-oral sprøytefobi presenteres. Deretter gjennomgås behandlingstilbudet til gruppen samt henvisningsrutiner og behandlingsbehov. Til sist oppsummeres Helsedirektoratets anbefalinger.

3.1 Diagnostiske kriterier for odontofobi

Begrepet odontofobi brukes ofte ukritisk som en betegnelse på forskjellige former for angst for tannbehandling (tannlegeskrek). I profesjonell sammenheng er imidlertid odontofobi en *diagnose* som i de internasjonale diagnosesystemene (DSM-IV, 300.29; ICD-10, F.40.2) omtales som *Spesifikke fobier*. Spesifikke fobier er blant de mest vanlig mentale lidelsene (APA, 1994) og er kjennetegnet med redsel for spesifikke situasjoner eller objekter. I henhold til diagnosesystemet deles spesifikke fobier inn i følgende grupper:

- Dyrefobier (hund, katt, slange, edderkopp m.m)
- Naturlig miljø (redsel for høyder, dypt vann, stormer og orkaner)
- Sosial fobi (redsel for å bli negativt vurdert av andre)
- Blod-injeksjon-skade-fobi (BII-fobi) (med undergruppe Intra-oral injeksjonsfobi)
- Andre (odontofobi m.fl.)

Debutalder for spesifikke fobier er vanligvis barndom, med en gjennomsnittsalder på 9.7 år (Stinson, 2007). Forekomsten er større blant kvinner enn for menn (2:1).

DSM-IV kriterier for Spesifikk fobi (som beskrevet i APA, 1994):

- A. Markert og vedvarende angst som er irrasjonell og urimelig, utløst av nærvær av eller forventning om spesifikke objekter eller situasjoner (f.eks å ta fly, høyder, dyr, få en sprøyte, synet av blod).
- B. Eksponering for det fobiske stimulus fremkaller nesten alltid en umiddelbar angstrespons som kan vise seg som et situasjonsbetinget eller situasjonspredisponert panikkanfall.
- C. Personen er klar over at angsten er overdreven og urimelig.

- D. De(n) fobiske situasjon(ene) blir unngått eller utholdes bare med intens angst eller ubehag.
- E. Unngåelsesatferden, forventningsangsten, eller ubehaget i den fryktede situasjon(ene) påvirker personens normale rutiner, sosiale aktiviteter, arbeidsmessige fungering eller forhold til andre i betydelig grad, eller det foreligger markert ubehag ved å ha fobien.
- F. Hos personer under 18 år skal varigheten være minst 6 måneder.

Angsten, panikkanfallene eller den fobiske unngåelsesatferden i tilknytning til det spesifikke objektet eller situasjonene forklares ikke bedre av en annen psykisk lidelse.

Diagnosen må stilles av psykolog eller psykiater. Flere psykiske lidelser kan ligge til grunn for at pasienten ikke mestrer tannbehandling (eks. pasienter som har vært utsatt for tortur eller seksuelle overgrep). Dersom pasienten har tilleggsdiagnoser og odontofobi ikke er primærdiagnosen, vil prognosen for odontofobibehandlingen kunne være dårligere. Et eksempel på dette kan være en pasient med sosialfobi (DSM-IV 300.23). Angsten kan i dette tilfelle omfatte de fleste sosiale situasjoner, inkludert det å gå til tannlegen. Pasienten kan også fylle kriteriene for odontofobi, men siden sosialfobi er primærdiagnosen bør pasienten behandles for dette.

3.2 Omfang og utbredelse av odontofobi

I likhet med andre fobier er det vanskelig å kartlegge forekomsten i befolkningen fordi de diagnostiske kriteriene er basert på klinisk intervju, noe som ikke umiddelbart kan anvendes i store befolkningsstudier. Det er først når pasienten søker hjelp det er mulig å stille en eksakt diagnose. Det blir derfor uklare skiller mellom forekomst av høy angst og fobi. Man kan imidlertid anvende screeningsmetoder som antyder omfanget, og slike studier har vist at for spesifikke fobier samlet vil ca.10-12 % av den voksne befolkningen få en eller annen spesifikk fobi i løpet av livet (Kessler, Stinson, 2007). Forekomsten er større blant kvinner enn for menn (2:1).

Når det gjelder odontofobi vil det på samme måte være problemer med eksakte tall for forekomst. Det foreligger imidlertid flere befolkningsstudier når det gjelder høy angst for tannbehandling, og også studier som viser at ca. 2/3 av de med sterk angst prøver å klare seg gjennom tannbehandling på tross av sterkt ubehag (Vassend 1993). Pasienter med fobier går ikke lenger til tannlegen, og det kan derfor estimeres at den resterende 1/3 av pasientene som rapporterer sterk angst for tannbehandling vil kunne fylle kriteriene for spesifikk fobi (odontofobi). Studien til Vassend viste en forekomst av

sterk angst for tannbehandling (basert på forskjellige måleinstrumenter) fra 4,2 til 7.1%. Dette skulle gi et estimat når det gjelder odontofobi på ca. 2%. En ny studie fra 2009 har rapportert en forekomst av odontofobi i Nederland på 3,7% (Oosterink et al., 2009).

Forekomsten av odontofobi blant voksne avtar med alderen. Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvaret for behandlingen av barn og unge, og omfanget av pasienter som vil henvende seg med ønske om fobibehandling er i de videre beregninger basert på befolkningstall for aldersgruppen 20-64 år (SSB).

Fra et prøveprosjekt i regi av Odontologisk kompetansesenter Helse-Sør der pasienter med odontofobi tilbys behandling foreligger det noen foreløpige tall for pasienttilgangen i 2009. Erfaringene så langt i prosjektet viser at pasienttilgangen er begrenset. Noen trekker seg fordi de må betale for angstbehandlingen. I Tønsbergregionen har ca. 50 pasienter respondert på tilbud annonsert i lokalavisen. Av disse var det ca. 50% som ville gå inn i behandlingen, hvorav noen få (mangler eksakte tall) ikke fylte kriteriene for odontofobi basert på psykologintervjuet. Av en populasjon i Tønsberg på 38967, hvorav ca. 23000 (59%) er i aldersgruppen 20-64 år vil antallet som meldte seg utgjøre 0,2%. Dersom dette omregnes til antall pr. år i Norge, vil det utgjøre ca. 6000 pasienter (0,2% av 2863020). Dersom en anslår at de som melder seg utgjør 10% av de som har odontofobi vil forekomsten av denne lidelsen i aldersgruppen 20-64 år bli anslagsvis 60000. Dette utgjør 2,1% og stemmer godt med tidligere beregninger av forekomsten av odontofobi på 2,1-2,4% (Stinson et al., 2007; Fredrikson et al., 1996; Oosterink et.al., 2009).

Det er naturlig å anta at en åpning for dekning av utgifter vil øke tilgangen noe, men at omfanget av pasienter vil fortsatt være begrenset.

Ved Senter for odontofobi (SFO) i Bergen er det behandlet pasienter med sterk angst og fobi helt fra 1992. Blant pasienter som meldte seg med ønske om behandling på senteret i perioden 1997-1998 fikk 66 % diagnosen odontofobi. Av disse oppfylte 47 % kun denne diagnosen, mens 19 % oppfylte diagnostiske kriterier for andre psykiske lidelser i tillegg. Trettitre prosent hadde omfattende angst for tannbehandling, men uten å oppfylle de diagnostiske kriteriene (Kvale et al) .

I 2004 var det kun 72 av ca. 200000 i aldersgruppen 20-64 (Bergen og omland) som meldte seg i forbindelse med tilbud om behandling av odontofobi. Dette antallet utgjør kun 0,04% i et distrikt der tilbudet hadde vært tilgjengelig i flere år. Basert på denne

beregningen vil antall odontofobipasienter som melder seg pr. år i Norge utgjøre 11500, noe som gir en forekomst på ca. 0,4%.

Et anslag på 6000 nye pasienter som årlig vil takke ja til et tilbud om behandling av odontofobi er beregnet på tall fra kliniske forskningsstudier der inngangskriteriene er odontofobi som den primære diagnosen. Når det gjelder det tilrettelagt tilbudet basert på denne utredningen er inklusjonskriteriene utvidet til også å gjelde pasienter med "annen psykiatrisk lidelse med innslag av odontofobi". Dette vil blant annet inkludere pasienter med intra-oral sprøytefobi, der forekomsten er beregnet til 1-4%. Det vil imidlertid være overlapp mellom forekomsten av odontologi og lidelser med innslag av odontofobi, slik at forekomstene i den samlede gruppen vil øke i liten grad.

Dersom en antar at de som melder seg utgjør 10-15% av de som har odontofobi i Norge, blir forekomsten totalt 1,4% (40000 av 2863020 personer i aldersgruppen 20-64 år). Dersom en legger til en økning i antallet som forventes å melde seg, basert på de utvidede inklusjonskriteriene anslår det samlede antall personer til 9000 pr.år. Basert på tallene fra Bergen er det naturlig å anta at det er et oppsamlet behandlingsbehov, og at det kan forventes at tilgangen vil reduseres noe over tid. I tillegg vil en satsning på økt kompetanse i tannhelsetjenesten når det gjelder forebygging av angst og unngåelse av tannbehandling gi grunnlag for noe reduksjon av behovet for fobibehandling over tid.

3.3 Erfaringer fra behandling av odontofobi i Norge

Tiril Willumsen ved Universitetet i Oslo har testet ut 3 forskjellige behandlingstilnærminger på pasienter med sterk angst/ odontofobi (ikke diagnostisk intervju), og fikk god effekt av henholdsvis kognitiv terapi, desensibilisering (eksponering i kombinasjon med avslapningsteknikker) og lystgass over 10 behandlingsseanser inkludert pre- og postevaluering (Willumsen og Vassend, 2003).

Senter for odontofobi (SFO) ved Universitetet i Bergen har i løpet av perioden fra 1992 fram til 2004 testet ut forskjellige tilnærminger av in vivo eksponering for tannbehandling i et samarbeid mellom psykolog og tannlege. De senere år er det ved senteret testet ut en modell der psykolog foretar et diagnostisk intervju og tannleger med spesiell kompetanse gjør selve angstbehandlingen in vivo. To behandlingsstudier på pasienter med henholdsvis odontofobi og intra-oral injeksjonsfobi har vist god effekt for behandling basert på kognitiv atferdsterapi i både 1 sesjon av varighet inntil tre

timer og 5 behandlingssesjoner (inntil 60 min hver) (Haukebo, Skaret et al. 2007; Vika, Skaret et al. 2009). Denne modellen krever god kompetanse hos tannlegen. Behandlingsmodellen er under uttesting ved Odontologisk kompetansesenter Sør. Fem tannleger og fem psykologer fra Buskerud, Telemark, Vestfold, Aust-Agder og Vest-Agder startet i 2007 et undervisningsopplegg i regi av Senter for odontofobi, ved Universitet i Bergen. En oppfølgingsstudie er i gang der spesifikke formålet er å evaluere/ kvalitetssikre undervisningsopplegget, som har tatt sikte på å gi team av tannlege og psykolog tilstrekkelig kompetanse til å kunne behandle pasienter som oppfyller de diagnostiske kriteriene for spesifikk fobi (odontofobi) (DSM-IV diagnose 300.29). I praksis vil dette si å teste om behandlingsmodellen brukt ved Senter for odontofobi (Haukebo, Skaret et al. 2007; Vika, Skaret et al. 2009) kan overføres til den generelle helsetjenesten. I denne modellen gjør tannlegene angstbehandling in vivo (tilvenning i tannlegestolen) etter at psykolog har gjennomført et diagnostisk intervju. Samlet antall seanser er 6.

3.4 Erfaringer fra behandling av odontofobi i Sverige

I Sverige må visse kriterier være oppfylt for at pasienten skal få behandling for sin tannbehandlingsangst. Pasienten skal, til tross for et stort objektivt og subjektivt tannbehandlingsbehov, ha avstått fra tannbehandling i mange år. Pasienten skal, ved utredning hos tannlege, psykolog eller psykiater, bli vurdert til å ha en ekstrem tannbehandlingsangst, og pasienten skal en eller flere ganger ha fått tannbehandling i narkose på grunn av tannbehandlingsangst. Diagnose av odontofobi i henhold til DSM IV eller ICD-10 er ikke et krav.

Ettersom bruken av disse kriterier gjøres av det enkelte landstings bestillerenhet, kan utfallet variere mellom landstingene. Dette kan oppleves som urettferdig og tilfeldig av pasientene. Disse forskjellene kan gjøre det vanskelig å følge opp behandlingseffekter på nasjonalt nivå og dermed å kvalitetssikre behandlingen.

Et unntak er "Enheten för tandvårdsrådsla" i Göteborg som har bygd opp en enhet som vitenskaplig dokumenterer og evaluerer virksomheten. De gode resultat ved enheten i Göteborg har fått oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt. Her benyttes en behandlingsmodell med 10 seanser der fordelingen mellom psykolog og tannlege varierer.

I Sverige er det dessuten utviklet en modell basert på behandling i grupper, såkalt "Fobiskola". "Fobiskolan" er en manualbasert psykopedagogisk

gruppebehandlingsmetode for pasienter med tannbehandlingsangst (Sahlin & Bergdahl, 1998). Behandlingsmetoden har vist seg effektiv, både for pasienter med sterk tannbehandlingsangst og for pasienter med tannbehandlingsvegring (Sahlin & Bergdahl, 1999).

3.5 Tannhelse hos personer med odontofobi

Det foreligger få studier når det gjelder tannhelse hos pasienter med odontofobi. Dette fordi disse pasientene ikke går til tannlegen. Etter 2004 er det publisert 2 norske behandlingsstudier på pasienter som fyller kriteriene for spesifikk fobi, en for behandling av odontofobi (Haukebo, Skaret et al. 2007) og en for intra-oral sprøytefobi (Vika, Skaret et al. 2009). I tillegg er det publisert en studie om tannhelse for pasienter med odontofobi (Agdal, Raadal et al. 2008). En studie om tannhelse hos sprøytefobikere er innsendt for publikasjon (Agdal og medarbeidere).

Når det gjelder tannhelse hos pasienter med odontofobi viser Agdals studie at disse pasientene generelt har dårligere tannhelse enn den norske befolkningen, men at variasjonen er stor. De 40 pasientene med fobidiagnose hadde et DMFT gj. snitt (SD) på 16.5 (5.8) (range 3-26) og gj.snitt antall DT på 6.6 (4.2), sammenlignet med gj.snitt DT i den norske befolkningen på 0,7 (35-64 år) (Holst and Schuller 2000). Gjennomsnitt antall tenner med behandlingsbehov (resturering, perio, ekstraksjoner, etc.) var 9.6 (6.9) (range 1-28). Tyve pasienter (50%) hadde alle sine egne tenner, 6 pasienter hadde 25 eller flere friske tenner, mens 5 pasienter (15%) hadde mer enn 20 tenner med behandlingsbehov. Dette viser at pasienter med diagnosen odontofobi også kan ha lite behandlingsbehov. En ny rapport fra Folkehelseinstituttet (Tannhelse i Norge) gir et godt grunnlag for sammenligninger med den norske befolkningen (Lyshol and Biehl 2009).

Når det gjelder pasienter med sterk angst for tannbehandling (ikke fobidiagnostisert) er det studier i Skandinavia som viser at tannhelsen er dårligere for disse pasientene sammenlignet med pasienter som går til ordinær tannbehandling (Hakeberg, Berggren et al. 1993; Hagglin, Hakeberg et al. 2000; Schuller, Willumsen et al. 2003). Schüller og medarbeidere fant et gjennomsnitt antall DT på 1,2 for pasienter med høy angst for tannbehandlingen og 0,7 for pasienter med lav angst (Schuller, Willumsen et al. 2003).

3.6 Tannhelse hos personer med intra-oral sprøytefobi

Mange odontofobe pasienter er redd for sprøyte. En tilsvarende studie av Agdal og medarbeidere (Senter for odontofobi) viser at pasienter med sprøytefobi har tilnærmet

samme tannhelse som den norske befolkningen, men at også blant denne gruppen er variasjonen stor. Disse tallene er ikke publisert (artikkelen er innsendt til vurdering).

3.7 Innhold i og omfang av behandlingstilbud

3.7.1 Terapi

Teamet av psykolog/ psykiater, tannlege og ev tannpleier skal kunne utføre evidensbasert behandling som bygger på prinsipper for kognitiv atferdsterapi. Behandlingen bør bygge på en individuelt opplegg for hver enkelt pasient, der fordelingen av seanser mellom psykolog/ psykiater og tannlege vil variere basert på den enkelte pasients problemkompleks som grunn for unngåelsen av tannbehandling, og tannlegens kompetanse når det gjelder angstbehandling. Helsedirektoratet foreslår at angstbehandlingen kan gjøres i regi av fagteam tilknyttet de odontologiske kompetansesentrene.

3.7.2 Antall behandlingsseanser

I Sverige vil antall seanser variere noe mellom landstingene, men vanligvis settes 10 timer som et maksimum.

Modellen som er utviklet ved SFO i Bergen, og som nå testes ut i helsetjenesten i Norge (Odontologisk kompetansesenter Helse-Sør) består av 6 seanser der psykologen benytter første seanse til det diagnostiske intervjuet. Varigheten for denne seansen er ofte 1-2 timer. Deretter starter angstbehandlingen hos en tannlege med spesiell kompetanse i kognitiv atferdsterapi. I denne modellen er pasientene diagnostisert med odontofobi som primærdiagnose.

3.7.3 Omfanget av tannbehandling i fobibehandlingen

Hensikten med fobibehandlingen er å behandle pasientens angstproblem, ikke primært å behandle pasientens odontologiske problem. I utgangspunktet mestrer ikke disse pasientene tannbehandling. Bare det å sitte i stolen er vanskelig. Det er ikke mulig å gjennomføre en vanlig undersøkelse av tennene i første del av behandlingen. Det er derfor vanskelig å beregne omfanget av tannbehandlingen som kan utføres i forbindelse med fobibehandlingen. Psykolog/ psykiater vil trenge en eller flere av de innledende seanser for å hjelpe pasienten til å kunne begynne å eksponere seg for tannbehandlingssituasjonen. Det som er avgjørende for hva som blir gjort av tannbehandling er hva pasienten er mest redd for.

Pasienter som kun ønsker behandling i narkose fyller ikke kriteriene for ordningen. Narkosebehandling gir ingen reduksjon av angst/ fobien (Hakeberg og Berggren, 1993). I enkelttilfeller kan det imidlertid være aktuelt å tilby narkosebehandling for å behandle akutte odontologiske tilstander.

3.7.4 Tannbehandling etter fobibehandling

Tidligere omtalte studier har vist at personer som har odontofobi generelt har et større behandlingsbehov enn det vi kjenner til i den norske befolkningen. Helsedirektoratet mener derfor at denne gruppen, etter fobibehandling, bør tilbys oral rehabilitering slik at de oppnår akseptabel oral helse. Det er svært viktig at denne gruppen tilbys oppfølging hos tannpleier etter endt rehabilitering, både for å bidra til at fobien ikke kommer tilbake og å bidra til god tannhelse.

3.8 Sentrale samarbeidspartnere

Pasienter som ønsker tannbehandling, men som av forskjellige grunner ikke mestrer dette vil ofte ta direkte eller indirekte kontakt med personell i tannhelsetjenesten, men kan også fanges opp av leger, psykologer og annet helsepersonell. Det er viktig at disse behandlere eventuelt gjøres kjent med den foreslåtte ordningen for fobibehandling og oral rehabilitering.

Når disse pasientene tar kontakt direkte med lege, psykolog eller annet helsepersonell, bør de vises videre til tannhelsespersonell med kunnskap om etiologi og behandlingsprinsipper når det gjelder angst og vegring for tannbehandling, eller til et team med psykolog/ psykiater og tannlege med spesialkompetanse. Noen pasienter med vegring vil kunne mestre vanlig tannbehandling.

3.9 Oppsummering – Helsedirektoratets anbefalinger

3.9.1 Inngangskriterium for ordningen

Ordningen omfatter voksne pasienter (20 år eller eldre)

- som lider av odontofobi eller annen psykisk lidelse med innslag av odontofobi (DSM-IV, 300.29). Aktuelle lidelser er intra-oral injeksjonsfobi, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og situasjonsbundne angstanfall der de spesifikke symptomene hindrer mestring av tannbehandling. En forutsetning er at det odontofobiske innslaget i pasientens behandlingsproblem bedømmes som mulig å behandle.
- som ikke har organiske lidelser som demens, delir, amnestiske eller andre kognitive forstyrrelser.
- Som sier seg villig til å delta i behandlingsopplegget på angitte vilkår.

Den fobiske lidelsen må ha hatt en varighet på minimum 1 år.

3.9.2 Dokumentasjonskrav

Pasienter utredes av et team bestående av psykolog/ psykiater og tannlege med dokumentert kompetanse og erfaring i arbeid med odontofobi. Dette teamet fastslår hvorvidt pasienten oppfyller inngangskriteriene for ordningen.

3.9.3 Behandlingstilbud

3.9.3.1 Fobibehandling

Eksponeringsbehandling er basis for angstbehandlingen. Behandlingen omfatter inntil 8 besøk (à 60 minutter) hos tannlege og psykolog/psykiater. Tannlege og psykolog/psykiater fordeler de 8 seansene etter en individuell vurdering. For å lette overgangen til vanlig tannbehandling kan siste refusjonstime evt. benyttes hos vanlig tannlege.

Omfanget av tannbehandling som blir utført i forbindelse med fobibehandlingen vil variere avhengig av hva som er den viktigste årsaken til manglende mestring av tannbehandlingssituasjonen.

Akuttbehandling i narkose kan i enkelte tilfeller være en nødvendig del av behandlingen, men dette skal ikke være et alternativ til angstbehandling.

3.9.3.2 Tannbehandling etter fobibehandling

Etter fobibehandlingen, bør denne gruppen tilbys oral rehabilitering slik at de oppnår akseptabel oral helse, definert som *å ikke ha smerte, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen, å ha tilfredsstillende tyggefunksjon, kunne kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene* (IS- 2659 Tenner for livet). Oral rehabilitering kan utføres av tannhelsepersonell, samt av odontologiske spesialister der dette anses som nødvendig.

Det tilbys friskhetskontroller hos tannpleier etter endt rehabilitering.

4 Forankring og organisering

I dette kapittelet blir det redegjort for to ulike modeller for organisering og finansiering av ordningen for de aktuelle gruppene i rapporten, jfr HOD sitt oppdragsbrev. Fordeler og ulemper ved modellene drøftes, og til sist blir det gitt en anbefaling.

I Stortingsmelding 35 innrettes politikken på tannhelsefeltet mot et mål om likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Helse- og omsorgstjenesten skal tilby kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester til alle. Målene gjelder uavhengig av hvem som yter tjenestene og hvordan tjenestene finansieres.

Et offentlig finansiert tilbud av helsetjenester alene er ikke ensbetydende med at de som trenger det mest vil etterspørre eller oppsøke nødvendig helsehjelp. Offentlig organisering er heller ingen garanti for å sikre likeverdighet i tilbudet. Størst mulig grad av likeverdighet vil man først kunne nå hvis tilbudet tar hensyn til sosial ulikhet i helse, innbyggernes livssituasjon og sykdomssituasjon.

Noen av pasientene som tilbudet retter seg mot vil kunne fylle inngangskriteriene i flere av gruppene; en torturoverlever kan ha odontofobi og være utsatt for vold, og en som har vært utsatt for seksuelle overgrep kan ha utviklet odontofobi. Ved å forsøke å se alle gruppene under ett og gi en felles forankring av tannhelsetilbudet, unngår man gråsoner der enkelte pasienter kvalifiserer for tilbud hjemlet i ulikt regelverk med forskjellig finansiering.

Følgende to modeller vurderes:

- Folketrygdfinansiert modell; forankring i lov om folketrygd.
- Fylkeskommunal modell; forankring i lov om tannhelsetjenesten.

4.1 Folketrygdfinansiert modell

I dette underkapitlet gjøres rede for problemstillinger knyttet til å forankre rettighetene i

Folketrygden til både tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi. Det er utarbeidet et forslag til hvordan gruppenes allerede eksisterende rettigheter kan tydeliggjøres i regelverket, samt et forslag til forskriftsendring som muliggjør at narkosebehandling eventuelt kan innlemmes i forskriften.

4.1.1 Rikstrygdeverkets vurdering fra 2004

I brev fra Helsedepartementet av 28.november 2003 ble RTV bedt om å gjøre en kartlegging av omfang/utbredelse av odontofobi, kriterier for diagnose, kompetansekrav til den som stiller diagnosen, kompetansekrav til tannlegen som behandler og refusjonsordninger i sammenlignbare land.

Helsedepartementet presiserte videre at det var hensiktsmessig at kartleggingen av omfanget omfattet antall pasienter og kostnadsanslag for:

1. Behandling av selve odontofobien hos psykolog/psykiater
2. Tannbehandling som ledd i selve odontofobibehandlingen
3. Ordinær tannbehandling/konserverende tannbehandling som følge av oppsamlet tannbehandlingsbehov på grunn av odontofobi
4. Rehabilitering av tannsettet når tenner er mistet på grunn av manglende tannbehandling tidligere på grunn av odontofobi.

RTV oversendte i september 2004 en sammenstilling og vurdering av innspill fra de odontologiske fagmiljøene ved Universitetet i Oslo og i Bergen.

Innspillene er tatt inn som en del av underlagsmaterialet i de relevante avsnittene i dette dokumentet.

4.1.2 Folketrygdens ordning i forhold til torturoverlevende

Som nevnt tidligere kan tortur gi alvorlige fysiske og psykiske sengevirkninger. Torturoverlevende har behov for et behandlingsopplegg som fører til en mest mulig trygg situasjon, med strukturerte planer og forutsigbarhet i behandlingen. Det er vist til at behandling av torturoverlevende er tidkrevende. Det er også grunn til å anta at torturoverlevende er en gruppe som har dårligere tilgang til helsetjenester enn den øvrige del av befolkningen. Behandling av torturoverlevende vil etter all sannsynlighet ofte kreve tverrfaglig samarbeid mellom ulike behandlere.

Folketrygdens stønadsordning for tannbehandling er et rettighetsbasert system som styres av et sett med kriterier for å få dekning. I denne sammenheng bør det påpekes

at torturoverlevende som har fått opphold i Norge, har rettigheter etter folketrygdloven på lik linje med den øvrige befolkningen. Således vil utgifter til tannbehandling allerede være delvis dekket ved at torturoverlevende kvalifiserer til stønad etter folketrygdens regler.

Stønadsordningen tar imidlertid ikke hensyn til behov for tidkrevende behandling, hvilket i praksis kan innebære at finansiering av tidsbruken blir belastet pasienten. Dersom dette skal imøtekommes, må takstsystemet endres slik at takstene tilpasses tidsbruken, og ikke selve behandlingen.

Det er ikke tilknyttet et følge med-ansvar til Folketrygdens stønadsordning. Dersom en torturoverlevende skal få refusjon fra folketrygden kreves at vedkommende selv oppsøker tannbehandling. Dette kan for mange være problematisk av flere årsaker. Måltrettet informasjon om tannbehandlingsordningen for denne gruppen vil i noen grad kunne bedre tilgangen.

Når det gjelder inngangskriterier, er folketrygdens dekning av utgifter til helsetjenester bygd opp rundt krav om sykdom/tilstander. Det er således ikke så relevant å avgjøre om pasienten faktisk har vært torturoverlevende eller ikke, så lenge det gjelder et tannbehandlingsbehov som dekkes av trygden.

En forankring i folketrygden vil vanskelig kunne innebære vederlagsfri behandling. Dette er svært problematisk i forhold til grupper som kan ha redusert betalingsevne, fordi pasienten må betale et mellomlegget mellom statens honorartakst og den prisen tannhelsetjenesten privat og offentlig faktisk tar for behandlingen i tillegg til egenandel. Det vil være unaturlig å unnta en spesiell gruppe fra å betale mellomlegget til tannlegen. Dersom behandlingsbehovet er omfattende og komplisert vil egenandelen bli tilsvarende høy for pasienten.

4.1.3 Folketrygdloven i forhold til overgrepsofre

Personer som har vært utsatt for overgrep og seksuelle overgrep kan få livsvarige traumer. En del av pasientgruppen har til dels stort behandlingsbehov på grunn av vanskelig livssituasjon. Det er også for denne pasientgruppen viktig med en tilrettelagt behandlingssituasjon med opplevelse av trygghet, mestring og kontroll. Erfaringer viser at dette er en tidkrevende prosess.

I likhet med torturoverlevende vil overgrepsofre få dekning etter folketrygdens regler så lenge de har en sykdom/tilstand som kvalifiserer til stønad etter reglene, hvilket innebærer egenandel og betaling av mellomlegg for tannbehandlingen.

Det er heller ikke for denne gruppen relevant å sette som inngangskriterium om pasienten faktisk har vært overgrepsutsatt eller ikke, så lenge det er vedkommendes sykdom/ odontologiske diagnoser som utløser stønad fra trygden.

4.1.4 Folketrygden i forhold til personer med odontofobi

For personer med odontofobi vil det være varierende tannbehandlingsbehov. Som de to andre gruppene, vil personer med odontofobi få stønad til tannbehandling etter folketrygdloven for gitte odontologiske diagnoser. Når det gjelder behandlingen av selve fobien, er denne beskrevet tidligere og vil bestå av behandling og samarbeid mellom psykolog/psykiater og tannlege. Her, som tidligere nevnt, vil ikke folketrygdloven være tilpasset for denne type behandling, ettersom stønadsordningen er basert på stykkpris i stedet for tidsdebitering.

Dersom det er aktuelt med fobibehandling i folketrygdens takster vil det være naturlig å kreve dokumentert av psykolog/psykiater at pasienten har diagnosen odontofobi.

4.1.5 Oppsummering - fordeler og ulemper med folketrygdmodellen

Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege ved sykdom. Ordningen er bygd på en liste over sykdommer/tilstander som kvalifiserer til stønad. Helse- og omsorgsdepartementet har fastsatt takster for de undersøkelser og behandlinger som det gis stønad til.

Formålet med ordningen er å gi bestemte grupper, utover de som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven § 1-3, hel eller delvis stønad til utgifter til tannhelsetjenester. Etter folketrygdloven gis det i hovedsak ikke stønad til forebyggende behandling, tannrensing og kariesbehandling eller behandling av kariessykdommens følgetilstand. Dette gjelder likevel ikke dersom kariessykdom er et resultat av bakenforliggende sykdom eller behandling av denne.

Gitt at folketrygden yter stønad til behandling for allerede konstatert sykdom, vil ikke ordningen i særlig stor grad ivareta forebyggingsperspektivet. Rapportens målgrupper vil antagelig i stor grad være preget av at de allerede har et tannbehandlingsbehov. Det er altså behandling som er hovedfokus for målgruppene i første omgang. Folketrygdens ordning er ikke underlagt noen plikt om oppsøkende virksomhet. Det offentlige plikter å yte stønad til de som kvalifiserer til slik stønad, men det forutsetter at de som har rett på stønad selv oppsøker tannlege. Folketrygdmodellen vil dermed

ikke være godt egnet til å ivareta den oppsøkende virksomhet som er viktig for å kunne nå ut til målgruppene med tilbud om tannbehandling.

Ettersom folketrygdmodellen forutsetter at pasienten selv oppsøker tannlege og tannhelsetjenester, vil denne modellen ivareta hensynet til forbrukerperspektivet, nærmere bestemt fritt tannlegevalg.

Folketrygden yter en dekning for utgifter som er basert på fastsatte takster. For de fleste pasienter vil dette innebære en egenandelsbetaling. En begrenset del av egenandelene er godkjent som egenandeler som går inn under egenandelstak II-ordningen. I tillegg til egenandelene må pasienten betale mellomlegget mellom honorartakst og tannlegens pris for behandlingen. Denne betalingen dekkes ikke av folketrygden. Dersom folketrygdmodellen legges til grunn, så vil det antagelig innebære betydelige utgifter for personene som tilhører en av gruppene i denne rapporten. Dette er svært uheldig, da det er rimelig å anta at mange i disse gruppene har hatt redusert tilgang til helsetjenester, blant annet som følge av økonomi. Her vil folketrygdmodellen altså kunne medvirke til å øke sosial ulikhet i helse. Egenandeler ved trygdemodellen kan dekkes av kommunene gjennom sosial stønad til livsopphold. Det må imidlertid søkes spesielt om dette.

Behandlingen av målgruppene vil som tidligere nevnt i mange tilfeller involvere både psykolog og fastlege. En del av fobibehandlingen vil gå ut på at tannlegen bruker tid og gir tannbehandling som kun har som formål at pasienten skal venne seg til å bli behandlet av tannlege og tannpleier. Det vil ikke være en bruk av de takster som er fastsatt i folketrygden i dag, og vil kreve en regelverksendring som medfører en endring av formålet med folketrygdens stønadsordning ettersom dette vil være tannbehandling med det formål å behandle en fobi, ikke behandling av en tannsykdom/tilstand.

4.2 Forslag om nytt innslagspunkt for odontofobi

Som nevnt ovenfor vil torturoverlevende og personer utsatt for overgrep kunne få dekket tannbehandling i henhold til gjeldende behandlingstakster i § 5-6 gjennom innslagspunkt 14 *"manglende evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne."* Det bør presiseres i retningslinjene for punkt 14 at disse gruppene kan dekkes via dette punktet slik at det ikke blir noen tvil rundt tolkningen av punkt 14 om gruppene er ment å falle inn under innslagspunktet.

Narkosebehandling dekkes ikke etter gjeldende takster. I noen få tilfeller vil det være hensiktsmessig å tilby tannbehandling i narkose. Det er imidlertid viktig å være tilbakeholden med slik behandling da dette ikke nødvendigvis har en effekt på selve fobien.

Det bør innføres en ny takst for nødvendig tannbehandling i narkose etter nærmere definisjon.

4.3 Fylkeskommunal modell

Her vurderes fylkeskommunal forankring av tannhelsetjenestetilbudet til personer som har vært utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi.

Lov om tannhelsetjenesten - dagens ordning

Fylkeskommunen har fra 1984 hatt ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten (LOV-1983-06-03-54). Den offentlige tannhelsetjenesten skal etter § 1-3 gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til:

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

Alle nevnt i § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune de bor eller midlertidig oppholder seg. Tjenesten skal ytes vederlagsfritt til prioriterte grupper, jfr. forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. Unntaket er kjeveortopedisk behandling hvor finansieringen skjer gjennom trygdelovgivningen.

Fylkeskommunen, gjennom lov om offentlig tannhelsetjeneste, skal organisere et oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester, hvilket betyr at pasienten skal ha fått tilbud om nødvendig undersøkelse/behandling, opplæring i forebyggende tiltak og tilbud om oppfølging. I tillegg skal fylkeskommunen sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen har også folkehelseansvar ved at den skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig

forebyggelse og behandling, jf § 1-2. Det innebærer at den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. Den offentlige tannhelsetjenesten utgjør om lag ¼ av tannhelsetjenesten i Norge.

4.3.1 Generelle vurderinger ved en fylkeskommunal modell

4.3.1.1 Sørge-for-ansvar

Den offentlige tannhelsetjenesten gir et oppsøkende tilbud til de gruppene som er prioritert i tannhelseloven. Fra 2005 fikk fylkeskommunene tillagt oppgaver med å organisere et tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige, bl.a. basert på erfaringer fra FUTT-prosjektet (Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester). Ordningen evalueres nå av SIRUS, og disse resultatene kan være relevante i forhold til innføring av nye grupper i fylkeskommunes ansvarsområde. Tilbudet til rusmiddelavhengige er noe ulikt organisert i de enkelte fylkeskommuner, men det er i de fleste fylkeskommunene organisert slik at rusmiddelavhengige som er under oppfølging/rehabilitering og nyttiggjør seg av andre sosial- eller helsetilbud, også tilbys tannhelsetjenester.

Ved å legge tilbudet om tannhelsetjenester til tortur- og overgrepsofre og til personer med odontofobi til fylkeskommunen følges i stor utstrekning prinsippene for et fylkeskommunalt tannhelsetilbud. Tilbudet til nye definerte grupper kan organiseres tilsvarende som for de andre prioriterte gruppene i tannhelsetjenesteloven.

Den offentlige tannhelsetjenesten har imidlertid angitt at økonomiske rammer gjør det vanskelig å konkurrere med privat tannhelsetjeneste, både ved rekruttering og for å beholde personell i offentlig tjeneste. Dette kan være en utfordring da tannhelsetilbud til torturoverlevende, overgrepsutsatte og personer med odontofobi kan kreve høy faglig odontologisk kompetanse i tillegg til psykologisk- og pedagogisk kompetanse.

De regionale odontologiske kompetansesentrene skal blant annet yte spesialiserte tannhelsetjenester. Det er naturlig at kunnskap rundt behandling av tortur- og overgrepsofre og personer med odontofobi innarbeides i sentrenes oppgaveportefølje. Kompetansesentrene kan utvikles til å bli regionale motorer i dette tilbudet.

4.3.1.2 Samhandling

Den offentlige tannhelsetjenesten har i de aller fleste steder utstrakt samarbeid med

andre tjenester som bl.a. helsetjenesten i kommunene, pleie- og omsorgstjenesten, barnevern m.v. Mange fylkeskommuner har inngått formaliserte samarbeidsavtaler med kommuner på overordnet nivå om kontrakter på tjenestenivå.

Et tannhelsetilbud til målgruppene for utredningen forutsetter samarbeid både fastlege og psykolog/psykiater. Det er foreløpig få fylkeskommuner/den offentlige tannhelsetjenesten som har etablert systematisk samarbeid med fastleger og psykolog/psykiater, men samarbeid med andre (pleie- og omsorgstjenesten, barnevernet) gir et godt grunnlag og har overføringsverdi til nye samarbeidskonstellasjoner. Den offentlige tannhelsetjenesten har også noen steder formelt samarbeid med privat tannhelsetjeneste. En slik ordning forutsetter tydelige oppgaver, ansvars plassering, systemer både for involvering, oppfølging og kontroll.

Et fylkeskommunal modell, gitt dagens situasjon, kan føre til barrierer mellom private og offentlige tjenesteutøvere og være med på å begrense tilbud til målgruppene pga organisatoriske rammer. Plassering av oppgaven til et forvaltningsnivå som allerede organiserer tilbud til grupper med spesielle behov kan være nyttig. Da legges oppgaven til en organisasjon som har erfaring og fokus på arbeidet med tilrettelegging, tilgjengelighet, samhandling og oppfølging for grupper som trenger et oppsøkende tilbud. Ansvars plassering og organisering er viktige funksjoner ved etablering av et tilrettelagt tilbud av tannhelsetjenester til personer i vanskelige livssituasjoner.

Hvem som utfører selve behandlingen er helt uavhengig av dette ansvaret. Den offentlige tannhelsetjenesten kan gjøre det selv eller behandlingsoppdrag kan settes ut til private aktører.

4.3.1.3 Valgfrihet

Prinsippet om valgfrihet kan være vanskeligere å oppfylle gjennom en fylkeskommunal modell, der den offentlige tannhelsetjenesten tilbyr tannbehandling gjennom egne ansatte. Dersom pasienten ønsker å benytte en privat tannlege kan den offentlige tannhelsetjenesten inngå avtale. Imidlertid har slike avtaler noen uavklarte områder, bl.a. i forhold til kontraktinggåelse, anskaffelsesreglement, kontrollordninger, oppfølging, finansiering og bruk av mellomlegg. Avtaler med private aktører for å løse offentlige oppgaver krever gode rutiner for kontraktinggåelse og kontroll. Det er imidlertid helt nødvendig å utvikle gode modeller på dette området fordi den offentlige tannhelsetjenesten ikke alltid har kapasitet til så store

behandlingsoppgaver.

En stram økonomistyring fra fylkeskommunenes side vil kunne påvirke nivået på tannbehandlingen.

4.3.1.4 Innhold i behandlingen

Fylkeskommunenes generelle økonomi og politiske prioriteringer kan være med på å definere innholdet i begrepet nødvendig tannhelsehjelp. Økonomiske begrensninger ved finansiering gjennom rammetilskudd til fylkeskommuner innebærer en viss prioritering blant de fylkeskommunale oppgavene. Det betyr at det fylkeskommunale handlingsrommet for tannhelsetjenester kan variere mellom fylkeskommunene, hvilket kan innebære begrensninger i behandlingsnivået. Imidlertid påligger det fylkeskommunene som organisasjon å drive faglig forsvarlig virksomhet slik at pasientene får oppfylt sin rettighet om nødvendig tannhelsetjenester (jf tannhelsetjenesteloven § 2-1). På lik linje som for kommunehelsetjenester vil det forekomme forskjeller, men ikke utover den rettslige standarden som ligger i rettigheten.

Ved en fylkeskommunal modell er det nødvendig å ta stilling til om målgruppene skal defineres som en prioritert gruppe i loven. Det er dette som vil være styrende for om gruppene skal tilbys tjenester med mål å oppnå akseptabel oral helse. Som illustrasjon er ordningen med tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige pr dags dato ikke hjemlet i tannhelsetjenesteloven. Fylkeskommunene kan ved vedtak definere inn egendefinerte grupper under tannhelsetjenesteloven § 1-3 bokstav e. Da får gruppene samme rettigheter som de andre prioriterte gruppene i loven. Dersom fylkeskommunene ikke gjør slikt vedtak, vil pasientene også kunne motta stønad til tannbehandling etter folketrygden, selv om de mottar vederlagsfrie tannhelsetjenester fra fylkeskommunen, fordi de formelt ikke har rettigheter etter annet regelverk, jfr folketrygdlovens § 5-1. Trygden vil kunne fungere som en tilleggsfinansiering til den behandlingen som fylkeskommunen skal sørge for. Kostnadene kan delvis dekkes gjennom innslagspunktene i folketrygdlovens § 5-6. Under egenandelsTAK II inngår refusjonsberettiget tannbehandling. Imidlertid er taket relativt høyt. De andre tjenestene som inngår i Tak II ordningen er av en helt annen karakter, slik de vanligvis ikke bidrar til å oppnå taket. Tannlegenes mellomlegg inngår ikke i Tak II ordningen, og belastes pasienten.

4.3.2 En fylkeskommunal modell i forhold til den enkelte målgruppe

Det er både likheter og forskjeller mellom de tre målgruppene. Enkelte pasienter kan oppfylle kriteriene i flere av målgruppene fordi problemene er sammensatte, og følger hverandre med hensyn til årsaker og konsekvenser. Med dette som utgangspunkt kan det være store fordeler å utarbeide et likt organisert og finansiert tilbud til alle gruppene. På den måten unngår man gråsoneproblematikk hvor noen kan ha rettigheter etter flere ordninger, som ikke gir samme tilbud og finansiell dekning. Utgangspunktet for drøftingene er at alle gruppene er i en vanskelig situasjon hvor det i stor utstrekning er behov for et tilrettelagt og tilpasset tannbehandling.

4.3.2.1 Torturoverlevende

Mange i denne gruppen er flyktninger. Deres helseplager settes i sammenheng med forholdene før, under og etter flukten. Mange har psykiske problemer pga krigsopplevelser, fengsling, trusler og tortur. Tortur med konsekvenser på tannhelsen som innbefatter både direkte og indirekte skader forekommer ofte.

Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for at helsetjenester er tilgjengelig for flyktninger, personer med opphold på humanitært grunnlag og asylsøkere som bor eller midlertidig oppholder seg i statlig mottak, jfr Rundskriv I-23/99 fra Sosial- og helsedepartementet. Dette kan være en fordel ved at man innenfor samme forvaltningsnivået kan kunne tilby en videreføring og oppfølging av tannbehandlingstilbudet til torturofre som har fått avdekket behov i asylsøkerfasen. Det kan være hensiktsmessig å tydeliggjøre det fylkeskommunale ansvaret og allerede i en tidlig fase avdekke personer som trenger oppfølging pga tortur.

4.3.2.2 Overgrepsutsatte

Tannhelsetilbudet skal rette seg mot vold- og overgrepsutsatte. Gratis tannhelsetilbud gis til personer som er under behandling pga overgrep eller vold. Henvisning fra psykolog/psykiater er nødvendig.

Fylkeskommunen tilbyr barn og unge frem til 20 års alder offentlige tannhelsetjenester. Det betyr at vold- og overgrepsutsatte skal ha fått tilbud om offentlig tannhelsetjenester i barne- og ungdomsårene. Den offentlige tannhelsetjenesten og helsepersonell har plikt til å melde fra dersom det er mistanke om seksuelt misbruk, vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn og unge. Dersom tannhelsetilbudet legges til

en fylkeskommunal modell videreføres og tydeliggjøres den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for å tilby tilrettelagte tjenester frem til 20 år, inkludert ansvaret å avdekke omsorgssvikt, vold og overgrep mot barn og unge tidlig. Dette er et viktig ansvar og erfaring viser at det er nødvendig med gode systemer for samhandling, rapportering og oppfølging, for å sikre at alle saker blir meldt til barnevernet der hvor det er grunn til å tro at barnet/ungdommen utsettes for omsorgssvikt, vold eller overgrep. Ved et fylkeskommunalt ansvar for tannhelsetjenester til overgrepsofre settes også et klart fokus på det forebyggende arbeidet ved å avdekke slike saker tidlig.

4.3.2.3 Odontofobi

Tannhelsetilbudet skal rette seg mot personer med diagnosen odontofobi. Dette er personer som med tannhelseproblemer, og som pga av sin fobi ikke oppsøker behandlingstilbudet. Henvisning fra psykolog/psykiater som stiller diagnosen er nødvendig.

Et offentlig tannhelsetilbud skal ikke bare resultere i god tannhelse, men også inneholde opplæring/veiledning slik at den enkelte blir i stand til å ivareta sin tannhelse selv, herunder også evne til å nytte seg et tannhelsetilbud gjennom livet. For personer som lider av odontofobi er dette vanskelig og for mange umulig. Årsakene kan være mange, men for å behandle fobien, er det nødvendig med tid, tilrettelegging og tverrfaglig tilnærming. Den offentlige tannhelsetjenesten har et ansvar for å forebygge odontofobi fra ung alder av. Ved å videreføre ansvaret, kan man oppnå helhet i behandlingskjeden samtidig som et er et godt insitament for å forebygge, avdekke og evt. starte opp med behandling av personer med odontofobi.

4.3.3 Forslag til lovendring

Ved en fylkeskommunal modell kan gruppene tas inn som prioriterte grupper under tannhelsetjenesteloven § 1-3, og få samme rettigheter som andre prioriterte grupper i loven. Utfyllende bestemmelser angående innslagskriterier, krav til samarbeid og kompetanse krav hjemles i forskrift og rundskriv. Hvorvidt tjenesten ytes av privat eller offentlig tannhelsetjenestene ligger innenfor fylkeskommunenes egen organisasjonsfrihet. Helsedirektoratet har ikke laget forslag til lovtekst. Dette er tenkt som en del av et eventuelt oppfølgingsarbeid etter rapporten.

4.4 Forutsetninger – styrking av den offentlige tannhelsetjenesten

Både i NOU 2005:11 og i St.meld nr. 35 (2007-2008) understrekes viktigheten av å styrke den offentlige tannhelsetjenesten. Ved å legge forankring av tilbudet til den offentlige tannhelsetjenesten vil den få større ansvar og behov for mer kompetanse.

Den offentlige tannhelsetjenesten har gitt tilbakemelding på at det er for lite ressurser i virksomheten slik at de kan gi begrensninger i tilbudet. Dette fremkommer blant annet i tilsynsrapportene fra Helsetilsynet, som i klartekst beskriver at det er store forskjeller mellom fylkene hva gjelder tilbudet til de prioriterte gruppene.

Hvis tilbudet til de tre gruppene som denne rapporten omhandler også skal legges til Den offentlige tannhelsetjenesten, må det en vesentlig styrking av økonomien til Helsedirektoratet tar det som en selvfølge at rammene til den offentlige tannhelsetjenesten økes dersom dette ansvaret kommer i tillegg til dagens oppgaver.

4.5 Oppsummering - Helsedirektoratets anbefalinger

Helsedirektoratet mener at tannbehandling til torturoverlevende og overgrepsoffer og til personer med odontofobi bør finansieres fullt gjennom rammefinansiering til fylkeskommuner, ved at personene som tilhører de nevnte gruppene innlemmes som prioriterte grupper i loven. En forutsetning er at fylkeskommunene får tilstrekkelige ressurser til oppgaven. Ressursene må avspeile tid til tilvenning, samhandling og brukermedvirkning, samt til kompetanseutvikling i forhold til de aktuelle gruppene. Fylkeskommunen får et sørge-for-ansvar og et følge-med-ansvar.

De odontologiske kompetansesentrene bør stimuleres til å etablere kompetanseteam for odontofobibehandling, og på sikt også styrke kompetansen på å behandle traumatiserte mennesker. I en overgangsfase, i påvente av at kompetansesentrene etableres, kan universitetene bidra til kompetanseoppbygging.

Eventuelt samarbeid mellom fylkeskommunen og private aktører om behandling av personer som tilhører gruppene, gjøres gjennom avtaler.

5 Økonomiske og administrative konsekvenser av å gi et tilbud til disse gruppene

5.1 Fylkeskommunalt oppsøkende tilbud

Når det gjelder behandlingskostnader for tannhelsehjelp baserer Helsedirektoratet seg i hovedsak på erfaringer fra FUTT prosjektet og fra Oslo kommunes tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige som er under behandling i spesialisthelsetjenesten. Til grunn for disse kostnadene ligger fylkeskommunale takster og et behandlingsomfang med mål *akseptabel oral helse* som defineres som: *"Ikke ha smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen, ha tilfredsstillende tyggefunksjon og kunne kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene"* (FUTT-prosjektet 2004:10, Tenner for Livet, NTF).

I FUTT-prosjektet ble tannbehandling tilbudt personer under psykisk helsevern. De hadde en gjennomsnittlig behandlingskostnad (inkl. tekniker utgifter) på 11 800 kr for årene 2002-2003. Hos rusmiddelavhengige, en annen gruppe i FUTT-prosjektet, var gjennomsnittlig behandlingskostnader 14 300 kr inkl. tanntekniske utgifter. Det er disse gruppene som likner mest på de gruppene som man nå vurderer å gi et tilbud. Helsedirektoratet mener disse gruppenes tannbehandlingsbehov illustrerer hva som vil kunne være et typisk behandlingsomfang og tannbehandlingskostnader også for torturoverlevende og overgrepsutsatte.

Offentlig tannhelsetjeneste har fra 2005 gitt rusmiddelavhengige under behandling i spesialisthelsetjenesten et tilbud om vederlagsfrie tannhelsetjenester. Erfaringer fra Tannhelsetjenesten Oslo KF angående dette tilbudet viser gjennomsnittlig behandlingskostnader på kr 12 700 i 2006 til 13 100 kr i 2007 og til 19 506 kr i 2008. Fylkeskommunale takster ligger til grunn og behandlingene er blitt utført av private tannleger som fylkeskommunen har inngått avtale med. I tillegg til behandlingskostnadene har fylkeskommunene hatt administrative kostnader knyttet til gjennomgang av alle pasientenes behandlingsbehov med utarbeidelse av et spesifisert kostnadsoverslag. Denne tjenesten kostnadsberegnes til kr 800,- per pasient. Dette for å ha kontroll over behandlingsomfang og kostnadene. Andre fylkeskommuner har gått inn på andre ordninger hvor man for eksempel kun gir kostnadsoverslag ved kostnadskrevende behandling over en terskelverdi.

5.2 Torturoverlevende

Av totalt om lag 140 000 med flyktningbakgrunn i Norge (inkl. familie tilknyttet primærflyktninger) antas det at rundt 5000-6000 kan ha behov for tannbehandling. Noen vil ha ordnet dette privat, andre med delvis støtte fra trygdens eksisterende regelverk, dvs. at de er allerede en del av utgiftene under § 5-6. Det legges til grunn at 50 % av tilfellene vil benytte seg av dette nye tilbudet, om det blir gratis, og ha behov for omfattende tannbehandling med hovedbegrunnelse at de er torturofre. Behandlingsbehovet vil variere mye, men generelt er vurderingen at det vil være ett oppsamlet behandlingsbehov på grunn av forsømt vedlikehold av tennene gjennom flere år, og på grunn av direkte og indirekte skader på munnhule, kjeve og tenner. Basert på tall fra Tandlægeskolen i København i samarbeid med Rehabiliterings- og forskningscentret for torturofre (RCT) og fra FUTT prosjektet i Norge, vil vi anslå gjennomsnittlig behandlingskostnad til **14-21 000 kr**. Dette dreier seg derfor om de mest alvorlige tilfellene, og som klart lar seg definere innenfor denne målgruppen. Anslagsvis kan dette dreie seg om **2 750** pasienter årlig og det vil da koste **39-58 mill.kr årlig**. I tillegg kommer kostnader til utredning hos psykolog med ca. 3 timer og spesialisterklæring, før behandlingen kan starte. Slike tilleggskostnader anslås dermed til om lag 6 000 kr per pasient og samlet rundt **16,5 mill.kr årlig**.

5.3 Overgrepsofre (inkl. seksuelle overgrep)

Her vil nok behandlingsbehovet være ganske likt som hos gruppen av torturoverlevende pga. likheter i direkte skadeomfang og likheter i psykiske lidelser og utvikling av traumer og evt fobier som kan resultere i et økt tannbehandlingsbehov. Gjennomsnittlig tannbehandlingskostnad på 14-21 000 kr legges derfor til grunn også her. **Det er svært vanskelig å anslå hvor mange pasienter som kan tenkes å få hjelp med denne hovedbegrunnelse.** Det anslås at om lag **2 000** personer årlig kan nås gjennom denne ordningen når den har kommet i full drift. Antallet baseres på de alvorligste tilfellene som hovedsakelig avdekkes i møte med helsepersonell. Antall personer, som er antydnet, må også sees i sammenheng med tannbehandlingsbehov tilsvarende 14-21 000 kr i gjennomsnitt. Totale behandlingskostnader for denne gruppen kan da antydes å bli **28-42 mill.kr årlig**. I tillegg kommer kostnader til utredning hos psykolog med ca. 3 timer og spesialisterklæring, før behandlingen kan starte. Slike tilleggskostnader anslås dermed til ca 6 000 kr per pasient og samlet **12 mill.kr årlig**.

5.4 Odontofobi

Antall personer med odontofobi kan grovt anslås til 6000-9000 personer. Videre legger vi til grunn at vi greier å nå maksimalt om lag **2 750** personer med igangsettelse av behandling årlig. Vi tenker oss her da et behov tilsvarende 8 behandlingsseanser med en samlet kostnad på 10 000 kr per pasient (jfr. E.Skaret/J. Bergdahl). Inkludert i denne kostnaden ligger tid for bearbeidelse av fobien av tannlege, psykolog og tannpleier ved siden generell tannbehandling av mindre omfang. Totale behandlingskostnader kan da antydes å bli om lag **28 mill.kr årlig**. I tillegg kommer kostnader til utredning hos psykolog med ca. 3 timer og spesialisterklæring, før behandlingen kan starte. Slike tilleggskostnader anslås dermed til ca 6 000 kr per pasient og samlet **16,5 mill.kr årlig**.

Samlet for alle tre grupper kan det dermed antydes årlige tannbehandlingskostnader, etter fylkeskommunale takser, på 95-128 mill.kr. og psykolog tjenester tilsvarende 45 mill.kr, totalt 140-173 mill.kr årlig når tilbudet har blitt godt kjent og en når ut til det antallet pasienter som vi tror er aktuelt på årsbasis ved full drift. I tillegg kommer administrative kostnader knyttet til informasjon og opplæring av tannhelsepersonell og kompetanseutvikling. Kostnadene ved å opprette et nytt tilbud kommer i tillegg. Her må det settes av tid til å utarbeide systemer rundt tilbudet, tid til etablering av samhandlingsrutiner samt tid til å etablere samarbeidsavtaler og kontrollsystemer dersom man ønsker involvering av privat tannhelsetjenester.

Det vil ta tid å nå fram med informasjon til alle i målgruppene og det antas at det tar 3-5 år før en klarer å nå ut til så mange personer som skissert i regnestykkene ovenfor. Særlig vil det være vanskelig å nå frem til dem med odontofobi. For denne gruppen er 5 år mest realistisk. Det første året vil derfor kostnadene overfor trolig bli om lag 30-50 mill.kr.

Alle beregningene over tar utgangspunkt i at pasienten ikke betaler verken egenandeler eller mellomlegg.

Gjennomsnittskostnadene som anslås for disse gruppene ligger langt over gjennomsnittlige utgifter til tannbehandling i Norge. Dette fordi man antar at de har ett oppsamlet behandlingsbehov og trenger spesielt tilrettelagt behandling.

5.5 Folkestrygdfinansiert modell

Med en eventuell dekning over Folkestrygdlovens § 5-6 og satsene i forskriften, vil kostnadene bli vesentlig lavere enn tallene over. Ved trygdefinansiering må pasientene betale betydelige mellomlegg og egenandeler. Trolig vil da mange måtte avstå fra behandling på grunn av den økonomiske belastningen dette innebærer.

I en trygdefinansiert modell, basert på dagens takster, vil kostnadene kunne bli om lag 20 % lavere enn tallene for den fylkeskommunale modellen. De årlige totalkostnader for staten vil da kunne reduseres fra **140-173 mill.kr til 112-138 mill.kr.** De privatpraktiserende tannlegenes honorar ligger trolig om lag 30-35 % over trygdens honorartakster. Hvis man legger private tannlegers honorar til grunn, og pasientene ikke skal betale egenandeler og mellomlegg, kan det se ut som om statens kostnader vil bli om lag 10-15 % høyere enn i den fylkeskommunale modellen.

6 Referanser

Agdal, M. L., M. Raadal, et al. (2008) *Oral health and oral treatment needs in patients fulfilling the DSM-IV criteria for dental phobia: Possible influence on the outcome of cognitive behavioral therapy* Acta Odontol Scand 66(1): 1-6.

American Psychiatric Association.(APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA

Becker, J.V., & Kaplan, M. (1988). *The assessment and treatment of adolescent sexual offenders*. Advances in Behavioral Assessment of Children and Families, 4, 97-118.

Bimer PL (1998) Tandhälsa hos torter de pas enter relater t till tidigare tortyrerfare het. Folkt ndv rden Huddinge sjukhus (lastet ned fra <http://www.redcross.se/rkcstockholm/TANDH%C4LSA%20HOS%20TORTERADE%20PATIENTER%20RELATERAT%20TILL%20TIDIGARE%20TORTYRERFARENHET%20Pia%20Bimer.pdf> oktober 2009)

Bøjholm S, Jørring L og M Bakke (1995) *Torturoverlev re – generelle og odontologiske aspekter*. Tandlægebladet 1995:99, nr. 18

Cohn, J rgen (2001) *Torturoverlev re i Norge – l gernes ansvar* Tidsskr Nor lægeforen nr 29, 2001:121

Finkelhor, D. (1994). *Current information on the scope and nature of child sexual abuse. The Future of Children*. Sexual Abuse of Children, 4, 31-53.

FNs torturkonvensjon (1984) UN Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Lastet ned fra <http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og-erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-torturkonvensjon> (09.11.2009)

Haaland T(red), Clausen S-E, B Schei (2005) *Vold i parforhold - ulike perspektiver: Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. NIBR-rapport 2005:03 Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning

Hagglin, C., M. Hakeberg, et al. (2000). *Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women*. Community Dent Oral Epidemiol 28(6): 451-60.

Hakeberg, M., U. Berggren, et al. (1993). "A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety." Community Dent Oral Epidemiol 21(1): 27-30.

Haukebo, K., E. Skaret, et al. (2007). "One- vs. five-session treatment of dental phobia: A randomized controlled study." J Behav Ther Exp Psychiatry.

Helsedirektoratet (2009) Migrasjon og helse. utfordringer og utviklingstrekk. Rapport IS-1663 Helsetilsynet (2004)

Helsetilsynet (2004) *Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten*. Oslo: Helsetilsynet. Rapport 5/2004

Helsetilsynet (2005) *Ulike fylke, ulike tannhelsetenestetilbud? Tilbudet frå Den offentlege tannhelsetenesta til dei prioriterte gruppene, oversyn over bemanningssituasjonen og oppsummering av rapporteringa frå Helsetilsynet i fylka*. Oslo: Helsetilsynet. Rapport 8/2005

Hjern, Anders (red) (1995): *Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar*. Lund: Studentlitteratur

Holst, D. and A. A. Schuller (2000). *Oral health changes in an adult Norwegian population: a cohort analytical approach*. Community Dent Oral Epidemiol 28(2): 102-11.

Jakobsen M, Sveaas N, Johansen LEE og E Skogøy (2007): *Psykisk helse i mottak: Utpøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport 2007:4.

Jaranson J, Butcher J, Halcon L, Johnson D, Robertson C, et al. (2004) *Somali and Oromo Refugees: Correlates of Torture and Trauma History*. American Journal of Public Health 94: 591-9

Kessler RC, Berglund P & O Demler et al. (2005) *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:593-602.

Kirkengen, Anna Luise (2005) : *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget

Kvale, G., U. Berggren, et al. (2004). "Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions." Community Dent Oral Epidemiol 32(4): 250-64.

Lavik, N. J., Hauff, E., Skrandal, A. & Ø Solberg (1996). *Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an out-patient population*. British Journal of Psychiatry, 169, 726-732.

Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G., Imthurn, B., Rath, W. (2007). *Consequences of childhood sexual abuse experiences on dental care*. Journal of Psychosomatic Research 62, 581-588

Levekårsundersøkelsen 2007: Utsatthet og uro for lovbrudd. Mer vold og trusler enn tyveri. Lastet ned fra <http://www.ssb.no/vold/> (oktober 2009)

Lyshol H & A Biehl (2009). *Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Rapport 2009:5

Major, EF (2000) *Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktinger og asylsøkere*. Oslo: Tidsskr Nor lægeforen 2000; 120:3420-3

Mossige, S., Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge. En*

selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. NOVA-rapport 2007:20

NOU 2005:11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Næss Ø, Rognerud M og B H Strand (2001) *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport.* Oslo: Folkehelseinstituttet. Rapport 2007:1.

Oosterink FMD, de Jongh A & J Hoogstraten (2009) *Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes.* Eur Journal of Oral Sciences Volume 117, Issue 2, Date: April 2009, Pages: 135-143

Pape, H., Stefansen, K. (2004). *Den skjulte volden.* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Physicians for Human Rights (2001) *Examining asylum seekers. A health professional's guide to medical and psychological evaluations of torture* (Lastet ned fra http://www.phrusa.org/campaigns/asylum_network/Asylum_Report_forWeb.pdf. Dato: 16.10.06)

Pine. (2002). *Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae.* Biological psychiatry, 51(7), 519.

Rasmussen OV (1990) *Medical aspects of torture.* København: Danish Medical Bulletin vol.37 suppl. No.1; Jan 1990;1-88

Rundskriv I-23/99 *Retningslinjer for tannhelsetjenester til flyktninger og asylsøkere i statlig mottak, ansvar, tjenestens faglige innhold og betalingsordninger.* Oslo: Sosialdepartementet

Sahlin K, Bergdahl J. (1998) *Fobiskolan – Utveckling och utvärdering av en behandlingsmetod för tandvårdsrädda vuxna patienter. Slutrapport.* Universitetet i Umeå: Institutionen för tillämpad psykologi. Rapport nr 5.

Sahlin K, Bergdahl J. (1998) *Fobiskola mot tandvårdsrädsla.Handledarmanual.*

Scou L, Dyb G og S Graff-Iversen (2007) *Voldsutsatt ungdom i Norge – resultater fra helseundersøkelser i seks fylker.* Oslo: Folkehelseinstituttet og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport 2007:8

Schuller, A. A., T. Willumsen, et al. (2003). *Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear?* Community Dent Oral Epidemiol 31(2): 116-21

Solveig D, Sveaass N & S Varvin (2006) *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder.* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Sosial- og helsedirektoratet (2007): IS-1457 *Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten*

Sosial- og helsedirektoratet (2003) IS-1022 *Veileder - Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger.*

Stalker CA, Russel BDA, Teram E og Schachter CL (2005) *Providing dental care to*

survivors of childhood sexual abuse. Journal of the American Dental Association (JADA) vol. 136; p. 1277-81

Statens helsetilsyn (1999) IK-2659 Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid. Veiledningsserie 1:1999

Stinson, F. S., D. A. Dawson, et al. (2007). *The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Cambridge University press: Psychological Medicine 37: 1047-1059

St.meld. nr. 35 (2006-2007): *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Sætre, M. (1997). *Samfunnsproblemet som forsvant. En kritikk av tendensen til å minimalisere omfanget av seksuelle overgrep mot barn*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 34, 53-61.

Sætre, M., Holter, H., & Jebesen, E. (1986). *Tvang til seksualitet. En undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Cappelen.

Tronstad, Kristian Rose (2005) *Verdens dag for flyktninger. Mange på flukt*. Oslo: SSB

Tsang A, Sweet D. Detecting Child Abuse and Neglect- Are Dentists Doing Enough? J Can Dent Assoc 1999; 65:307-9.

Varvin, Sverre: *Legers forhold til flyktningpasienten*. Tidsskr Nor lægeforen nr 2009; 129:1488-90

Vassend O (1993) *Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment*. Behave Res Ther 31:659-666.

Vika, M., E. Skaret, et al. (2009). "One- vs. five-session treatment of intra-oral injection phobia: a randomized clinical study." Eur J Oral Sci 117(3): 279-85.

Walker, E.A., Milgrom, P.M., Weinstein, P., Getz, T., Richardson, R. (1996). *Assessing abuse and neglect and dental fear in women*. J Am Dent Assoc, 127, 485-490.

Willumsen, T. (2001). *Dental fear in sexually abused women*. Eur J Oral Sci, 109, 291-296.

Willumsen, T. (2004). *The impact of childhood sexual abuse on dental fear*. Community Dent Oral Epidemiol, 32, 73-9

Willumsen T og O Vassend (2003) *Effects of cognitive therapy, applied relaxation and nitrous oxide sedation. A five-year follow-up study of patients treated for dental fear*. Acta odontologica Scandinavica 2003 Apr

Bakgrunnsliteratur

Amnesty International Danmark (2008) *Asylansøgere i Danmark. En undersøgelse af nyankomne asylansøgers helbredstilstand og traumatiseringsgrad*. Amnesty Internationals Danske lægegruppe 2008, i samarbejde med Dansk Røde Kors

Arbeids og inkluderingsdepartementet: *Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen og mål for inkludering*. Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2006-2007) – Statsbudsjettet 2007

Arenas, Julio G (red) (1997): *Interkulturel psykologi*. København: Hans Reitzels forlag

Barne- og familiedepartementet: *Strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn* (2005-2009)

Becker JV & M Kaplan (1988). *The assessment and treatment of adolescent sexual offenders*. Advances in behavioral Assessment of Children and Families, Vol 4: 97-118

Bergdahl J, Larsson A, Nilsson L-G, Riklund Åhlström K, Nyberg L. (2005) *Treatment of chronic stress in employees: Subjective, cognitive, and neural correlates*. Scand J Psychology 2005; 46:395-402

Brunvatne, Reidun (2006): *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Cairns A, Murphy M & R Welbury (2004) *An Overview and Pilot Study of the Dental Practitioner's Role in Child protection*. Child Abuse Review 2004 Vol.13:65-72

Dahle R og N Hennum (red.) (2008) *Barneverntjenestens håndtering av saker med vold og seksuelle overgrep*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport 5/2008

da Fonseca MA (1993) *The important role of dental hygienists in the identification of child maltreatment*. Journal Dental Hygiene 1993;67: 135–139.

Gjertsen H og AK Eide (2009) *Hjelp når livet rakner. Evaluering av incestsentrene og incesttelefonen*. Bodø: Nordlandsforskning. Rapport 2/2009

Hjemdal OK og K Engnes (2009) *Å spørre om vold ved svangerskapskontroll. Rapport fra et forsøksprosjekt i fire kommuner*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress AS. Rapport 1/2009

Jerlang B, Orloff J og P Jerlang (1995): *Torturoverlevende – generelle og odontologiske aspekter*. Tandlægebladet 1995;99, nr. 18

Kellog N. (2005) *Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect*. Pediatrics Vol. 116 No. 6, Dec 2005:1565-1568

Kristiansen A, Urke M & TG Hernæs (2008) *Barnemishandling og omsorgsvikt – tannlegens rolle*. Masteroppgave 2008 (stud.odont) Oslo: Universitetet i Oslo, det Odontologiske fakultet

Lie B (2001): *Kunnskap om følger av tortur* Tidsskr Nor lægeforen nr 29, 2001:121

Needleman HL, MacGregor SS & LM Lynch (1995) *Effectiveness of a statewide child abuse and neglect educational program for dental professionals*. Pediatric Dentistry 1995:17: 41–45.

Neumayer SM, Meyer MA og N Sveaass (2008) *Forebygging av vold i oppdragelsen. Samarbeid mellom hjelpeapparat og minoritetsforeldre. En kunnskapsoversikt*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress AS

NKVTS (2007): *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge. Kunnskapsstatus 2007*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress AS, seksjon barn og unge

NOU 2008:4 *Fra ord til handling. Bekjempelse av voldtekt krever handling*.

Ormstad K (2006) *Barnemishandling og seksuelle overgrep sett fra en rettsmedisiners synsvinkel*. Forelesning. Oslo: Universitetet i Oslo, Rettsmedisinsk institutt

Rønneberg A (2007) *Tannhelsetjenestens rolle i forbindelse med overgrep og barnemishandling*. Forelesning. Oslo: Universitetet i Oslo

Saur R (2007) *Vold i nære relasjoner. Forslag til felles opplæringstiltak for ansatte i relevante hjelpetjenester*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Notat 3/2007

Schell J, Riviero AP & S Ringlien (2009) *Barnemishandling og omsorgsvikt. Tannpleierens rolle*. Bacheloroppgave 2009 (tannpleierstud.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det Odontologiske fakultet.

Schläger D, Rasmussen N K og M Kjøller (2005) *Sundhedsforhold blandt etniske minoriteter – en litteraturgennemgang*. København: Statens Institut for Folkesundhed

Skogøy E (2008) *Arbeid med voldsutsatte kvinner med minoritetsbakgrunn*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress AS. Veileder

Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Rundskriv- Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger – faglige råd og en påminning om gjeldende lov og regelverk – med særlig vekt på psykisk helse*. IS-22

Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Seksuelle overgrep mot barn. En veileder for hjelpeapparatet*

Sveaas N og E Hauff (red) (1997): *Flukt og fremtid. Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Søftestad, Siri (2008): *Avdekking av seksuelle overgrep- veier ut av fortielsen*. Oslo: Universitetsforlaget

Spilker RS, Indseth T og A Aambø (2009) *Tilstandsrapport: Minoritetshelsefeltet i Norge, Mighealthnet, Norge*. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)

United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights: *Istanbul Protocol. Manual of the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhumane and degrading treatment or punishment*. Geneve: UNHCR (Kan lastes ned fra <https://unp.un.org/Details.aspx?pid=17437>)

Welbury RR et al (2003) *General dental practitioners' perception of their role within child protection: a qualitative study*. European Journal of Paediatric Dentistry 4: 89–95

Øverlien C og H Sogn (2007) *Kunnskap gir mot til å se og trygghet til å handle*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport 3/2007

**ARBEIDSGRUPPER OPPDRAGSPROSJEKTER TANNBEHANDLING FOR
TORTUROVERLEVERE, OVERGREPSUTSATTE OG PERSONER MED
ODONTOFOBI
HELSEDIREKTORATET JUNI - DESEMBER 2009**

Prosjektansvarlig: Kristin Mehre

Prosjektleder: Benthe Hansen

Ekstern arbeidsgruppe:

fylkestannlege Bengt Berger, Vestfold fylkeskommune

professor Jan Bergdahl, Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø

forsker og spes. i pediatri, Geir Borgen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

tannpleier Agnes Haugan, Norsk tannpleierforening

sosialkonsulent Borgny Hornæs, Støttesenteret mot incest (SMI)

overtannpleier Eva Rydgren Krona, Buskerud fylkeskommune

tannlege Astrid Løset, Den norske tannlegeforening

universitetslektor og spes. i pedodonti Anne Rønneberg, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Ali Saki, Amnesty

professor Erik Skaret, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

førsteamanuensis Nora Sveaass, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

forsker og psykiater Sverre Varvin, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Intern arbeidsgruppe:

Rådgiver Eivind Berg

Rådgiver Per Øyvind Gaardsrud

Seniorrådgiver Trine Orten Groven

Seniorrådgiver Linda Haugen

Seniorrådgiver Benthe Hansen

Seniorrådgiver Freja Ulvestad Kärki

Seniorrådgiver Eva Olssøn

Seniorrådgiver Kristin Refsdal

Overtannpleier Hilde Vogt Toven

**7 TILLEGGSRAPPORT 2010 VEDRØRENDE
TILRETTELAGTE TANNHELSETILBUD FOR
MENNESKER SOM ER BLITT UTSATT FOR
TORTUR, OVERGREP ELLER HAR ODONTOFOBI**

Innledning – Tilleggsrapport avlevert HOD juni 2010

Denne tilleggsrapporten må ses i sammenheng med hovedoppdraget fra HOD som er besvart i rapporten foran som ble avlevert den 11. desember 2009. Den 19. mars 2010 mottok Helsedirektoratet brev med tilleggsbestilling. I dette brevet sier HOD blant annet:"Utredningen gir etter departementets vurdering en bred faglig oversikt over de ulike gruppene og deres behov for å få et tilrettelagt tilbud. Rapporten er således et viktig bidrag til departementets vurdering av forslag om et målrettet tilbud til disse gruppene som del av oppfølgingen av Stortingets vedtak i saken. For at HOD på best mulig måte skal kunne foreta de vurderinger som anses som nødvendige for politiske beslutninger, ber departementet om at direktoratet foretar en nærmere redegjørelse for de nedenfor nevnte organisatoriske, økonomiske og administrative konsekvenser som følger av forslaget om et tilrettelagt tannhelsetilbud. Departementet ber om at arbeidet tar utgangspunkt i følgende tema;

En vurdering av antall personer om kan omfattes av forslagene

Departementet ønsker at direktoratet gjør nærmere rede for hvilke vurderinger som ligger til grunn for direktoratets antakelser om antall torturoverlevende, overgrepsutsatte og antall personer med odontofobi som kan tenkes å bli omfattet av ordningen.

En nærmere redegjørelse for konsekvenser vedrørende organisering og kompetanse, herunder blant annet:

- I hvilken grad er det behov for egne team hvor aktuelle personer kan henvende seg for utredning og behandling – herunder a) eventuell behandling av odontofobien – og b) den odontologiske behandling, og i tilfelle hvor mange på landsbasis (hvor tilgang på tolk kan være viktig)
- I hvilken grad er det behov for ekstra kompetanse hos det personellet som skal kunne ivareta de omtalte funksjoner over
- hvor stor betydning har det at tannlege som deltar i behandlingen av odontofobi også står for den odontologiske behandlingen etter fobi-behandlingen?
- I hvilken grad er det mest hensiktsmessig å organisere slike team i regi av fylkeskommunene, eller kan dette organiseres i privat sektor
- I hvilken grad er det ressurser/kapasitet hos psykolog/psykiater til å delta i odontofobi-behandling der hvor slike tilbud anses aktuelt å etablere
- Eventuelt andre forhold av betydning.

Behov for samarbeid og oppsøkende virksomhet

Når det gjelder behov for samarbeid og oppsøkende virksomhet bes direktoratet gjøre en vurdering av hvilke kommunale tjenester det er mest aktuelt å samarbeide med angående de aktuelle målgrupper, og på hvilken måte en eventuell oppsøkende virksomhet kan organiseres.

Kostnader og finansiering

Stortinget har i sitt vedtak bedt regjeringen legge til rette for at tortur og overgrepsofre via fastlege får:

- a) Utredning om terapi
- b) Tannbehandling

Etter HODs vurdering står vi overfor følgende kostnader:

- Eventuelle kostnader til etablering av behandlerteam hvor aktuelle personer/pasienter kan henvende seg – dette omfatter både kompetanseoppbygging, klinikkfasiliteter mv.
- Kostnader til utredning/diagnostikk – dvs. kostnader til å gjennomføre nødvendig utredning, diagnose og behandlingsforslag
- Kostnader til å gjennomføre eventuell fobibehandlingen
- Kostnader til den odontologiske behandlingen

Når det gjelder finansieringen av disse kostnadene ønsker HOD en vurdering av hvilke kostnader som fylkeskommunene kan bidra til å dekke. Videre er det behov for en vurdering av hvilke kostnader knyttet til hhv a) utredning/diagnostikk/behandlingsforslag, til b) eventuell odontofobibehandling og til c) den odontologiske behandlingen det er særskilt viktig at personen eventuelt bør få offentlig finansiering/stønad for å dekke.

Lov/forskriftstekst:

Forslag til lov- eller forskriftstekst oversendes som en del av oppfølgingen av rapporten slik direktoratet også omtaler det i sitt oversendelsesbrev.

Videre fremdrift i arbeidet med forslag om et tilrettelagt tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet om å gjennomføre dette arbeidet innen 1. juni 2010.

Når direktoratet har overlevert en nærmere redegjørelse for de økonomiske, organisatoriske og administrative konsekvenser som følger av forslaget om et tilrettelagt tannhelsetilbud vil departementet foreta en helhetlig vurdering av forslaget. Departementet har, i henhold til utredningsinstruksen, ansvar for at alle relevante og vesentlige konsekvenser er utredet. ”

Sammendrag

Helsedirektoratet fastholder i denne tilleggsrapporten viktigheten av at tiltak for torturoverlevende, overgrepsofsatte og personer med odontofobi hjemles i tannhelsetjenesteloven. Dette vil sikre en klar ansvars plassering i den offentlige tannhelsetjenesten. Et klart organisatorisk ansvar innebærer ansvar for samhandling i en kjede av tiltak som kan sørge for tilrettelagte tannhelsetilbud til de som trenger det mest. Helsepolitiske føringer om likeverdige helsetjenester uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn, personlig økonomi og livssituasjon ligger implisitt i hele denne rapporten. Det vises til St. meld nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester*, St. meld. nr. 47 *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*, Helsedirektoratets nøkkeltallrapporter for helsesektoren og Utviklingstrekkrapporten 2009 om *Migrasjon og helse*, hvor blant annet utjevning av sosiale ulikheter i helse løftes fram som en kjerneverdi. I Folkehelseinstituttets rapport 2010:2 *Helsetilstanden i Norge*, sies det blant annet om tannhelsen framover: ...”Å få tannhelsetjenesten til å fungere tilfredsstillende også for grupper med spesielle behov og å finne fram til adekvate tiltak for å forebygge tannsykdommer, er blant framtidens viktigste utfordringer ” (side 92).

Helsedirektoratet anser at mange av de menneskene som faller inn under inngangskriteriene som er beskrevet i rapporten, kan ha problemer med å nyttegjøre seg de eksisterende tannhelsetilbudene på grunn av språklige, sosiale, økonomiske og/eller helsemessige årsaker. Dette er personer som i stor grad ikke tar initiativ selv til å søke behandling, og trenger hjelp til å komme i kontakt med tjenesten og behandlingstilbudet. Det er derfor formålstjenlig at det etableres ordninger som gjør at tannhelsetjenester blir lettere tilgjengelig. Dette vil bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. En markedstilpasset modell for tilbud og etterspørsel av tannhelsetjenester antas å ikke fungere for disse gruppene, men en ev avtale mellom fylkeskommunen og private tjenesteytere om kjøp av tjenester kan være aktuelt enkelte steder.

De økonomiske og administrative konsekvensene er i hovedsak vurdert utfra disse forutsetningene. Rammefinansiering vil sikre at alle trinn i tiltakskjeden, som utredning,

diagnostikk, behandlingsplanlegging, tolketjenester og behandling, blir utført uten egenandeler for disse pasientene.

Helsedirektoratet har i denne tilleggsrapporten gått nærmere inn i de organisatoriske, økonomiske og administrative konsekvensene som følger av et tilrettelagt tannhelsetilbud i fylkeskommunal regi. Med utgangspunkt i rammefinansiering hvor det opprettes tannhelseteam med noe psykologbistand i hver fylkeskommune skal de som trenger det mest tilbys behandling. I tillegg vil de regionale odontologiske kompetansesentra som er under oppbygging fem steder i landet kunne fungere som rådgivnings- og behandlingsinstanser. Dette vil totalt bli vesentlig rimeligere enn om en stykkprisbasert ordning legges til grunn for kostnadsberegningen.

Rammefinansieringsmodellen er her beregnet å ville gi en varig årlig budsjettkonsekvens på mellom 80 og 90 mill kr. Det er utredet en toårig innfasing og en alternativ femårig innfasing av de tilrettelagte tannhelsetilbudene. Helsedirektoratet har også kostnadsberegnet hva en nødvendig kompetanseheving vil koste. Det skisseres et opplegg for kompetanseheving for teamene og for øvrig personell.

Helsedirektoratet har lagt til grunn at fylkene vil kunne stille lokaler til rådighet slik at det vil bli plass til tannhelseteam og en psykolog i bistilling på en sentralklinikk i hvert fylke. I de tettest befolkede delene av landet er det beregnet to team i fylkene. Tilgang på psykologbistand er skissert i denne tilleggsrapporten, men det er forbundet med usikkerhet med hensyn til hvordan den økte satsningen på psykologer i kommunene vil falle ut. Det vises forøvrig til tilskuddsordning for utprøving av ulike modeller for rekruttering av psykologer i kommunehelsetjenesten som omtales.

Den offentlige tannhelsetjenesten har god erfaring med systematisert samarbeid med andre instanser. Tjenesten har de siste årene formalisert samarbeidet med andre kommunale tjenester. Her finnes det fylkeskommunale forskjeller, men den offentlige tannhelsetjenesten har tilegnet seg kompetanse og gjort nyttige erfaringer om samarbeid med de kommunale tjenestene. Det påligger fylkeskommunen et ansvar å sørge for at pasientene får tilstrekkelig informasjon til å kunne motta tannhelsetilbudet. Ved etablering av et tannhelsetilbud til torturoverlevende, voldsutsatte og personer med odontofobi kreves samarbeid med annet hjelpeapparat. Hvilke samarbeidspartnere som er aktuelle vil være avhengig av målgruppen. Lokal forankring av ansvar er viktig, da alle med opphold i en kommune har rett til kommunale helsetjenester.

8 Antall personer som kan omfattes av ordningen

Departementet ønsker at det gjøres nærmere rede for hvilke vurderinger som ligger til grunn for direktoratets antakelser om antall torturoverlevende, overgrepsutsatte og antall personer med odontofobi som kan tenkes å bli omfattet av ordningen.

Det vises spesielt til inngangskriterier for ordningene og dokumentasjonskrav som omtales under hver gruppe i oppdragsrapporten foran.

Anslag for antall personer som kommer inn under de ulike inngangskriteriene og som vil bli omfattet av ordningen, fremkommer etter vurderinger som er gjort med bakgrunn i opplysninger fra fagmiljøene, og fra tilgjengelige rapporter og undersøkelser. Tall som oppgis vil imidlertid være beheftet med stor usikkerhet, siden det på mange av de aktuelle områdene ikke finnes systematisert kunnskap om forekomst, alvorlighetsgrad av skader og lidelser mv.

8.1.1 Torturoverlevende

Det antas at ca 5 000 – 6 000 personer vil omfattes av ordningen hvert år. Følgende legges til grunn: I forbindelse med avgrensning av torturoverlevende med tanke på rettigheter til offentlig finansiert tannbehandling, kan det skilles mellom ulike former for skadehistorie og type skader. Det vises til oppdragsrapporten foran, side 15 pkt A – D. Helsedirektoratet legger til grunn at ordningen innrettes mot personer som har vært utsatt for grov tortur i henhold til den beskrivelsen. Dette inkluderer tortur direkte mot tenner og/ eller mot strukturer i hals- og hoderegionen. En del av torturoverlevende antas å komme inn under gruppen som har utviklet odontofobi.

Det er vanskelig å oppgi et nøyaktig antall torturoverlevende i Norge. Per 01.01.2009 var det 143 355 personer med flyktningbakgrunn (inkludert familietilknyttede til primærflyktninger) i Norge. Basert på oversikter fra fagmiljøene tar Helsedirektoratet utgangspunkt i at om lag halvparten av disse har vært utsatt for en form for tortur. Anslagsvis 10-15 % av disse igjen har vært utsatt for grov tortur.

En oversikt over 231 flyktninger som ble behandlet mellom 1991 og 1995 ved tidligere Psykososialt senter for flyktninger i Oslo viste at 71 % av mennene og 31 % av kvinnene oppga å ha blitt utsatt for fysisk tortur. I en annen undersøkelse gjennomført

av NKVTS ved asylmottak i Norge, fant man at 57 % oppga å ha vært utsatt for tortur, mens 31 % av kvinnene og 13 % av mennene rapporterte å ha blitt voldtatt (Jakobsen, Sveaass, Johansen, & Skogøy, NKVTS 2007).

Amnestys legegruppe dokumenterer at ca halvparten av asylsøkere i Danmark er torturofre. De fysiske symptomene er ca dobbelt så hyppig forekommende blant torturoverlevende enn blant ikke-torturerte asylsøkere, og de psykiske symptomene er ca 2-3 ganger høyere (Amnesty International 2008).

Utviklingstrekkrapporten om "Migrasjon og helse" (Helsedirektoratet 2009) omhandler blant annet psykisk helse hos flyktninger og asylsøkere, og utfordringer i møte med helsetjenesten. Flyktninger har tre ganger så høy andel angst og depresjon som norskfødte. Og forholdene etter flyttingen til Norge ser ut til å spille en stor rolle for psykisk helse, hvor særlig forhold knyttet til arbeid, økonomi, sosial støtte og integrasjon spiller inn.

Studier og oversikter viser ulik torturforekomst i spesielle grupper, i ulike situasjoner og områder. En epidemiologisk undersøkelse mellom 1997 og 1999 i fire tidligere konfliktområder utført av de Jong og medarbeidere viste at 25,5 % av respondentene fra Etiopia rapporterte å ha blitt utsatt for tortur, sammenlignet med 15 % i Gaza, 9 % i Kambodsja og 8,4 % i Algerie (2001). I en annen undersøkelse fant Jarason og medarbeidere (2004) at det blant 1 134 flyktninger fra Somalia og Etiopia var 44 % som var torturoverlevende.

8.1.2 Personer med odontofobi

Et anslag på ca 6 000 – 9 000 nye pasienter som årlig vil takke ja til et tilbud om behandling av odontofobi er beregnet i henhold til tall fra kliniske forskningsstudier der inngangskriteriene er odontofobi som den primære diagnosen.

Det er problemer med å få fram eksakte tall når det gjelder antallet personer med odontofobi i Norge. Pasienttilgangen er svært begrenset siden pasienten ikke kommer til tannbehandling på grunn av fobien, trekker seg i løpet av behandlingen pga angst, økonomiske problemer mv. Det er dessuten vanskelig å kartlegge forekomsten i befolkningen fordi de diagnostiske kriteriene er basert på kliniske intervju, og det er først når pasienten søker hjelp det blir mulig å stille en diagnose. Det er uklare skiller mellom høy angst og fobi.

Når det gjelder det tilrettelagte tilbudet basert på utredningen foran er inklusjonskriteriene utvidet til også å gjelde pasienter med *"annen psykisk lidelse med innslag av odontofobi"*. Dette vil blant annet inkludere pasienter med intra-oral sprøytefobi, der forekomsten er beregnet til 1 - 4 % av befolkningen, og som debuterer hos barn og ungdom. Kliniske symptomer på Blod-skade-injeksjonsforbi foreligger når fryktsituasjonen bare ved tanke og syn av sprøyte eller eksponering er såpass sterke at pasienten helt eller delvis besvimer (Raadal M, Vika M, Skaret E, Øst LG (2010). Det vil imidlertid være overlapp mellom forekomsten av odontofobi og lidelser med innslag av odontofobi, slik at forekomstene i den samlede gruppen vil øke noe. Dersom man antar at de som melder seg utgjør 10 – 15 % av de som har odontofobi i Norge, blir forekomsten totalt 1,4 % (40 000 av 2 863 020 personer i aldersgruppen 20 - 64 år). Hvis en legger til en økning i antallet som forventes å melde seg, basert på de utvidede inklusjonskriteriene, anslås det samlede antall personer å være ca 9 000 pr. år.

Fra et prøveprosjekt i regi av Tannhelsetjenestens kompetansesenter sør, hvor pasienter med odontofobi tilbys behandling, foreligger det noen foreløpige tall for pasienttilgangen i 2009: Erfaringene så langt i prosjektet viser at pasienttilgangen er begrenset. Noen trekker seg fordi de må betale for angstbehandlingen og av andre årsaker. I Tønsberg regionen har ca 50 pasienter respondert på tilbud annonsert i lokalavisen. Av disse var det ca. 50 % som ville gå inn i behandlingen, hvorav noen få (mangler eksakte tall) ikke fylte kriteriene for odontofobi basert på psykologintervjuet. Av en populasjon i Tønsberg på 38 967, hvorav ca. 23 000 (59 %) er i aldersgruppen 20 - 64 år, vil antallet som meldte seg utgjøre 0,2 %. Omregnet til antall pr. år i Norge, vil det utgjøre ca. 6 000 pasienter (0,2 % av 2 863 020). Dersom en anslår at de som melder seg utgjør 10 % av de som har odontofobi, vil forekomsten av denne lidelsen i aldersgruppen 20 - 64 år bli anslagsvis 60 000. Dette utgjør 2,1 % og stemmer godt med tidligere beregninger av forekomsten av odontofobi på 2,1 - 2,4 % (Stinson et al., 2007; Fredrikson et al., 1996; Oosterink et.al., 2009).

8.1.3 Voldsutsatte i nære relasjoner

Helsedirektoratets utgangspunkt er at om lag 2 000 personer årlig vil være inne i behandlingsapparatet og kan nås av ordningen. Dette er basert på innspill fra norske fagmiljøer rundt seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner.

Det er imidlertid store mørketall når det gjelder antallet. De færreste søker til

behandlingsapparatet siden dette er forbundet med både skam, skyldfølelse og kan være tabubelagt. Et stort antall voldshendelser kommer aldri til politiet, særlig hendelser med mindre eller ingen fysiske skader samt voldsepisoder der utsatt og utøver har en nær relasjon.

Det finnes to hovedkilder til omfangstall for vold i Norge. Den første hovedkilden er offentlige registre og statistikk av ulike slag, først og fremst kriminalstatistikk og registreringer fra legevakt og overgrepsmottak. Det er først og fremst politiets registreringer av voldslovbrudd som benyttes. Den andre hovedkilden er ulike befolkningsundersøkelser hvor en har spurt representative utvalg av befolkningen om de har vært utsatt for ulike hendelser. Begge kildene har spesifikke mangler og problemer knyttet til seg. Hovedproblemet med de offentlige registrene er at de bare måler det antallet henvendelser registreringsinstansen/ politiet har mottatt. (Hjemdal NKVTS, notat og personlig meddelelse okt 2009).

Det pågår for tiden et stort tverretattlig arbeid hvor ofre for vold i nære relasjoner skal sikres nødvendig hjelp og beskyttelse. (Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008-2011) Justis- og politidepartementet). Tiltak i tannhelsesektoren vil ha berøringspunkter med mange av tiltakene som skjer ut fra denne handlingsplanen

I sine periodiske levekårsundersøkelser har Statistisk sentralbyrå siden 1984 stilt spørsmål til respondentene om de i løpet av de siste 12 måneder har vært utsatt for vold med skade eller uten skade. I den siste undersøkelsen fra 2007 oppga 1,7 % av respondentene at de hadde vært utsatt for vold med fysisk skade i løpet av siste år. Med utgangspunkt i befolkningen over 16 år som helhet, omtrent 3,6 millioner, vil dette utgjøre ca. 61 000 personer som har opplevd vold med skade i løpet av et år. Antallet har holdt seg relativt konstant siden 1987. Også i levekårsundersøkelsene finner en stor forskjell mellom kjønnene og mellom ulike aldersgrupper. Menn er mer utsatte enn kvinner, med henholdsvis 2,2 % mot 1,2 % utsatte, og yngre er mer utsatt enn eldre. Mest utsatt er yngre menn, i aldersgruppen 16 til 24 år oppga 7 % at de hadde vært utsatt for vold med skade siste år. Minst utsatt er eldre menn, blant dem over 67 år var det ikke noen som oppga at de hadde vært utsatt.

Levekårsundersøkelsene forteller ikke hva slags skader volden har medført. Av levekårsundersøkelsen fra 2004 fremgår det imidlertid at 0,7 % av respondentene siste år hadde søkt behandling hos lege, sykepleier eller tannlege som følge av volden de hadde vært utsatt for. Omregnet til den voksne befolkningen som helhet vil det utgjøre litt over 25 000 personer.

Det foreligger en større landsomfattende undersøkelse av forekomsten av vold og overgrep mot barn og unge (Mossige og Stefansen, NOVA rapport 2007). Undersøkelsen omfatter barn og unge opp til fylte 18 år. I rapporten skilles det mellom vold fra jevnaldrende og vold fra foreldrene. I alt 20 % oppga at de var blitt skadet som følge av vold fra jevnaldrende, 26 % av guttene og 16 % av jentene oppga dette. Det var 8 % av de spurte som oppga å ha blitt utsatt for grov vold fra foreldrene i løpet av oppveksten, andelen var her litt større for jentene enn for guttene. Undersøkelsen oppgir ikke årsprevalenser.

8.1.4 Personer utsatt for seksuelle overgrep

Helsedirektoratet tar utgangspunkt i at om lag 2 000 personer årlig vil være inne i behandlingsapparatet, og følgelig vil kunne nås av denne ordningen. Dette er basert på innspill fra norske fagmiljøer rundt seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner. Det er svært vanskelig å tallfeste seksuelle overgrep i befolkningen, og mørketallene er derfor store. De norske omfangstallene er i samme størrelsesorden som omfangstall i andre vestlige land. Sætre (1997) konkluderte etter en gjennomgang av flere internasjonale studier med at omkring 10 – 20 % av den kvinnelige og rundt 5 – 10 % av den mannlige befolkningen i vestlige land har vært utsatt for seksuelle overgrep før de fyller 18 år. Tallene inkluderer alt fra overgrep uten berøring (blotting, posering, filming, forslag eller krav om seksuelle ytelser, nesten - voldtekter) via beføling og masturbering til samleie.

I den landsomfattende NOVA - undersøkelsen av forekomst av vold og overgrep mot barn og unge opp til fylte 18 år (Mossige og Stefansen 2007), oppga 22 % av jentene og 8 % av guttene milde seksuelle krenkelser (uønsket sex i form av beføling, onanering – blotting ble ekskludert). Av jentene oppga 15 % og av guttene oppga 7 % at de hadde vært utsatt for grove seksuelle krenkelser (alle andre former for uønsket sex inkludert voldtekt og voldtektsforsøk).

I flertallet av studier er overgriperne hovedsakelig gutter og menn. Forskjellige prevalensundersøkelser antyder at ca hver tiende overgriper er en kvinne (Finkelhor 1994; Sætre, Holter, & Jebsen 1986), når man slår sammen tallene for kvinnelige og mannlige ofre. I Sætres studie (Sætre, Holter, & Jebsen 1986) rapporterte imidlertid 19 % av mennene om en kvinnelig overgriper. I NOVA-undersøkelsen (Mossige og Stefansen 2007) oppga i overkant av 50 % av mennene overgrep fra en kvinne.

Overgrep fra jevnaldrende eller barn eller ungdom under 18 år som forgriper seg på barn, utgjør mellom en tredjedel og halvparten av overgrepene (Becker & Kaplan 1988; Finkelhor 1994; Mossige og Stefansen 2007). Selv om ikke alle barn eller ungdom som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep trenger behandling, kan slike overgrep føre til betydelige psykiske, sosiale og helsemessige vansker. Hva slags symptomer barnet utvikler og hva slags hjelp barnet trenger vil som regel være avhengig av hva de har opplevd. Dette omfatter blant annet varigheten av overgrepene, hvem som har utsatt dem for overgrep, barnets individuelle reaksjon og muligheter for å få støtte av sine omsorgspersoner (Pine 2002).

Det er nå etablert barnehus i Bergen, Trondheim, Tromsø, Kristiansand, Hamar og Oslo. I løpet av 2010 skal det etableres barnehus i Stavanger. I de ulike regionene er det nå etablert samarbeidsavtaler mellom barnehus og RKVTS hvor konsultasjoner, veiledning, opplæring og kunnskapsutvikling inngår i nettverksarbeidet.

Det ble i 2009 opprettet en nasjonal alarmtelefon for barn og unge samt for bekymrede voksne som kan si fra sin bekymring om barn og ungdom som utsettes for ulike former for omsorgssvikt, vold eller overgrep. Alarmsentralen har telefonnummer 116111, www.116111.no

((Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008-2011) Justis- og politidepartementet).

9 Konsekvenser vedrørende organisering og kompetanse

9.1.1 *Behov for egne team til behandling av odontofobien*

Pasienter som har odontofobi som sitt primære problem kan ha store odontologiske og generelle medisinske/ psykiske problemer. Behandlingsplaner krever en samlet innsats fra flere fagområder. Det kan være flere årsaker til at pasienten ikke mestrer tannbehandlingen. Mange kan gå i årevis med store smerter, stress og sosial tilbaketrekning som følge av odontofobien uten å søke hjelp hos tannhelsetjenesten, tannlege, lege eller psykolog.

Erfaringer viser at personer som ikke oppsøker tannbehandling på grunn av sterk angst, kan utvikle panikkanfall eller fobisk unngåelsesatferd for å unngå tannbehandlingssituasjonen. Dersom pasienten har tilleggsdiagnoser og odontofobi ikke er primærdiagnosen, vil prognosen for odontofobibehandlingen kunne være dårligere. Årsakene til utvikling av lidelsen kan være direkte knyttet til tidligere tannbehandling eller tortur og overgrep som har medført at personen har manglende mestring av tannbehandling. Aktuelle lidelser er intra-oral injeksjonsfobi, PTSD og situasjonsbundne angstanfall der de spesifikke symptomene hindrer mestring av tannbehandling. En faglig tilnærming til disse problemstillingene kan best gjøres ved tett samhandling mellom flere instanser. Team-organisering av sammensatte tjenester (utredning, diagnostisering, angstbehandling og tannbehandling) vil øke tilgjengeligheten til et helhetlig behandlingstilbud.

En første forutsetning for støtte til behandling er at det odontofobiske innslaget i pasientens behandlingsproblem bedømmes som behandlingsbart. Når tannbehandling ikke lar seg gjennomføre pga sterk angst, trengs det kompetanse til utredning, diagnostisering og behandling ut over den kompetansen tannhelsepersonellet vanligvis har. Diagnosen odontofobi må stilles av psykolog eller psykiater ettersom tannleger ikke har kompetanse til å stille en formell diagnose av en fobi. Diagnostikk/ differensialdiagnostikk når det gjelder psykiske lidelser kan ikke utføres av tannleger.

Det vises for øvrig til den faglige redegjørelsen vedrørende diagnostiske kriterier,

omfang og utbredelse av odontofobi samt erfaringer fra behandling beskrevet i oppdragsrapporten foran, side 35 – 43.

Hovedfokuset i angstbehandlingen er ikke å reparere tennene, men å behandle pasientens angstproblem slik at vedkommende kan mestre tannbehandling i fremtiden. I denne fasen blir det gjort noe tannbehandling som kan være nyttig i forbindelse med eksponeringstrening og tilvenning. I behandlingsmodellen som for eksempel Senter for odontofobi, Universitetet i Bergen benytter, gjennomfører psykolog et diagnostisk intervju, og angstbehandlingen foregår som tilvenning i tannlegestolen/unit. Behandlingen bygger på en individuell plan hvor behandlingsseansene mellom psykolog/psykiater og tannlege fordeles i forhold til pasientens problemkompleks.

Valg av behandlingsform må ta utgangspunkt i pasientens sykdomsbilde og hva som ligger til grunn for lidelsen. Ulike traumerelaterte tilstander forutsetter ulike behandlingsmetoder som ivaretar pasientens behov og må sees i sammenheng med pasientens livssituasjon. Behandlingen kan legges opp individuelt eller delvis i grupper. Uansett valg av behandlingsform vil pasientens behov kreve tverrfaglig samarbeid. Verken tannhelsepersonell eller psykolog/psykiater har nok kunnskap hver for seg til å tilrettelegge for et vellykket behandlingsresultat for disse pasientene. Det bør legges opp til fleksibilitet i de enkelte regionene/fylkene basert på eksisterende behandlingsmodeller og kompetanse. En tilleggseffekt av å opprette team vil også være at psykolog/psykiater kan få en rolle i tjenestens tilbud til andre pasientgrupper. Psykologkompetansen kan være verdifull blant annet ved kompliserte behandlinger, sammensatte lidelser og i forebyggende sammenheng.

Fobibehandlingen der odontofobien er primærlidelse er ofte basert på prinsippene for kognitiv atferdsterapi. Kjernen i terapien er å gi pasienten støtte til å mestre livsproblemer og hjelp til å endre tankemønster og uhensiktsmessig atferd. Behandlingsalliansen mellom terapeut og pasient står sentralt. Pasientens engasjement og involvering er avgjørende for å oppnå godt resultat hvor aktivt samarbeid mot tydelige definerte mål ser ut til å fungere godt. Det mest effektive er at behandlingen foregår in vivo, dvs at pasienten tas med inn i den virkelige situasjonen. For odontofobi vil dette bety at pasienten får en gradvis tilnærming til behandlingsprosedyrer som vedkommende er mest redd for, og at dette foregår i tannlegestolen. Det vil bli utført noe tannbehandling i løpet av de 5 - 8 behandlingssesjonene som foreslås. Det er ikke mulig å anslå hvor mye

tannbehandling som kan bli utført i forbindelse med fobibehandlingen. Målet er at pasienten etter seansene med odontofobibehandling skal mestre ordinær tannbehandling hos tannlege og tannpleier. Pasienten kan eventuelt behandles videre hos en annen tannlege etter endt fobibehandling. Det må utarbeides en plan for behandlingen.

Ved tannhelsekompetansesenteret for Nord-Norge, TkNN i Tromsø, jobbes det med å etablere team etter mønster fra den såkalte Fobiskolan i Sverige (Labyrint. Universitetet i Tromsø 2008, Sahlin K, Bergdahl J. (1998)).

9.1.2 Den odontologiske behandlingen og hvor mange team på landsbasis?

Etter Helsedirektoratets vurdering vil det være behov for om lag 30 team på landsbasis. Helsedirektoratet forutsetter at tilbudet utvikles med tanke på rimelig tilgjengelighet over hele landet. Ved valg av teammodell hvor fylkeskommunene har ansvar for opprettelse av tilbudet, vil ordningen innebære opprettelse av minst 19 team, og 5 team ved de regionale odontologiske kompetansesentra.

Det vil være behov for ytterligere kapasitet i regioner med store befolkningskonsentrasjoner, dvs i og rundt de store byene, hvor mange flyktninger og asylsøkere oppholder seg. Ved at de odontologiske kompetansesentra også er tiltenkt en kompetansehevende, rådgivende og støttende rolle med tilleggskompetanse ut over hva de lokale teamene innehar, vil det også måtte opprettes team her. Teamene (tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær med tilgang på psykolog) tenkes å skulle ivareta behandlingen av tortur- og overgrepsofre samt personer med odontofobi, samt annen tannbehandling. Dersom man anslår at et team vil kunne gi et tilbud om behandling til 300 – 350 pasienter pr år, vil det foreslåtte antall team kunne gi tilbud om behandling av ca 10 000 pasienter i året.

Se for øvrig under kostnader til etablering av behandlerteam, side 95 – 96.

9.1.3 Tilgang på tolketjenester

I møte med pasienter med begrensede kunnskaper i norsk vil det være aktuelt å bestille tolk for å sikre god kommunikasjon og forståelse. Kommunene har et selvstendig ansvar for å utvikle god forvaltningspraksis innenfor sine ansvarsområder, hvor kvalitetssikring, bestilling og betaling av tolketjenester inngår. Finansiering av

tolking er den enkeltes fagmyndighets ansvar, herunder også den offentlige tannhelsetjenestens ansvar. I en behandlingssituasjon er det avgjørende å gjøre seg forstått for begge parter. En rekke tiltak har vært igangsatt for å heve tolkenes kompetanse, blant annet ved å innføre statsautorisasjonsordning for tolker, opprettelse av nasjonalt tolkeregister og opprettelse av utdanningstilbud. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) anbefaler at det velges tolker med statsautorisasjon og/eller utdanning. Det kan være ulik tilgang på tolketjenester rundt om i landet. Telefontolking kan være et godt alternativ. Nasjonalt tolkeregister finnes på tolkeportalen.no, evt kontakt ntreg@tolkeportalen.no

En arbeidsgruppe nedsatt av IMDi konkluderte i 2009 med at det er nødvendig med en bedre kvalitetssikring av tolking i offentlig sektor for å sikre minoritetsspråklige grunnleggende rettigheter. Manglende tolkebruk og bruk av ikke-kvalifiserte tolker kan utgjøre et alvorlig rettsikkerhetsproblem. God kommunikasjon er en forutsetning for å ivareta rettssikkerheten til partene i en sak (IMDi 2009). Det vises for øvrig til rundskriv *Retningslinjer for tannhelsetjenester til flyktninger og asylsøkere i statlig mottak ansvar, tjenestens faglige innhold og betalingsordninger* (Sosial- og helsedepartementet I 23/99).

9.1.4 Behov for ekstra kompetanse

Tannleger og tannpleiere får i sin grunnutdanning noe opplæring i tilvenning til tannbehandling og forståelse rundt tannbehandlingsangst og odontofobi. Mange ansatte i tannhelsetjenesten burde være kompetente til å utføre slike oppgaver rent klinisk. Likevel vil det ved oppstart av tiltak for pasienter med odontofobi etter spørres en kompetanse som ikke har vært systematisk understøttet verken i offentlig eller privat tannhelsetjeneste tidligere. Det vil være viktig med økt innsikt og forståelse rundt ulike fobier og psykiske lidelser for eksempel sprøytefobi, sosialangst, flyktninghelse, følgetilstander rundt tortur, traumatisering og vold i nære relasjoner. Det vil derfor være behov for egne målrettede opplæringstiltak når det gjelder kunnskap om tortur, overgrep, vold og odontofobi. Dette er faktakunnskap som er viktig å ha som grunnlag for å forstå ulike menneskers traumatisering og ev problemer med å fungere i hverdagen. Videre trengs det handlingskunnskap om tjenestens oppgaver, ansvar, arbeidsmetoder for å bli mer handlingskompetent som helsearbeider. Til sist trengs det kunnskap og forståelse om begrepene dialog, samarbeid, samhandling og behandlingsprosesser og hva dette innebærer i praksis. Forebygging, behandling og rehabiliteringsarbeid er et flerfaglig område som krever

koordinering og samarbeid mellom ulike tjenester, og hvor en som tjenestutøver må se sin egen yrkesrolle i et videre perspektiv

Å arbeide med traumatiserte vil ofte kreve et lengre tidsperspektiv enn andre behandlingsoppgaver. Det somatiske og psykologiske behandlings- og rehabiliteringsarbeidet et knyttet tett sammen. Betydningen av å få til en god og trygg ramme rundt behandlingen med gode allianser mellom behandler og pasienter understrekes (Dahl S, Sveaas N, Varvin S, NKVTS 2006).

Hensynet til og mulighet for kompetansebygging bør være styrende for hvordan tiltakene bygges opp og organiseres. Kunnskapsbygging vil måtte skje i nettverk med kompetansesentra (de regionale odontologiske, NKVTS, RVTS, Nasjonal kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI), fylkeskommunal tannhelsetjeneste, psykolog-/ psykiatri -tjenesten i kommuner, helseforetak med Distriktpsikiatriske senter (DPS), Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA), migrasjonshelsesentre mv, hvor alle er viktige aktører.

Kompetanseoppbyggingen vil omfatte så vel tannhelsepersonell som skal utføre nye oppgaver, og for psykologer/psykiatere i et nært samarbeid med tannhelsepersonell. For at de aktuelle pasientene skal bli møtt med forståelse og få den oppfølgingen de er tiltenkt, vil det være nødvendig med en generell kompetanseheving hos tannhelsepersonell som ikke er direkte involvert i behandlingstiltakene.

Ved å la kompetansehevingen bli et nasjonalt løft gjennom å bevilge midler til kompetansegivende kurs vil alle teamene (psykolog/psykiater, tannlege, tannpleier, tannhelsesekretær) kunne nås gjennom følgende opplegg:

1. Tre dagers samling på nasjonalt nivå hvor faktakunnskap, teori og ulike perspektiver rundt temaområdene presenteres. Videre inngår gruppearbeid, praktiske oppgaver med egenrefleksjon og oppgaver om odontofobi. Ledelsen i fylkene deltar på denne samlingen for å få en forankring på ledelsesnivå fylkeskommunalt. Det antas at NKVTS, NAKMI, Helsedirektoratet, faglige ressurspersoner fra Universiteter og høyskoler bidrar som kursholdere.
2. og 3. De neste to kursmodulene arrangeres på regionalt nivå som tre dagers samlinger hvor praktiske oppgaver, arbeidsmetoder, behandling, rehabilitering og forebygging inngår som deltemaer. Samarbeid på tvers av kunnskapsområder og tjenestested vektlegges sterkt hvor formålet er at helsetjenesten, inklusive tannhelsetjenesten, skal yte best mulig enhetlig

bistand. En tverrfaglig tilnærming med forståelse for kompleksiteten er viktig for å videreutvikle samhandlingskompetansen hos den enkelte. Representanter fra NKVTS, RVTS, BUP, DPS og faglige ressurspersoner fra universitet og høyskole bidrar som kursholdere. De regionale odontologiske kompetansesentra bør kunne ta på seg et ansvar i arbeidet rundt pasienter med odontofobi både som rådgivningsinstans og som behandlingsinstans. Det antas at teamene ved enkelte av de odontologiske kompetansesentra vil trenge ytterligere kursing innen odontofobi.

Det er viktig at de tre modulene blir sett på som et enhetlig kurs/etterutdanning for teamene. I samarbeid med en utdanningsinstitusjon kan man få utarbeidet en kompetansegivende etterutdanning (10 studiepoeng) med kursplan hvor mappeinnlevering og praktiske oppgaver med case kan inngå som evalueringsform. Dette vil sikre at kurset ikke blir for fragmentert og tilfeldig lagt opp, og det blir en gjensidig forpliktelse for arbeidsgiver og arbeidstaker/teamene. Disse samlingene vil også kunne bidra til nødvendig kompetanseheving også for psykologer/psykiatere som skal inngå i behandlerkjeden, og for annet tannhelsepersonell som ev kan tenke seg å bidra som ressurspersoner rundt teamene som blir etablert.

9.1.5 Bør tannlegen som deltar i behandlingen av odontofobien også stå for den odontologiske behandlingen i etterkant?

Odontofobipasienter skal etter endt odontofobibehandling i prinsippet være "like enkle" å behandle som andre pasienter. Odontofobipasienten får en gradvis tilnærming til de behandlingsprosedyrer som vedkommende er mest redd for. I modellen med kognitiv atferdsterapi foregår dette i tannlegestolen, og pasientene kan etter hvert undersøkes mht tannstatus og få utført noe tannbehandling.

Tannhelsetjenesten i fylkene i tidligere helseregion sør er godt i gang med en forsøksordning med etablering av team tilknyttet hvert fylke. Teamene skal ikke nødvendigvis utføre all tannbehandlingen for de angjeldende pasientene, men primært behandle odontofobien. En del av tannbehandlingen kan utføres i forbindelse med odontofobibehandlingen. Når pasienten er kvitt odontofobien kan vedkommende enten fortsette tannbehandlingen hos det samme tannhelsepersonellet som har behandlet fobien, eller få den videre tannbehandlingen hos et tannhelseteam som har kompetanse på å behandle engstelige pasienter. Når odontofobipasienten har blitt

kvitt sin odontofobi, er det imidlertid viktig at behandlingskjeden ikke brytes. Erfaringer blant annet fra Universitetet i Gøteborg viser at det i hvert ledd i behandlerkjeden er et visst frafall av pasienter som av ulike årsaker ikke fullfører behandlingen. For å unngå drop-out er det viktig at pasienten får støtte til å knytte relasjoner til en behandlende tannlege og tannpleier for å videreføre resultatet av fobibehandlingen.

9.1.6 Team i regi av fylkeskommunene eller organiseres i privat sektor?

Fylkeskommunens sørge- for -ansvar skal sikre at tannhelsetilbud er tilgjengelig over hele landet. Det innebærer at fylkeskommunen har ansvar for at tjenester tilbys også der det ikke er etablert privatpraksis.

Tiltakene som utredes her, retter seg mot pasienter som i stor grad selv ikke tar initiativ til å søke behandling. Dette er pasienter som vil trenge støtte til å få kontakt med behandlere. Først når pasienten er hjulpet til kontakt med rette behandlingsinstanser kan de nyttiggjøre seg av tannbehandlingstilbudet. En markedstilpasset modell for tilbud/etterspørsel på tannhelsefeltet vil for mange av disse pasientene ikke fungere pga helsemessige, økonomiske og sosiale årsaker.

Helsedirektoratets *"Kartlegging av den offentlige tannhelsetjenestens engasjement i folkehelsearbeidet"* (IS-1610) viser at mange fylkeskommuner har systematisert samarbeid med kommunale tjenester. Det gjelder både i folkehelsearbeidet og i den oppsøkende tjenesten.

I henhold til dagens lov om tannhelsetjenesten skal prioriterte grupper gis et oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester. Flere av gruppene defineres ved at de er brukere av andre kommunale tjenester. For at tilbudet skal gis på en tilstrekkelig og tilfredsstillende måte, er systematisk samarbeid med kommunale tjenester en forutsetning for å nå frem til målgruppene. Det finnes rutiner for oppsøkende tjenester og samarbeid med en rekke aktører i tannhelse- og folkehelsesammenheng, og det er gjort et betydelig arbeid med å formalisere samarbeidet med andre virksomheter. Slikt strukturert samarbeid bidrar til å tydeliggjøre ansvar og oppgaver, samt til å avklare forventinger mellom samarbeidspartnerne. Erfaringene så langt har vært positive.

Erfaringer fra odontofobitiltak og behandling av personer med odontofobi i enkelte fylkeskommuner tyder på at fysisk samlokalisering mellom tannhelsepersonell og psykolog styrker læringsmiljøet og kan gi effekter ut over den behandlingen som utføres for den enkelte pasient. Ved å legge til rette for at psykolog har

mottakelse/samtalerom på tannklinikk hvor tannlege og ev tannpleier skal utføre odontofobibehandlingen, oppnås samtidig mulighet for å benytte samme elektronisk pasientjournal (EPJ). Det gir mulighet for direkte kommunikasjon om forhold som gjelder den enkelte pasienten.

En organisering som gir mulighet for et slikt lærende miljø og kunnskapsutveksling vil trolig være enklest å få til i den offentlige tannhelsetjenesten. Ved den strukturelle endringen som nå pågår i den offentlige tannhelsetjenesten, og som skal skje fremover, forventes det at i økende grad blir lagt til rette for lokaler og fasiliteter med rom for spesialkompetanse. Dette gjelder også samtalerom som kan benyttes av psykolog og tannhelsepersonell.

Ved å gi oppdraget med å opprette tiltak for disse pasientene til fylkeskommunene, vil man opprette en forutsigbar ordning med klar ansvars plassering.

En organisering i fylkeskommunal regi vil kunne være fleksibel slik at det kan inngås avtale om behandling ut fra preferanser mht hvem som skal gjennomføre tannbehandlingen. Oppgjør for behandlingen kan tenkes gjort etter avtale mellom den offentlige tannhelsetjenesten og evt en privat behandler. En slik organisering vil være enklere å få til enn at det opprettes team hvor hele behandlingsforløpet skal skje i privat regi. Det vises i denne sammenhengen til erfaringene fra tiltak for rusmiddelmissbrukere (Edland-Gryt M, Skretting A, SIRUS 2010).

Valgfrihet med hensyn til valg av behandler kan ivaretas ved at pasient/bruker uttrykker ønske om at behandler inngår avtale med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Dette er blant annet omtalt i St.meld nr 35 (2006 – 2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.*

9.1.7 Ressurser/kapasitet hos psykolog/psykiater til å delta i odontofobi-behandling

Et kritisk punkt ved opprettelse av tiltak for de aktuelle målgruppene er hvilken grad det er ressurser/kapasitet hos psykolog/psykiater til å delta i team som opprettes. Personellstatistikk fra SSB viser at det i 2006 var tilsatt 469 psykologer med autorisasjon i kommunene, mens det var 2 309 psykologer i helseforetakene.

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) har i St.prp. 1 over flere år påpekt mangel på psykologikompetanse i kommunene, og bedt om at det utredes ordninger som bidrar

til å rekruttere psykologer, til tjenester for voksne, barn og ungdom. Økt psykologrekruttering berører området psykisk helsearbeid, og ønsket om å styrke den samlede faglige bredden og kvaliteten i helse- og sosialtjenesten i kommunene.

I Helsedirektoratets utredning "Psykologer i kommunene - *barrierer og tiltak for økt rekruttering*" (2008) påpekes det at bortsett fra måltall i Opptrappingsplanen (St.meld.nr 63 1997-1998), er det ikke foretatt behovsvurderinger av hvor mange psykologer som trengs i kommunene. Rapporten foreslår videre ulike modeller for styrking av psykologkompetansen.

Tilskuddsordningen for modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten som ble opprettet for 2009 videreføres i 2010. Dette skal bidra til at tverrfaglig samarbeid ut fra lokale forhold og behov styrkes.

Tilskuddene ytes med sikte på:

1. samlokalisering av psykologer og fastleger i kommunene
2. psykologer i kommunale enheter for psykisk helsearbeid rettet mot voksne
3. psykolog på helsestasjon, i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom
4. psykologer i familiesentra/familiens hus

Kommunene kan søke om tilskudd til lønn for psykologstillinger (tilskuddets størrelse er kr 500 000 pr år i inntil tre år, evt kr 100 000 i tillegg ved samlokalisering psykolog/fastlege). I 2009 ble det etter søknad gitt tilskudd til 50 stillinger, og hittil i 2010 er det kommet søknader om ytterligere 10 stillinger. Rammen for denne tilskuddsordningen er nå kr 30 mill (Prop 1 S, 2009-2010, Kap 764 Psykisk helse). Det er fortsatt udisponerte midler i ordningen for 2010, og søknadsfristen er blitt utsatt.

Det antas at ordningen med tilskudd til psykologer i kommunene kan bidra til bedre mulighet for opprettelse av samarbeid psykolog-/tannhelsetjeneste. Psykologer i kommunene vil være i 1. linjetjenesten for de målgruppene som de omtalte tannhelsetiltakene sikter mot. Regelverket for tilskuddsordningen kan muligens omfatte "en femte modell", som innebærer mulighet for å søke tilskudd fra ordningen ut fra forutsetning om samhandling og evt samlokalisering med tannhelsetjenesten. Ved en videreføring av tilskuddordningen for psykologer i kommunene kan en tenke seg at det opprettes team for behandling av odontofobipasienter, torturoverlevende og voldsofre som gir grunnlag for søknad om midler fra denne ordningen.

Ut over samarbeid med kommunepsykolog kan det tenkes andre ulike former for tilknytning av psykolog til tannhelseteamene, som f eks:

- Ansettelse i deltidsstilling, lønnet av den offentlige tannhelsetjenesten
- Avtale om samarbeid / innleie av psykolog fra institusjon (DPS, BUPA eller annet).
- Avtale med psykolog som har driftstilskudd (hvor helseforetak i realiteten er arbeidsgiver), og hvor tannhelsetjenesten bidrar til psykologhonorar
- Avtale (timelønnet) med privatpraktiserende psykolog uten driftstilskudd.

Tannhelsetjenesten i de fem fylkene i region sør (Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder) har erfaringer fra noen av disse samarbeidsformene ved opprettelse av samarbeid med psykologer i det prøveprosjektet som er i gang vedr odontofobibehandling.

Det antas at privatpraktiserende avtalespesialister (psykologer/psykiatere) vil ha et nært samarbeid med lokale BUP/DPS -poliklinikk når det gjelder henvisning og oppfølging av pasienter. En del av pasientgrunnlaget til psykologene/psykiaterne er henvisninger via fastleger utenfor poliklinikkssystemet. Mange av avtalespesialistene har lange ventelister slik at det kan ta noe tid før man får tilbud om utredning og behandling. For psykologer og psykiatere vil det være behov for kompetanseoppbygging i forhold til målgruppene som denne rapporten omhandler, og rundt selve behandlingsmetodikken innen odontofobi.

10 Behov for samarbeid og oppsøkende virksomhet

Når det gjelder behov for samarbeid og oppsøkende virksomhet bes direktoratet gjøre en vurdering av hvilke kommunale tjenester det er mest aktuelt å samarbeide med for de aktuelle målgrupper, og på hvilken måte en eventuell oppsøkende virksomhet kan organiseres.

Tilleggsbestillingen reiser spørsmål om samarbeid både i den oppsøkende og behandlende fase, samt i oppfølgingsfasen. Nedenfor følger en redegjørelse og vurdering av samarbeid i den oppsøkende fasen og behovet for systematisert samarbeid.

10.1.1 *Samarbeid i oppsøkende fase*

Fylkeskommunen gir i dag et oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester. Det innebærer at pasienten får tilbud om nødvendig undersøkelse/behandling, opplæring i forebyggende tiltak og tilbud om oppfølging. Det påligger fylkeskommunen å sørge for at pasientene får tilstrekkelig informasjon til å kunne motta tannhelsetilbudet. Slik informasjon gis enten gjennom timekort med avtalt tid, informasjon om å ta kontakt for å få time eller gjennom informasjon gitt av samarbeidende tjenester. I tillegg har fylkeskommunen et sørge – for- ansvar ved å se til at tannhelsetjenester er rimelig tilgjengelig i fylket, herunder også spesialiserte tannhelsetjenester.

Krav til kvalitet i tannhelsetjenesten omfatter krav til samhandling, særlig med fokus på samhandling mellom fylker og kommuner. Systematisert samhandling skal sikre at de som har krav på gratis tannhelsetjenester faktisk får det.

Fra 2005 har fylkeskommunene fått ansvar for å etablere tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige. Store deler av tilbudet er ikke lovforankret, men følger av budsjettvedtak og rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet. Fylkeskommunene ved den offentlige tannhelsetjenesten har lagt ned et betydelig arbeid i å definere målgruppene og etablere et funksjonelt tilbud. Tilbudet fordrer systematisk samarbeid med kommunale tjenester både for å nå frem til målgruppene med tilbudet, men også for oppfølging og vedlikehold. Det fylkeskommunale tannhelsetilbudet til

rusmiddelavhengige er nylig evaluert (Edland-Gryt M, Skretting A, SIRUS 2010). I rapporten konkluderes det med at tilbudet er godt i gang. Evalueringen viser at fylkeskommunene har etablert samarbeid med ulike instanser, og ofte er dette formalisert gjennom skriftlige samarbeidskontrakter. Samarbeidsinstanser er NAV/sosialtjenesten, psykisk helsevern, enhet for Legemiddel assistert rehabilitering (LAR-behandling), leger m. fl.

10.1.2 Systematisert samarbeid

Den offentlige tannhelsetjenesten har god erfaring med systematisert samarbeid med andre instanser. Tjenesten har de siste årene formalisert samarbeidet med andre kommunale tjenester. Her finnes det fylkeskommunale forskjeller, men det totale bildet tyder på at den offentlige tannhelsetjenesten har tilegnet seg nødvendig kompetanse og gjort erfaringer om samarbeid med kommunale tjenester.

Ved etablering av et tannhelsetilbud til toturoverlevende, voldsutsatte og personer med odontofobi kreves samarbeid med annet hjelpeapparat i det oppsøkende tilbudet.

Hvilke samarbeidspartnere som er aktuelle vil være avhengig av målgruppen.

Forankring av lokalt ansvar er viktig da alle med opphold i en kommune har rett kommunale tjenester. Spørsmålet vil imidlertid være hvilke kanaler og samarbeidspartnere som er nødvendig for å fange opp personer i målgruppene og tilby tannhelsetjenester til disse. Utredningen fra direktoratet påpeker at fastlegen er en sentral kanal for å fange opp pasienter for et slikt tilbud. Legetjenesten er universell, og alle har rett til en fastlege. I kommunene vil den øvrige kommunehelsetjenesten (inkl psykologtjeneste), helsetjeneste for asylsøkere og flyktninger, krisesentre, barnevern, NAV- kontorene, psykologer og psykiatere, fysioterapitjeneste og legevakt være viktige samarbeidsparter. I spesialisthelsetjenesten vil de distriktpsikiatriske sentrene være viktige samarbeidspartnere. Videre vil det være nødvendig at flyktning- og asylmottak er orientert om ordningen som vil gjelde for torturoverlevende og overgrepsofre.

For å sikre at tilbudet om tannhelsetjenester når frem til målgruppene bør fylkeskommunen gjennom den offentlige tannhelsetjenesten pålegges å etablere nødvendig samarbeid med aktuelle instanser. Hvilke samarbeidspartnere som er aktuelle vil antakelig variere fra kommune til kommune. Det vil derfor være nødvendig med lokale tilpasninger. En overordnet avtale mellom kommune og fylkeskommune kan gi en generell plattform for det oppsøkende arbeidet. I tillegg bør det foreligge mer tjenestekonkrete avtaler.

11 Kostnader og finansiering

Beregninger viser at kostnadene for tilrettelagte tannhelsetiltak for de aktuelle målgruppene blir vesentlig lavere dersom tiltaket organiseres i fylkeskommunale team, enn om det legges til grunn en stykkprisbasert kostnadsberegning som er angitt i oppdragsrapporten av des 2009. Det er nå utredet to innfasinger, en to-årig modell og en fem-årig modell.

Oppstart av tiltakene vil kreve at tannhelsetjenestens bemanning er styrket og team er på plass når nødvendige opplæringstiltak gjennomføres. Uten en styrket bemanning vil opplæringstiltakene for teamene medføre redusert innsats overfor dem som den offentlige tannhelsetjenesten allerede har ansvar for. Det er en forutsetning at bemanningen blir styrket for å møte de forventningene om behandling som blir utløst ved oppstart av tiltaket. Deler av kompetansemiljøet rundt odontofobibehandlingen i Norge er for tiden inne i et generasjonsskifte. Dette taler også for å fase inn tiltaket over relativt kort tid, dvs. over to år.

Helsedirektoratet anslår de engangs statlige oppstartkostnadene på om lag kr 8 mill ved opprettelse av 30 team, slik som det foreslås i denne tilleggsbestillingen/rapporten. Dette forutsetter at fylkeskommunene dekker kostnadene til nødvendige behandlingsrom med utstyr og innredning på tannklinikkene, kostnadsberegnet til kr 19,5 mill. Den varige årlige budsjettkonsekvensen av tiltaket beregnes å utgjøre til kr 82,5 mill. Anslagene fremkommer som vist i beregningene på de følgende sider.

11.1.1 Fylkeskommunal finansiell medvirkning

Den offentlige tannhelsetjenesten er i gang med en strukturell omlegging, hvor en endret klinikkstruktur er en vesentlig forutsetning for å løse framtidige tannhelseoppgaver. Ved å opprette sentrale klinikker med plass for spesialkompetanse legger den offentlige tannhelsetjenesten grunnlaget for en styrket tjeneste.

Helsedirektoratet antar at de fleste fylkene vil kunne stille lokaler til rådighet slik at det er plass til tannhelseteam og psykolog på enkelte sentrale klinikker. Likeledes vil de odontologiske kompetansesentra kunne lokalisere team som knyttes til disse sentrene. Ved innredning av tannklinikker anslås kostnader for et behandlingsrom til ca kr 650 000, inkludert unit og deler av nødvendige fellesfunksjoner, som sterilrom, lab, samtalerom mv. Av dette fremgår at tannhelsetjenestene i landets fylkeskommuner bør kunne dekke denne kostnaden for lokaler på kr 19,5 mill kr.

11.1.2 Kostnader til oppstart, kompetansebygging mm

Av beregnede oppstartkostnader utgjør 7,5 – 8 mill kr midler fordelt på kompetansebygging i team og i tjenesten for øvrig, teknisk utstyr og administrative forberedelser, som inkluderer oppretting av rutiner for samarbeid, informasjonstiltak.

Et anslag for forventede oppstartkostnader omfatter følgende, enten innfasingen går over to år eller over fem år:

Tiltak	Kostnad pr team/fylke	Antall team/fylker	Samlet kostnad
Kompetansebygging	Kr 100 000	30 team	Kr 3 000 000
Teknisk utstyr	Kr 60 000	30 team	Kr 1 800 000
Oppretting av systemer for samhandling	Kr 50 000	30 team	Kr 1 500 000
Info og opplæring til tannhelsepersonell	Kr 70 000	19 fylker	Kr 1 330 000
Klinikkfasiliteter, behandlingsutstyr, samtalerom	Kr 650 000	30 team	Kr 19 500 000
Totale oppstartkostnader			Kr 27 130 000
Inndekning fra fylkeskommunene			Kr 19 500 000
Statlige engangskostnader for oppstart av tiltakene			Kr 7 630 000

Det er tatt utgangspunkt i at kursene skal foregå i 3 samlinger over 3 dager hvor de ulike målgruppene omtales hver for seg og ses i sammenheng.

Kostnader forbundet med kompetansebygging gjelder kjøp av undervisning fra de stedene som har kommet lengst i arbeidet med de oppgavene som skal løses. Dette gjelder Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Regionale sentere om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Migrasjonshelsesentra, Barnehusene, DPS mv. Vedrørende odontofobi gjelder dette

TkNN, Senter for odontofobi ved Universitetet i Bergen, Avd for pedodonti og atferdsfag ved Universitetet i Oslo, Det odontologiske fakultet og Institutt for samfunnsvetenskap ved Universitetet i Gøteborg.

Kompetanseheving for det øvrig personellet i tannhelsetjenesten kan tenkes gjennomført i forbindelse med personellsamlingene som vanligvis arrangeres i de fylkeskommunale tannhelsetjenestenes regi hvert år. Dette vil være med å sikre kunnskapsoppbyggingen og forståelsen rundt personene som skal behandles. Av hensyn til kompetansebygging, dokumentasjon av behandling mv vil det være behov for noe AV-utstyr for psykolog og odontofobi-behandler, anslagsvis kr 60 000 pr team. Det antas at det er lite utstyrskostnader forbundet med opprettelse av samtalerom ut over dette. 7,5 - 8 mill kr kan i denne sammenheng tenkes tildelt som tilskudd. Ved opprettelse av team vil det være avgjørende at samtlige får tilført midler til kompetanseheving og forberedelse.

11.1.3 Varige budsjettkonsekvenser

Ved oppretting av team bestående av tannlege, tannpleier, tannhelsesekretær og ½ psykologstilling kan følgende **varige budsjettkonsekvenser** beregnes:

Tiltak	Kostnad pr team	Antall team/fylker	Samlet kostnad
Lønnsmidler inkl sos. utgifter	Kr 2 050 000	30 team	Kr 61 500 000
Forbruksmateriell, tannteknikk, og økte felleskostnader	Kr 600 000	30 team	Kr 18 000 000
Informasjon, administrasjon	Kr 100 000	30 team	Kr 3 000 000
Varig årlig finansieringsbehov	Kr 2 750 000	30 team	kr 82 500 000

Lønn inkl sosiale utgifter er beregnet slik: Lønn tannlege kr 750 000 , ½ psykolog kr 375 000, tannhelsesekretær kr 435 000, og tannpleier kr 490 000.

Rammefinansiering av team som foreslås opprettet, vil sikre en forutsigbar og permanent finansiering av tiltakene for de aktuelle målgruppene. Det forutsettes at behandlingen fullfinansieres for den enkelte pasient, og at det ikke gis anledning til å innføre egenandeler. Kostnadsdekningen vil da gjelde for alle trinn i behandlingsskjeden som omfatter utredning, diagnostikk, behandlingsforslag, fobibehandling, tannbehandling og ev tolketjeneste.

11.1.4 Innfasing av tiltakene over to år eller fem år

Helsedirektoratet anser at tiltaket bør fases inn over en to - års periode slik at det blir et nasjonalt løft og prioriteres over hele landet. Dette betyr at engangs oppstartkostnader og rammeøkning for drift i et halvt år bør budsjetteres for det første året, og at rammeøkningen for full drift bør komme fra og med andre året for tiltaket. Totalt vil dette kreve en statlig finansiering på om lag kr 49 mill i første året og kr 82,5 mill i andre driftsåret og hvert påfølgende år fremover, (jf innfasingen av tiltak for rusmiddelmissbrukere i institusjon, hvor tilskudd ble gitt for oppstart i 2. halvår 2005, med helårs virkning fom budsjettår 2006).

Hvis tiltaket skal fases inn over en fem årsperiode vil det bety at engangs oppstartkostnader og rammeøkning for lønnsmidler til teambygging bør budsjetteres for det første året, og at rammeøkningen for full drift bør fases inn etter hvert. Totalt vil dette kreve en statlig finansiering på om lag 36 mill kr i første året, gradvis økende til kr 83 mill ved full drift i det femte året og hvert påfølgende år fremover (jf innfasingen av tiltak for rusmiddelmissbrukere i institusjon og senere påbygning med midler til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere i kommunale tiltak og personer i LAR).

Eksempel på kostnadsfordeling ved innfasing over fem år:

År	1	2	3	4	5
Engangs-kostnad	8 mill kr	-	-	-	-
Akk lønnskostnad	25 mill kr	34 mill kr	43 mill kr	53 mill kr	62 mill kr
Akk forbrukskostnad	3 mill kr	6 mill kr	10 mill kr	15 mill kr	21 mill kr
Akkumulert varig kostnad	28 mill kr	40 mill	53 mill kr	68 mill kr	83 mill kr

Det beregnes 40 % stillinger første året (psykolog 20 % stilling), deretter økning med 15 % (7,5 % stilling) hver av de fire påfølgende årene. Forbrukskostnader antas å være noe lavere de første årene, for så å øke etter hvert som omfang av tilbudet økes.

11.1.5 Kostnader ved de ulike trinn i behandlingskjeden

Kostnadsdekningen for den enkelte pasient forutsettes å omfatte utredning, diagnostikk, behandlingsforslag, fobibehandling, tannbehandling og ev tolketjenester. I et behandlingsløp for disse pasientene kan det synes langt fram i forhold til endelig tannbehandlingsresultat. For at pasienter i denne situasjonen ikke skal oppleve

unødvendig usikkerhet med hensyn til fremdriftsplanen i behandlingen, er det viktig at hele behandlingsrekken fullfinansieres. Trolig vil egenandeler virke som barrierer for dem som trenger behandlingen mest. Et tilbud uten egenandeler vil være et ledd i å utjevne sosiale ulikheter i tannhelse/helse, med et behandlingsforløp som omfatter psykologutredning, fobibehandling og tannbehandling, hvor mange år med behandlingsvegning og skader pga overgrep og traumer danner bakgrunnen. Kostnadene ved slike tiltak vi her snakker om, vil trolig langt overstige normal kostnadene for tannbehandling i den voksne befolkningen for øvrig.

I rammefinansiering med lovforankring i tannhelsetjenesteloven ligger også at psykologbehandlingen finansieres via rammetilskuddet. Psykologbehandlingen vil da ikke utløse trygderefusjon. Dette medfører at også psykologbehandlingen vil være uten egenandel for pasienten.

Omfanget av kostnader for behandling basert på stykkpris, vil f.eks. kunne omfatte psykologutredning og fobibehandling til mellom 5 000 og 10 000 kr før man kommer i gang med særlig tannbehandling. Enkel fyllingsterapi og krone-/broterapi for et par tenner vil fort kunne komme på 10 000 kr.

Erfaringstall fra behandling av rusmiddelmissbrukere vil kunne gi en pekepinn for kostnader for de personene som utgjør målgruppene i de tiltakene som foreslås her, selv om det ikke er helt sammenlignbare pasientgrupper. I den nylig publiserte undersøkelsen om tannhelsetiltak for rusmisbrukere kunne mange av fylkeskommunene ikke gi eksakte tall for kostnader ved behandlingen. Opplysninger gitt av flere av fylkestannlegene understøtter imidlertid et anslag for en enhetskostnad på inntil kr 20 000 pr pasient. Mange av fylkestannlegene er av den oppfatning at enhetskostnadene ved behandling hos private tjenesteytere er høyere enn i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette kan bla skyldes ulik praksis mht valg av behandlingsalternativer og ulike oppfatninger av hva som skal til for å oppnå akseptabel oral helse. Det antas også at det generelt er et høyere kostnadsnivå per time i privatpraksis, og at enhetskostnadene dermed blir høyere (Edland-Gryt M, Skretting A, SIRUS 2010).

11.1.6 Eventuelt andre forhold av betydning

Ved en videreføring av tilskuddordningen for rekruttering av psykologer i kommunene kan en tenke seg at oppretting av team for behandling av odontofobipasienter,

torturoverlevende og voldsofre også kan gi grunnlag for søknad om midler fra denne ordningen som omtales. Hvorvidt ordningen med tilskudd etter hvert kan videreføres med en varig rammeøkning for formålet ligger utenfor mandatet til denne utredningen.

I beregningene vedrørende den foreslåtte finansieringsordningen er det tatt hensyn til at gjennomføring av tiltakene vil medføre en administrativ kostnad for fylkeskommunene. Som anskueliggjort i kostnadsoverslaget vil fylkeskommunene få ansvar for oppsøkende tjenester, nettverksbygging, tolketjeneste, koordinering og informasjon, både overfor målgruppene, samarbeidspartnere, øvrige helsetjenester mv.

I det forslaget som forutsetter samarbeid og henvisning fra annet helsepersonell bør det opprettes et enkelt regelverk som alle kan forholde seg til. På denne måten vil behandlerne på tannklinikkene bli skjermet vedrørende gråsoneproblematikken angående hvem som omfattes av tiltaket og hvem som ikke omfattes.

Erfaringene fra opprettelsen av tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige er at mange fylkeskommuner i ettertid ønsket at det var definert et behov for rapportering om virkningen av ordningene på forhånd, før man iverksatte tiltakene. (Edland-Gryt M, Skretting A, SIRUS 2010). Det bør overveies om det ved opprettelse av tiltak for de aktuelle målgruppene skal defineres rapporteringsbehov vedr virkningen av tiltaket. Dette kan f.eks. gjelde rapportering om hvor mange som nås med tiltaket, helseeffekter, vellykket behandling/avbrutt behandling og kostnader ved gjennomført behandling. En eventuell rapporteringsordning for tiltaket bør kunne skje fra den offentlige tannhelsetjenesten enten behandlingen utføres i offentlig eller privat regi.

Det er ikke tilgjengelig systematiserte tannhelsesdata eller data vedrørende behandlingsomfang eller helseeffekten av trygdemidler brukt til tannbehandling. Valg av eventuell trygdefinansieringsmodell for tiltak for de aktuelle målgruppene vil, slik dagens ordninger fungerer, ikke gi tilsvarende kunnskap om hvordan tiltakene virker.

12 Lov/forskriftstekst

I tilleggbestillingen bes det om forslag til lov- eller forskriftstekst som en del av rapporten. I oppdragsrapporten som ble oversendt HOD 11.12.2009 var Helsedirektoratets anbefaling at tannbehandling til torturoverlevende, overgrepsofsatte og personer med odontofobi bør finansieres fullt ut gjennom rammefinansiering til fylkeskommunene, ved at personene som tilhører de ovennevnte grupper innlemmes som prioriterte grupper i loven. Det vil da være nødvendig med en lovendring i lov om tannhelsetjenesten § 1-3. Det har vært en forutsetning at tilbudet skal være fullfinansiert, og ikke skal koste pasientene noe. Dermed er ikke folketrygden en alternativ løsning ettersom behandling finansiert av folketrygden forutsetter egenandelsbetaling og tilleggsbetaling til tannlegen som følge av fri prissetting for privatpraktiserende tannleger.

Inngangskriteriene er ulike for de tre gruppene:

1. For torturoverlevende må det foreligge erklæring fra psykolog/psykiater.
2. For personer utsatt for volds- eller seksuelle overgrep er det krav om at det foreligger erklæring fra psykolog/psykiater.
3. For personer med odontofobi gjelder følgende inngangskriterier:
 - Pasienten har fylt 20 år og lider av odontofobi eller annen psykisk lidelse med innslag av odontofobi (DSM-IV, 300.29). En forutsetning for å bli inkludert er at det odontofobiske innslaget i pasientens lidelse bedømmes som mulig å behandle.
 - Pasienten må ikke ha organiske lidelser som demens, delir, amnestiske eller andre kognitive forstyrrelser.
 - Pasienten må si seg villig til å delta i behandlingsopplegget i minst ett år.
 - Den fobiske lidelsen må ha vart i minst ett år.

Pasienten skal utredes av et team bestående av psykolog/psykiater samt tannlege. Disse avgjør hvorvidt pasienten oppfyller de ovennevnte krav.

Gruppene bør inn i lovteksten som nye punkter i § 1-3, men de nærmere vilkår kan

beskrives i rundskriv.

Det har tidligere vært knyttet uklarhet til fortolkningen av bestemmelsen i § 1 -3, siste ledd, om prioritering av gruppene. Bestemmelsen synes ikke lenger å ha noen relevans, jfr rundskriv I-16/2000 fra Helse- og omsorgsdepartementet til landets fylkeskommuner. Bestemmelsen var en overgangsordning ved iverksettelse av loven. For at det ikke på ny skal oppstå uklarhet om fortolkningen bør denne bestemmelsen tas ut av lovteksten, ettersom den ikke lenger er i samsvar med tannhelsetjenestens forpliktelser.

Utkast til lovtekst:

§ 1-3 skal lyde:

§ 1-3. (Omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten)

Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. 1 Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til:

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

I tillegg til de prioriterte oppgaver kan Den offentlige tannhelsetjenesten yte tjenester til voksent betalende klientell etter fylkeskommunens bestemmelser.

13 Referanser – tilleggsrapport juni 2010, jf tidligere referanser i oppdragsrapport des 2009

Amnesty International (2008): *Asylansøgere i Danmark. En undersøgelse af nyankomne asylansøgers helbredstilstand og traumatiseringsgrad*. Undersøkelse utført av Dansk Lægegruppe 2008 i samarbejde med Dansk Røde Kors

Dahl S, Sveaass N, Varvin S (2006): *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – en veileder*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Edland-Gryt M og Skretting M: *Fylkeskommunal tannhelsetilbud til rusmisbrukere*. SIRUS Rapport 2/2010

Helsedirektoratet (2008): *Kartlegging av den offentlige tannhelsetjenestens engasjement i folkehelsearbeidet* (Rapport IS-1610)

Helsedirektoratet (2008): *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering*. Rapport IS-1565

Helsedirektoratet (2009): *Migrasjon og helse. Utfordringer og utfordringstrekk*. Rapport IS - 1663

Helse- og omsorgsdepartementet: *Presisering av tannhelsetjenesteloven § 1-3 – innskrenkninger i det fylkeskommunale tannhelsetilbudet*. Rundskriv I - 16/2000

Helsetilsynet (2010): *Tannhelsetjenesten – med særlig blikk på offentlige tannhelsetjenester til prioriterte grupper*

Justis- og politidepartementet (2010): *Handlingsplanen mot vold i nære relasjoner (2008 – 2011)* Status februar 2010

Labyrint (2008) Kunnskapsmagasin fra Universitetet i Tromsø

IMDi (2009): *Bedre forvaltningspraksis for bruk og bestilling av tolk*. Rapport

Raadal M, Vika M, Skaret E, Øst LG (2010) *Sprøyteskrek* – typer, forekomst og behandling. *Nor Tannlegefor Tid* 2010; 120: 370-6

Saur, R (2007) *Vold i nære relasjoner. Forslag til felles opplæringstiltak for ansatte i relevante hjelpetjenester*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Notat 3/2007

Sosial og helsedepartementet (1999): *Retningslinjer for tannhelsetjenester til flyktninger og asylsøkere i statlige mottak, ansvar, tjenestens faglige innhold og betalingsordninger* IS - 22/99 Rundskriv

St.meld.nr 63 (1997-1998) *Opptappingsplanen for psykisk helse*

Prop. 1 S (2009-2010) *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*

**ARBEIDSGRUPPE TILLEGGSBESTILLING
TANNBEHANDLING FOR TORTUROVERLEVERE, OVERGREPSUTSATTE
OG PERSONER MED ODONTOFOBI
HELSEDIREKTORATET MARS 2010 – JUNI 2010**

Prosjektansvarlig: Fredrik A.S. R. Hanssen

Prosjektleder: Benthe Hansen

Intern arbeidsgruppe:

Rådgiver Eivind Berg

Seniorrådgiver Bengt Berger

Seniorrådgiver Benthe Hansen

Overtannpleier Hilde Vogt Toven

