

Kartlegging av spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven

Status høst 2017

Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet
IS-2808



Innhold

Del 1. Innledning	3
1. Oppdraget	5
2. Arbeidsform	5
3. Innhold i spørreskjema	6
Del 2. Bakgrunn om det odontologiske spesialisttannhelsetilbudet	8
4. Tannhelsetjenesteloven	9
5. Tannlegespesialistene og deres utdanning	10
6. Bakgrunnsinformasjon om det odontologiske spesialisttilbudet	10
7. Geografisk fordeling av spesialister	12
Del 3. Fylkesbasert kartlegging av spesialisttannhelsetjenester for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven	15
8. Antall årsverk offentlige ansatte tannlegespesialister per spesialitet	16
9. Antall årsverk private tannlegespesialister per spesialitet	18
10. Er behovet for spesialisttjenester til innbyggerne i fylket tilfredsstillende dekket?	23
11. Retningslinjer, henvisninger og økonomi	26
12. Omfang av behandling av voksent betalende klientell	31
13. Tannbehandling i narkose	31
Del 4. Kartlegging ved de regionale odontologiske kompetansesentre vedrørende spesialisttannhelsetjenester for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven	35
14. Spesialister ved kompetansesentrene	36
15. Forskningskompetanse ved kompetansesentrene	37
16. Rådgiving og fagstøtte ved kompetansesentrene	38
17. Veiledning i spesialistutdanningen	38
18. Behandlingskapasitet ved kompetansesentrene	39
19. Henvisninger fra fylkeskommuner	40

20.	Henvisninger til kompetansesentrene, 2016 vs. 2017	40
21.	Henvisninger fra privat praksis og behandling av voksent betalende klientell	41
22.	Epikriser fra kompetansesentrene	42
23.	Samarbeidsavtaler mellom kompetansesentre og andre fagmiljøer	42
24.	Tilbud om tannbehandling i narkose ved kompetansesentrene	43
25.	Avsluttende merknader og oppsummering	45
26.	Referanser	48

Vedlegg. Svar fra spørreundersøkelsen **49**

27.	Vedlegg 1. Samarbeid med andre	50
28.	Vedlegg 2. Retningslinjer for henvisning	50
29.	Vedlegg 3. Spesialistbehandling voksent betalende klientell	52
30.	Vedlegg 4. Avtaler for tannbehandling i narkose	53
31.	Vedlegg 5. Retningslinjer for henvisninger for tannbehandling i narkose	55
32.	Vedlegg 6. Organisering av tannbehandling i narkose	57

Øvrige vedlegg

Vedlegg 7. Mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg 8. Statsbudsjettet 2016 – Tillegg til tildelingsbrev nr 26

Vedlegg 9. Questback-undersøkelse til ledere i Den offentlige tannhelsetjenesten

Vedlegg 10. Questback-undersøkelse til ledere av De regionale odontologiske kompetansesentrene

Del 1. Innledning

Forkortelser i rapporten

Kompetansesenter¹ – Regionalt odontologisk kompetansesenter (ROK)

DOT – Den offentlige tannhelsetjenesten

TkØ – Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst

TkS – Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør

TKVH – Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest, Hordaland

TkVR – Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest, Rogaland

TkMN – Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge

TkNN – Tannhelsetjenestens kompetansesenter Nord-Norge

SSB – Statistisk sentralbyrå

For enkelte odontologiske spesialiteter vil det brukes kortformer:

Oral kirurgi – Oral kirurgi og oral medisin

Protetikk – Oral protetikk

Radiologi – Kjeve- og ansiktsradiologi

¹ «Kompetansesenter» viser i denne rapporten utelukkende til «Regionale odontologiske kompetansesentre»

1. Oppdraget

Denne rapporten er en kartlegging av hvordan spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er ivaretatt, organisert og finansiert i dag.

Helsedirektoratet ble i Tillegg til tildelingsbrev nr. 26 (Statsbudsjettet 2016), datert 16.09.2016, gitt i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å komme med forslag til mandat for utredning av mulige modeller for organisering og finansiering av spesialisttannhelsetjenester, primært for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Oppdraget ble gitt som del av arbeidet med forberedelse av departementets lovarbeid til Stortinget om å overføre ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen, se Tillegg til tildelingsbrev nr. 2 (Statsbudsjettet 2016), datert 16.09.2016. HOD delte videre dette utredningsoppdraget i to trinn:

1. En kartlegging og vurdering av det eksisterende tilbud av odontologiske spesialisttjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.
2. Utredning av en fremtidig finansieringsmodell for slike spesialisttjenester, på bakgrunn av trinn 1.

Denne rapporten er svar på trinn 1 av oppdraget.

Mandatet for kartleggingen ligger som vedlegg 7 i denne rapporten.

Rapporten beskriver ikke tannlegespesialistbehandling som utøves ved de odontologiske utdanningsstedene eller ved helseforetakene.

Det er utenfor mandatet til rapporten å vurdere det samlede nasjonale behovet for odontologiske spesialisttjenester.

Fra 1. januar 2018 ble Nord- og Sør-Trøndelag slått sammen til Trøndelag fylke. I denne rapporten er de to tidligere fylkene fremdeles omtalt som selvstendige fylker.

2. Arbeidsform

Etter å ha mottatt oppdraget fra HOD, nedsatte Helsedirektoratet en intern arbeidsgruppe bestående av Hildur C. Sørhoel og Siri C. Rødseth, begge fra Seksjon tannhelsetjenester. Bettina Kavli fra samme seksjon har deltatt i skrivearbeidet med rapporten. Den interne arbeidsgruppen besluttet å besvare trinn 1 av oppdraget ved å etterspørre det eksisterende spesialisttilbud til den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) og de regionale odontologiske kompetansesentrene. I samarbeid med kommunikasjonsavdelingen i Helsedirektoratet ble det utarbeidet to Questback-undersøkelser for utsendelse til DOT i alle landets fylker, samt de seks regionale odontologiske kompetansesentrene. Spørsmål ble utformet i henhold til problemstillinger reist i mandatet for

oppdraget. En representant fra hver av gruppene gjennomførte en pilotundersøkelse, og deres tilbakemeldinger ble hensyntatt i den endelige utformingen av spørreskjemaet.

Questback-undersøkelsene ble sendt ut til de øverste ledere for DOT og kompetansesentrene 07.09.2017, med tre ukers svarfrist. Dagen forut ble før-informasjon utsendt per mail, samt alle spørsmål vedlagt i en PDF-fil. Dette ble gjort for å lette arbeidet for mottakerne, da den elektroniske Questback-undersøkelsen ikke er navigerbar og flere av spørsmålene ville kreve forarbeid å besvare.

Helsedirektoratet mottok svar fra 19 av 19 ledere av DOT og seks av seks ledere av kompetansesentrene. Svarprosenten var altså 100 prosent i begge gruppene. Spørreundersøkelsen til fylkene var i utgangspunktet anonymisert, men fylkene var identifiserbare gjennom besvarelsene. Det ble besluttet å forespørre respondentene om de tillot av-anonymisering av data. Dette for å kunne få en mer interessant rapport hvor data knyttes til det enkelte fylke. Respondentene tillot av-anonymisering. Fylkene har mottatt utkast av rapporten til gjennomlesing før oversendelse til departementet, med mulighet for innspill. Innspill er ihensyntatt ved endelig utarbeiding av rapporten. Spørreundersøkelsen til de regionale odontologiske kompetansesentrene var ikke anonymisert.

Noen av svaralternativene i Questback-undersøkelsen inneholder et spenn, eksempelvis «0,6–1,0 årsverk», enkelte av svaralternativer inneholder et «+» som i betydningen «større enn». I vår fremstilling, fortrinnsvis i tabeller, har vi funnet det problematisk å summere slike spenn i svaralternativ da disse blir upresise og kan by opp til misforståelser. Vi har derfor unnlatt å summere disse, men forsøker å formidle spennet i brødteksten under tabellen. Når vi oppsummerer er dette for å gi et grovanslag, og det er derfor ikke brukt desimaler.

I rapportens del 2 presenteres funn fra spørreundersøkelsen blant lederne for DOT, supplert med data fra SSB. I del 3 presenteres funn fra undersøkelsen blant lederne for kompetansesentrene.

3. Innhold i spørreskjema

De utsendte spørreskjemaene ligger som vedlegg 8 og 9 i denne rapporten. Fylkene og kompetansesentrene ble blant annet stilt spørsmål om tilgjengelighet og organisering av spesialisttannhelsetjenestene, tilfredshet med det odontologiske spesialisttilbudet, tilbudets finansiering, henvisningsrutiner, samarbeidspartnere og tilgjengelig tilbud om tannbehandling i narkose.

I henhold til mandatet fra HOD har spesialiteten kjeveortopedi blitt utelatt fra spørreundersøkelsen. Bakgrunnen er at dette odontologiske spesialisttilbudet er i en særstilling finansielt; personer med rettigheter etter tannhelsesloven har ikke rett til dette tilbudet vederlagsfritt. En del av kjeveortopedipasientene er delvis stønadsberettigede etter Folketrygdloven §5,6, størrelsen på

stønadene avhenger av alvorlighetsgraden. For mer informasjon se innslagspunkt 8, Bittanomalier.² Flertallet av kjeveortopedene i Norge er privatpraktiserende.

² Regjeringen. Rundskriv 2017:
https://www.regjeringen.no/contentassets/5a993fe37deb4193bd6758d34d1dab96/rundskriv_i-7-2017.pdf.

Del 2. Bakgrunn om det odontologiske spesialisttannhelsetilbudet

4. Tannhelsetjenesteloven

Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) av 1. januar 1984 omhandler i hovedsak ansvarsforhold, omfang og formål ved tjenesten og definerer hvem som har rettigheter og skal motta et regelmessig og oppsøkende tilbud fra DOT. Denne rapporten forutsetter kjennskap til tannhelsetjenesteloven.³

Tannhelsetjenesteloven omtaler også odontologiske spesialisttjenester og regulerer det eventuelle samarbeidet med privatpraktiserende tannleger. Odontologiske spesialisttjenester er i liten grad omtalt i lovteksten.

Fra tannhelsetjenesteloven:

§ 1-1. (Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjeneste)

Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

Fylkeskommunen har ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten.

Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i § 1-3 enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannlege som har inngått avtale med fylkeskommunen etter § 4-1.

Begrepet «spesialisttjenester» er ikke nærmere definert i tannhelsetjenesteloven eller dens forarbeider. Odontologiske spesialisttjenester var ikke omfattet av forslaget til tannhelsetjenestelov i Ot.prp. nr. 49 (1982–83) eller på annen måte vurdert i forarbeidene. Men under behandlingen av lovforslaget påpekte sosialkomiteen at fylkeskommunen må sørge for nødvendig geografisk spredning av spesialisttannhelsetjenester for å sikre befolkningens behov for slike tjenester. Lovteksten sier at fylkeskommunen skal sørge for at også spesialisttjenester «i rimelig grad» er tilgjengelige for befolkningen.

Lovteksten gir rom for ulik organisering og tilgjengelighet i fylkene. Det er altså fylkeskommunens ansvar å sørge for at tannhelsetjenestetilbudet er tilgjengelig for befolkningen, samt å sørge for at personer med rettigheter får nødvendig spesialisttannhelsehjelp. Det er fri etablering av privatpraktiserende tannleger, også spesialister. Det er for øvrig begrenset grad av myndighetsregulering av det odontologiske spesialisttilbudet. Helsedirektoratet bidrar til finansiering av spesialistutdanningen i odontologi gjennom tilskudd. Bevilgninger til tilskudd på tannhelsefeltet vedtas fra år til år gjennom Statsbudsjettet og Helsedirektoratet forvalter budsjett og tilskuddsordninger. Tilskuddsmidler for spesialistutdanning av tannleger gis i hovedsak som stykkpris per spesialistkandidat, og gjennom å bidra til finansiering av spesialistutdanningen kan myndighetene til en viss grad påvirke utdanningskapasiteten ved universitetene.

³ Lov om tannhelsetjenester av 1.1.1984. Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54/KAPITTEL_3#KAPITTEL

5. Tannlegespesialistene og deres utdanning

En tannlegespesialist skal kunne behandle kompliserte kasus innen sitt fagfelt og fungere som henvisningsinstans for sitt fagområde. Per i dag er det syv godkjente odontologiske spesialiteter i Norge; pedodonti, periodonti, kjeve- og ansiktsradiologi, oral kirurgi og oral medisin, endodonti, kjeveortopedi og oral protetik. I tillegg foregår utprøving av en videreutdanning på spesialistnivå ved UiT Norges arktiske universitet; multidisiplinær odontologi (tidligere klinisk odontologi). Alle spesialitetene har et treårig utdanningsløp, med unntak av oral kirurgene som har et femårig løp.

Tannlegespesialister utdannes ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø. For mer informasjon om spesialistutdanning av tannleger, vises til Helsedirektoratets rapport fra 2017, *Organisering og gjennomføring av spesialistutdanning for tannleger – høst 2015*, samt universitetenes nettsider.

6. Bakgrunnsinformasjon om det odontologiske spesialisttilbudet

Spesialisttilbudet innen odontologi er i stor grad en del av den private tannhelsetjenesten. Det er en geografisk skjev fordeling av tannlegespesialister i Norge, med en høyere tetthet av private spesialister nær utdanningsinstitusjonene i Bergen og Oslo. Det er i noe økende grad også tannlegespesialister ansatte i DOT, herunder ved kompetansesentrene. Dette belyses senere i rapporten.

Det er etablert seks regionale odontologiske kompetansesentre i Norge, og disse skal blant annet bidra til å sikre befolkningen i alle regioner tilgang til odontologiske spesialisttjenester. Drift av kompetansesentrene finansieres delvis av statlige midler og delvis av fylkeskommunale midler. HOD finansierer forskning, kompetansesentrenes deltakelse i spesialistutdanning av tannleger, samt fagstøtte til fylkeskommuner. Fylkeskommunene har ansvar for å finansiere all spesialistvirksomhet. Se Statsbudsjettet 2018⁴ (s. 225) for nærmere omtale av de odontologiske kompetansesentre.

Det eksisterer rundt 15 oral/kjevekirurgiske avdelinger/klinikker ved sykehus rundt om i landet og det er tannlegespesialister ansatt ved disse klinikkene, i hovedsak spesialister i oral kirurgi og oral medisin.

Utdanningsinstitusjonene fungerer også som en henvisningsinstans for tannhelsetjenesten, med unntak av UiT. I Bergen er det en samarbeidsavtale mellom universitet og kompetansesenter om at universitetet kun tar pasienter som en del av spesialistutdanningen (til klinisk utdanning av spesialistkandidater).

⁴ Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2017–2018): <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20172018/id2574064/>

Fylkeskommunene har ulike modeller for hvordan de ivaretar ansvaret for å sørge for befolkningens tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester. Noen fylkeskommuner har egne ansatte spesialister, andre benytter odontologiske kompetansesentre for spesialisttjenester, andre igjen henviser til privat tannhelsetjeneste, odontologiske utdanningsklinikker eller sykehus. De fleste fylkeskommuner kombinerer de ulike mulighetene. Henvisning skjer også på tvers av fylkesgrensene, til nærmeste tilgjengelige spesialist, kompetansesenter eller utdanningsklinikk. Det at tilbudet er såpass mangefasettert er delvis et resultat av lokale forhold som geografi, befolkningstall rekrutteringsutfordringer og økonomi, men også av overordnet politikk.

Gjennom Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten stimulerer myndighetene til bedret tilgang til tannlegespesialister og geografisk utjevning av spesialisttilbudet gjennom bla. tilskudd til kompetansesentre og lønn til spesialistkandidater i pedodonti og kandidater på forsøksordningen i multidisiplinær odontologi (tidligere klinisk odontologi).

Tabell 1. Årsverk i DOT og i den private tannhelsetjenesten. Data fra SSB: 05828: Avtalte årsverk i offentlige tannhelsetjeneste, etter utd. og 05829: Avtalte årsverk i privat tannhelsetjeneste, etter utd.

Fylke	Årsverk offentlige tannlegespesialister 2016	Årsverk private tannlegespesialister 2016	Oppsummert årsverk offentlig og privat tannlegespesialister
Østfold	3,5*	20,6	24,1
Akershus	0,0	44,9	44,9
Oslo	2,6	85,9	88,5
Hedmark	0,0	10,8	10,8
Oppland	2,4	8,0	10,4
Buskerud	1,4	19,2	20,6
Vestfold	1,0	18,5	19,5
Telemark	4,0	5,3	9,3
Aust-Agder	4,1	6,9	11,0
Vest-Agder	2,0	11,0	13,0
Rogaland	10,9	38,1	49,0
Hordaland	9,2	53,7	62,9
Sogn og Fjordane	0,0	6,0	6,0
Møre og Romsdal	2,9	18,5	21,4
Sør-Trøndelag	4,1	16,0	20,1
Nord-Trøndelag	0,0	6,0	6,0
Nordland	6,2	7,4	13,6
Troms	12,5	9,8	22,3
Finnmark	3,0	1,5	4,5
Summert	69,8	388,1	457,9

*0,7 spesialistårsverk i Østfold fylkeskommune samt 2,8 årsverk ved TkØ. TkØ er organisatorisk underlagt Østfold.

I følge data fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) (publisering juni 2017), var det i 2016 69,8 årsverk for tannlegespesialister i DOT og 388,1 årsverk for tannlegespesialister i privat praksis. Merk at tallene inkluderer kjeveortopeder. Tallene for DOT inkluderer ikke spesialister ansatt i helseforetak eller ved de odontologiske utdanningsinstitusjoner. Se note (*) i tabell 1 vedrørende TkØ.

I den offentlige og den private tannhelsetjenesten var det i 2016 totalt 283,3 tannlegespesialistårsverk, privat kjeveortopedi ikke medregnet. Tallet er beregnet fra SSBs data med samme kilde som tabellen over. Odontologiske spesialisttjenester er i stor grad et privat helsetilbud. 75 prosent av de beregnede spesialistårsverkene er i privat tannhelsetjeneste, når vi utelater privat kjeveortopedi. Når privat kjeveortopedi medregnes er ca. 85 prosent av de beregnede spesialistårsverkene i privat tannhelsetjeneste.

7. Geografisk fordeling av spesialister

Norge har stor geografisk variasjon i befolkningstetthet. Dette gir til dels ulike geografiske avstander til et odontologisk spesialisttilbud. Områder med lav befolkningstetthet vil vanskeligere kunne tilby like god tilgjengelighet til spesialister som tettere befolkede områder. Med tanke på faglig utvikling er det en fordel for spesialister å være en del av et større faglig miljø. Dette er et argument for en viss grad av sentralisering av spesialisttjenester. Tannhelsetjenesteloven legger ikke konkrete pålegg om hva fylkeskommunen skal tilby av spesialisttjenester, men det er i Norge bred enighet om det overordnede mål at helsetjenester skal være mest mulig likeverdige, uavhengig av bosted.

SSB publiserer årlig tall for variabelen *Antall innbyggere per yrkesaktiv tannlegespesialist, samlet innen offentlig og privat tannhelsetjeneste*, se figur 1 (s. 14). Denne variabelen synliggjør geografiske forskjeller vedrørende tettheten av spesialister sett i sammenheng med befolkningstall i et gitt område. Som figuren viser er det stor variasjon. Rogaland, Hordaland, Oslo og Troms viser den beste dekningen, alle med færre enn 10 000 innbyggere per spesialistårsverk. Trøndelagsfylkene og Sogn og Fjordane kommer dårligst ut av dette oppsettet, tett etterfulgt av flere andre fylker.

Tallmaterialet som legges til grunn for figur 1 viser ikke hele bildet av spesialistdekningen i alle fylkene. Spesialistkandidater og ansatte spesialister ved utdanningsinstitusjonene eller sykehusansatte tannlegespesialister registreres ikke i SSB-statistikken. Spesialistårsverk ved TkØ er ikke registrert under Oslo. Dette betyr at de allerede gode tallene for Hordaland, Oslo og Troms i realiteten kan være noe bedre, når man medregner ansatte spesialister ved helseforetak og universitetene i disse byene, samt TkØ. Bemerk at det er tannlegespesialister også ansatt ved andre sykehus i landet og at disse vil ha en noe utjevne effekt på det beskrevne fenomen. Det er også ulikt om utdanningsinstitusjonene fungerer som henvisningsinstans og derfor varierende i hvilken grad spesialister og spesialistkandidater ved universitetene utgjør et reelt tilbud til befolkningen. Både UiB og UiO mottar henvisninger fra tannhelsetjenesten, men dette skjer ikke

ved UiT. TkNN er også det eneste kompetansesenteret som bedriver klinisk veiledning av spesialistkandidater i nevneverdig grad. Derfor har spesialister der noe mindre kapasitet til pasientbehandling. Spesialister ved kompetansesentrene vil ofte også være involvert i forskning (se kapittel 15, figur 6). Konklusjon samlet sett er at den geografiske skjevheten kan være enda større enn det som fremkommer i SSBs statistikk og figur 1, dette gjelder spesielt Oslo og Hordaland. Men det er mindre sikkert om den antatte større skjevheten utgjør mye i reelt behandlingstilbud til befolkningen, da spesialister tilknyttet kompetansesentre og utdanningsinstitusjoner også har andre oppgaver enn pasientbehandling.

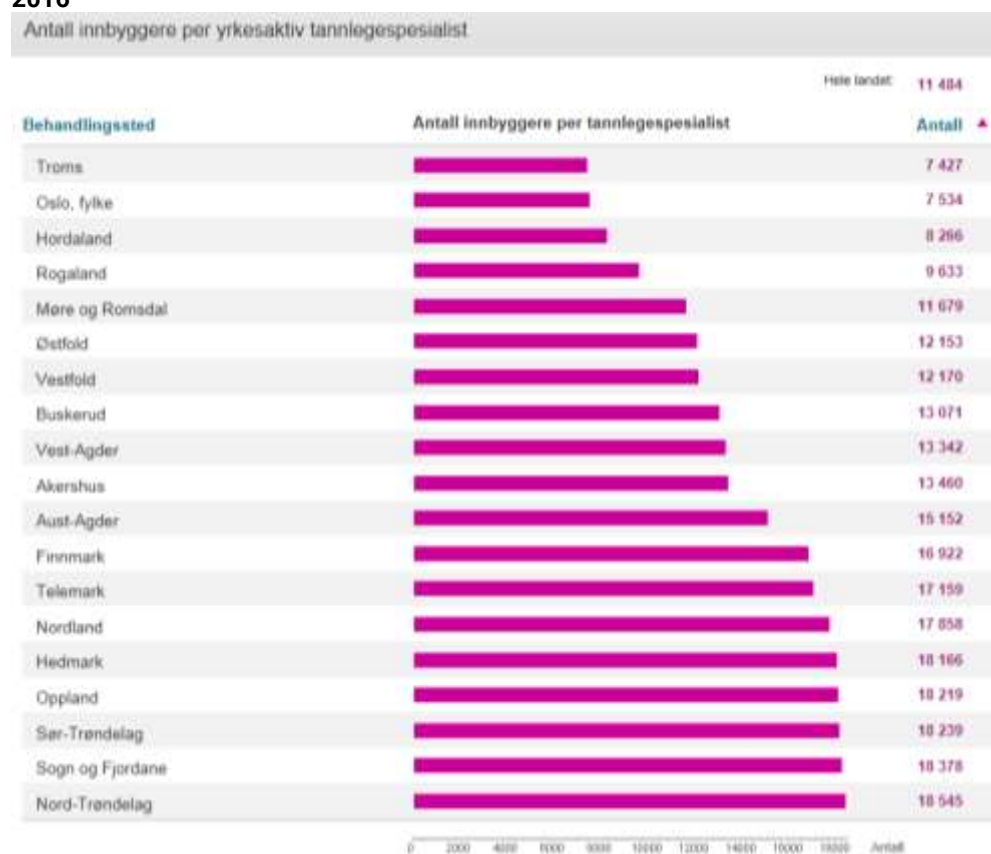
En god tilgang på spesialister i forhold til befolkningstall garanterer ikke et godt spesialisttilbud for alle. Spesialisttjenestene er ikke nødvendigvis i praksis tilgjengelig for alle grupper i befolkningen, *inkludert* personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Det kan være institusjonelle barrierer mot henvisning til spesialisttjenesten, som sedvane eller økonomi innen tannhelsetjenesten. Privat økonomi kan være til hinder, dersom det er egenandel for den enkelte. Ellers kan lang reisevei for pasienter, redusert helse eller manglende tilrettelegging eller ledsager være til hinder for bruk av spesialisttannhelsetilbud. I områder av landet med lav dekning av offentlige odontologiske spesialisttjenester, kan det private tilbudet være alternativet for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. For at personer med rettigheter skal ha tilgang på private tjenester, må avtale være inngått mellom DOT og privat aktør. Privatpraktiserende spesialister kan ha manglende interesse av å inngå slik avtale eller DOT kan mene at behovet allerede er tilstrekkelig dekket.

Grytten og Holmgren publiserte i 2017⁵ data som kan tyde på at det er private tannlegespesialister som har ubenyttet kapasitet og at det slik kan være et ubenyttet potensiale for tannlegespesialisttjenester for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Artikkelen redegjør ikke for hvorvidt den ubenyttete kapasiteten i hovedsak befinner seg i sentrale strøk.

For øvrig har statlig stimulering i form av tilskudd til spesialistutdanning, lønn til kandidater under utdanning og tilskudd til oppbygging av kompetansesentrene, bidratt til at det har skjedd en øking i antallet offentlig ansatte tannlegespesialister over tid. Dette har vært en ønsket utvikling for å sikre personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven et bedre odontologisk spesialisttilbud.

⁵ J Grytten og TK Holmgren. De private spesialistene i tannhelsetjenesten - har de nok å gjøre? Nor Tannlegeforen Tid 2017; 127: 236–40

Figur 1. Fra SSB: G1. Konsern - Tannhelsetjenesten – nøkkeltall. Antall innbyggere per tannlegespesialist 2016



Del 3. Fylkesbasert kartlegging av spesialisttannhelsetjenester for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven

I denne delen av rapporten besvares problemstillinger i mandatets første del: «Kartlegging på fylkesnivå». Del 3 er basert på informasjon fra kartleggingen blant lederne i DOT, supplert med data fra SSB. Spesialiteten kjeveortopedi er inkludert der den er relevant.

8. Antall årsverk offentlige ansatte tannlegespesialister per spesialitet

I spørsmål 1) i Questback-undersøkelsen ble lederne i DOT bedt om å oppgi antall offentlig ansatte tannlegespesialister i fylket, i årsverk. Tabellen under oppsummerer svar fra dette spørsmålet.

Tabell 2. Årsverk tannlegespesialister i DOT,⁶ sortert etter spesialitet. Data fra Questback-undersøkelsen. Scorealternativer var: [0], [0,1-0,5], [0,6-1,0], [1,1-1,5], [1,6-2,0], [2+]

Fylke	Pedodonti	Oral kirurgi	Perio	Protetikk	Endodonti	Radiologi	Multi-odont.
Østfold	0,6-1,0	0,6-1,0	0	0	0	0	0
Akershus	0	0	0	0	0	0	0
Oslo*	2+	0	0	0,6-1,0	0	0	0
TkØ-ansatte	1,6-2	0,6-1,0	0,1-0,5	0,1-0,5	0	0,1-0,5	0
Hedmark	0	0	0	0	0	0	0
Oppland	0,6-1,0	0	0	0	0	0	0
Buskerud	0	0,6-1,0	0	0	0	0	0
Vestfold	0,6-1,0	0	0	0	0	0	0
Telemark	0	2+	0	0	0,6-1,0	0	0
Aust-Agder*	0,6-1,0	2+	0,1-0,5	0,6-1,0	0,1-0,5	0,1-0,5	0,6-1,0
Vest-Agder	0	0,6-1,0	0	0	0	0	0
Rogaland*	1,6-2	1,1-1,5	0,1-0,5	2+	1,6-2	0,1-0,5	0
Hordaland*	2+	0,1-0,5	1,1-1,5	1,1-1,5	1,1-1,5	0,6-1,0	0
Sogn og Fjordane	0	0,6-1,0	0	0	0	0	0
Møre og Romsdal	0	0,6-1,0	0,1-0,5	0	0	0	0
Sør-Trøndelag*	0	0	0	0	0	0	0
TkMN-ansatte	0,6-1,0	1,1-1,5	0,1-0,5	0	0,6-1,0	0,6-1,0	0,1-0,5
Nord-Trøndelag	0	0	0	0	0	0	0,1-0,5
Nordland	0	2+	1,1-1,5	0,6-1,0	1,6-2	0	0
Troms*	2+	2+	0,6-1,0	1,1-1,5	0,1-0,5	0	2+
Finnmark	0	0,6-1,0	0	0	0	0	0

* Fylker hvor kompetansesentre er lokalisert

SSB publiserer ikke tall på de ulike spesialiteter for offentlig ansatte spesialister, til dette er tallene fremdeles for små. Tabell 2 gir derfor ny kunnskap om fordeling av ulike spesialiteter i fylkene. En oppsummering av samlet antall årsverk spesialister ansatt i DOT resulterer i tall totalt mellom **46 og 64,5+ årsverk** på rapporteringstidspunktet (september 2017).

⁶ Under oppføringene for Oslo og Sør-Trøndelag i tabellen inkluderes en egen linje for spesialister ansatt ved kompetansesentrene TkØ og TkMN, da disse spesialistene ikke er medregnet blant de offentlig ansatte som er oppgitt av ledere i DOT. Ledere av DOT i Troms, Hordaland, Rogaland og Aust-Agder har oppgitt kompetansesenteransatte spesialister som fylkeskommunalt ansatte.

Til sammenlikning har SSB for 2016 publisert et samlet tall **69,8** spesialistårsverk i DOT (se tabell 1). SSBs publiserte tall vil også omfatte årsverk for offentlige ansatte kjeveortopedier, noe som ikke Helsedirektoratets Questback-undersøkelse gjør. Det er også noe avvik i registreringstidspunkt. SSB-tallene er fra 2016, mens fylkene har svart på kartleggingen i september 2017. Helsedirektoratet har inkludert utprøvningsdisiplinen multidisiplinær odontologi, disse medregnes ikke i SSBs data. Tall og annen informasjon i svarene kan tyde på at noen fylker har oppgitt sykehusansatte spesialister som offentlig ansatte, disse omfattes heller ikke av SSBs data.

På bakgrunn av denne diskusjonen, er det et rimelig godt sammenfall mellom oppsummerte svartall fra spørreundersøkelsen og SSB sine tall. Tabell 2 gir dermed et pålitelig bilde av situasjonen i september 2017 mht. fordelingen av de ulike spesialitetene blant offentlig ansatte spesialister.

Helsedirektoratets oversikt i tabell 2 viser antall årsverk for de seks spesialitetene pedodonti, oral kirurgi og medisin, periodonti, oral protetik, endodonti, kjeve- og ansiktsradiologi, samt videreutdanningen multidisiplinær odontologi. Oversikten viser at alle spesialitetene er representert med årsverk i DOT. Det er bare Akershus og Hedmark som oppgir ikke å ha spesialistårsverk i DOT. Sør-Trøndelag oppgir heller ingen offentlige ansatte spesialister, men fylket er vertsfylke for TkMN og spesialistårsverk derfra er med i oversikten. Likeså er spesialister ansatt ved TKØ listet separat i tabellen, da disse ikke er medregnet blant de offentlige ansatte spesialister i besvarelsene fra Questback-undersøkelsen.

Telemark, Aust-Agder, Sør-Trøndelag, Nordland, Hordaland, Rogaland og Troms er fylkene med høyest antall årsverk for offentlig ansatte spesialister, med Troms, Hordaland og Rogaland på topp. Av disse er det kun Telemark og Nordland som ikke er vertsfylke for kompetansesentre. Kompetansesentrene i Troms, Hordaland og Rogaland er alle tre organisert som enheter i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og senteret er lokalisert i det aktuelle fylket. Telemark og Nordland synes å ha prioritert å bygge opp et eget spesialisttilbud, trolig grunnet lang reisevei til kompetansesentre og få privatpraktiserende tannlegespesialister i fylkene.

Aust-Agder er eneste fylke som har alle undersøkelsens etterspurte spesialiteter representert blant offentlig ansatte spesialister per september 2017. Kompetansesenter Sør er lokalisert i dette fylket. Blant fylkene som har få spesialistgrener representert (1-2), blant offentlig ansatte, er det oral kirurgi og oral medisin og pedodonti som er hyppigst forekommende. Disse to spesialitetene har også det høyeste antallet årsverk offentlig ansatte blant de seks fagområdene som er etterspurt i undersøkelsen. 14 av fylkene har offentlige ansatte oral kirurger og ni av fylkene har pedodontister. På landsbasis gir dette et grovanslag på 12-15+ årsverk innen pedodonti og 15-18+ årsverk innen oral kirurgi. Buskerud og Nord-Trøndelag informerer i tillegg om konkrete planer om ansettelse av pedodontist. Dessuten har både DOT Akershus og DOT Oslo avtale med UiO om henvisning av barnepasienter og har slik tilgang til pedodontister.

Ifølge svarresultatene har ti av 19 fylker færre enn to årsverk offentlig ansatte tannlegespesialister. Noen fylker har samarbeidsavtaler med kompetansesentrene, f.eks. har Sogn og Fjordane avtale

med Tkv-H om at pasienter kan henvises for spesialistbehandling der. Fra og med 1. januar 2020 blir Sogn og Fjordane og Hordaland fylkeskommuner slått sammen, og en samlet tannhelsetjeneste i den nye fylkeskommunen blir «eier» av kompetansesenteret. Spesialisttilbudet i et nytt samlet fylke vil da organiseres på nytt.

8.1 Hvor arbeider de offentlig ansatte odontologiske spesialistene

I spørsmål 3) i Questback-undersøkelsen ble lederne i DOT bedt om å oppgi ved hvilke institusjoner offentlig ansatte tannlegespesialister i fylket arbeidet, enten fylkeskommunal klinikk, kompetansesenter, sykehus eller «annet». Flere valgalternativer var mulig.

17 fylkeskommuner har oppgitt å ha offentlig ansatte tannlegespesialister og alle disse fylkeskommunene har besvart spørsmålet. Avgitte svar kan tyde på at svaralternativene kan ha blitt oppfattet som uklare. Det er kun fire av de 17 fylker som ikke oppgir å ha spesialist ansatt ved fylkeskommunal klinikk; Hordaland, Sogn og Fjordane, Aust-Agder og Sør-Trøndelag. Sogn og Fjordane har offentlig spesialist kun ansatt ved sykehus. De tre andre nevnte fylkene har spesialister ansatte ved kompetansesentre lokalisert i fylket, men ellers ingen offentlige spesialister ansatt. Informasjon som fremkommer i besvarelser forøvrig kan tyde på at heller ikke Troms eller Rogaland har offentlige spesialister ansatt utenfor kompetansesenteret. Fem fylker oppgir å ha tannlegespesialister ansatt ved kompetansesenter.

Syv fylker, Sogn og Fjordane, Aust-Agder, Nordland, Buskerud, Østfold, Sør-Trøndelag og Troms, oppgir at det er tannlegespesialister ansatte ved sykehus i fylket. I tillegg er det ansatt tannlegespesialister ved helseforetak i flere andre fylker i landet, blant annet ved Oslo universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus og St. Olavs Hospital.

Ingen fylker oppgir «annet» som svaralternativ på dette spørsmål.

Basert på tall fra Questback-undersøkelsen er om lag halvparten av de offentlig ansatte spesialistårsverkene i 2017 tilknyttet kompetansesenteret, se tabell 6.

9. Antall årsverk private tannlegespesialister per spesialitet

I henhold til oppdraget gitt i mandatet for kartleggingen (vedlegg 7), oppsummeres i det følgende antall årsverk privatpraktiserende tannlegespesialister per spesialitet. Tabellen som er hentet fra SSB oppsummerer antall årsverk for de ulike spesialitetene i privat tannhelsetjeneste på landsbasis.

Tabell 3. Antall årsverk per spesialitet på landsbasis 2016. Data fra SSB: 05829: Avtalte årsverk i den private tannhelsetjenesten

Odontologisk spesialitet	Antall årsverk 2016
Kjeveortopedi	174,3
Periodonti	73,4
Oral protetikk	52,6
Endodonti	50,5
Oral kirurgi og oral medisin	33,7
Kjeve- og ansiktsradiologi	3,1
Pedodonti	0,2
Summert	387,8

Tabell 3 over viser at det er klart flest private årsverk innen kjeveortopedi med 174,3 årsverk, deretter følger periodonti med 73,4 årsverk. Spesialister innen protetikk og endodonti har begge litt over 50 årsverk i privat tjeneste, deretter følger oral kirurgi med 33,7 årsverk. Tannlegespesialitetene kjeve- og ansiktsradiologi og pedodonti har svært lave årsverkstall i privat tannhelsetjeneste.

Tabell 1 i kapittel 6 viser at det er store fylkesvise forskjeller når det gjelder antall årsverk privatpraktiserende tannlegespesialister. Det er derfor av verdi å presentere tall for de ulike fylker fordelt på de ulike spesialiteter, dette er gjort i tabell 4 under. Tabellen viser antall avtalte årsverk for spesialister i privat tannhelsetjeneste per fylke, fordelt på de ulike spesialiteter. I kolonne fire er antall årsverk i alle spesialiteter per fylke summert, i kolonne fem er årsverk summert på samme måte, men antallet årsverk kjeveortopedi trukket fra.

Tabellen viser at det er store fylkesvise variasjoner i antall avtalte årsverk tannlegespesialister i den private tannhelsetjenesten. Oslo har det klart høyeste antall årsverk for private spesialister, Hordaland og Akershus følger etter.

Av interessante funn i tabellen, bør nevnes at den geografiske fordelingen av privatpraktiserende kjeveortopeder er rimelig god, med det laveste årsverkstallet registrert i Finnmark på 1,5. I områder av landet er det lang reisevei for pasienter til kjeveortopedisk behandling. Det utdannes per i dag kjeveortopeder både ved UiO, UiB og UiT. Privatpraktiserende periodontister finner man i alle fylker bortsett fra Telemark, Nord-Trøndelag og Finnmark. I henhold til SSB-statistikken er det fire fylker uten private årsverk innen oral kirurgi: Oppland, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Troms. Det er færre fylker som har tilgang til private tjenester innen endodonti. Hedmark, Telemark, Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Finnmark, har ikke tilgang til privatpraktiserende endodontist.

De rosa stolpene i figuren visualiserer antallet årsverk av de ulike spesialiteter og bidrar til å synliggjøre verditytterpunkter.

Tabell 4. Fylkesvis oversikt årsverk 2016 private spesialister sortert på spesialitet. Data fra SSB: 05829: Avtalte årsverk i den private tannhelsetjenesten

FYLKE	SPESIALITET	ÅR 2016	Sum fylke inkl. kjeveortopedi	Sum fylke eks. kjeveortopedi
Østfold	Kjeveortopeder	10,2	20,6	10,4
	Oral kirurger	1,5		
	Periodontister	2,8		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,6		
	Endodontister	3,0		
	Protetikere	2,5		
Akershus	Kjeveortopeder	19,2	44,9	25,7
	Oral kirurger	2,5		
	Periodontister	7,2		
	Pedodontister	0,2		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	10,3		
	Protetikere	5,5		
Oslo	Kjeveortopeder	29,2	85,9	56,7
	Oral kirurger	11,9		
	Periodontister	16,4		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	1,0		
	Endodontister	12,6		
	Protetikere	14,8		
Hedmark	Kjeveortopeder	4,0	10,8	6,8
	Oral kirurger	1,8		
	Periodontister	2,0		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	0,0		
	Protetikere	3,0		
Oppland	Kjeveortopeder	4,0	8,0	4
	Oral kirurger	0,0		
	Periodontister	2,5		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	1,5		
	Protetikere	0,0		
Buskerud	Kjeveortopeder	7,8	19,2	11,4
	Oral kirurger	1,0		
	Periodontister	3,7		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,5		
	Endodontister	4,0		
	Protetikere	2,2		

Forts. Tabell 4. Fylkesvis oversikt årsverk 2016 private spesialister sortert på spesialitet. Data fra SSB: 05829: Avtalte årsverk i den private tannhelsetjenesten

FYLKE	SPESIALITET	ÅR 2016	Sum fylke inkl. kjeveortopedi	Sum fylke eks. kjeveortopedi
Vestfold	Kjeveortopeder	10,0	18,5	8,5
	Oral kirurger	1,0		
	Periodontister	4,0		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	1,0		
	Protetikere	2,5		
Telemark	Kjeveortopeder	4,3	5,3	1
	Oral kirurger	1,0		
	Periodontister	0,0		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	0,0		
	Protetikere	0,0		
Aust-Agder	Kjeveortopeder	3,5	6,9	3,4
	Oral kirurger	0,8		
	Periodontister	1,6		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	0,0		
	Protetikere	1,0		
Vest-Agder	Kjeveortopeder	6,0	11,0	5
	Oral kirurger	1,0		
	Periodontister	1,0		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	3,0		
	Protetikere	0,0		
Rogaland	Kjeveortopeder	20,2	38,1	17,9
	Oral kirurger	2,1		
	Periodontister	7,8		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	3,0		
	Protetikere	5,0		
Hordaland	Kjeveortopeder	22,2	53,7	31,5
	Oral kirurger	5,6		
	Periodontister	9,9		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	1,0		
	Endodontister	6,2		
	Protetikere	8,8		
Sogn og Fjordane	Kjeveortopeder	3,0	6,0	3
	Oral kirurger	0,0		
	Periodontister	3,0		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	0,0		
	Protetikere	0,0		

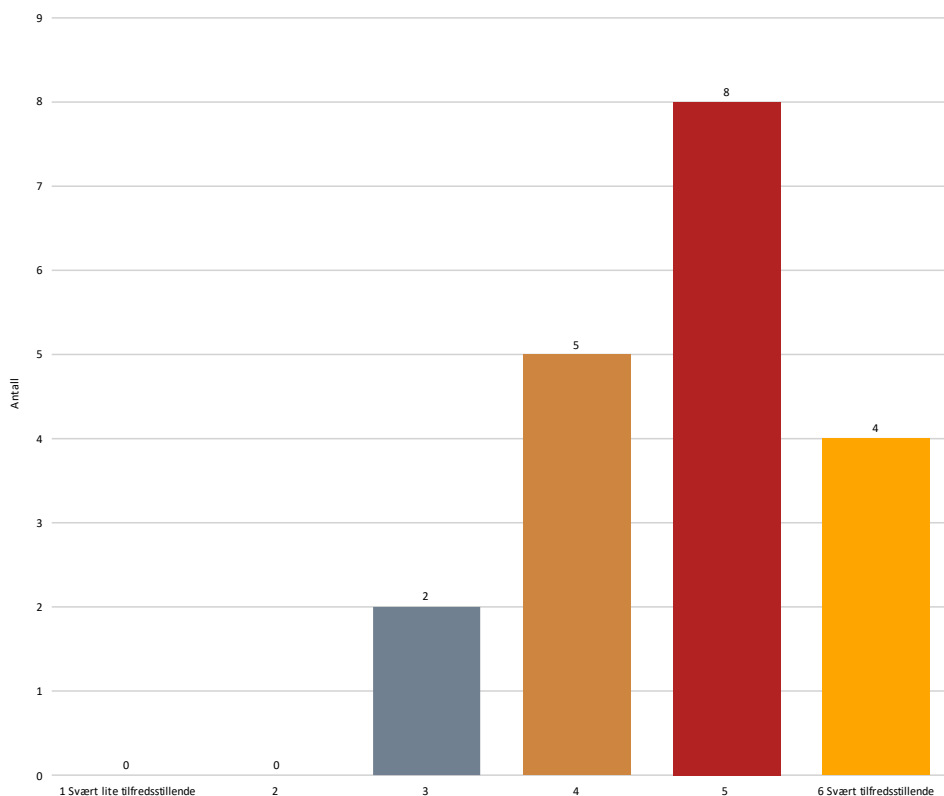
Forts. Tabell 4. Fylkesvis oversikt årsverk 2016 private spesialister sortert på spesialitet. Data fra SSB: 05829: Avtalte årsverk i den private tannhelsetjenesten

FYLKE	SPESIALITET	ÅR 2016	Sum fylke inkl. kjeveortopedi	Sum fylke eks. kjeveortopedi
Møre og Romsdal	Kjeveortopeder	8,5	18,5	10
	Oral kirurger	1,5		
	Periodontister	4,5		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	3,0		
	Protetikere	1,0		
Sør-Trøndelag	Kjeveortopeder	8,5	16,0	7,5
	Oral kirurger	1,0		
	Periodontister	4,0		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	0,5		
	Protetikere	2,0		
Nord-Trøndelag	Kjeveortopeder	5,0	6,0	1
	Oral kirurger	0,0		
	Periodontister	0,0		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	0,0		
	Protetikere	1,0		
Nordland	Kjeveortopeder	3,4	7,4	4
	Oral kirurger	1,0		
	Periodontister	1,0		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	1,0		
	Protetikere	1,0		
Troms	Kjeveortopeder	4,0	9,8	5,8
	Oral kirurger	0,0		
	Periodontister	2,0		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	1,5		
	Protetikere	2,3		
Finnmark	Kjeveortopeder	1,5	1,5	0
	Oral kirurger	0,0		
	Periodontister	0,0		
	Pedodontister	0,0		
	Kjeve- og ansiktsradiologer	0,0		
	Endodontister	0,0		
	Protetikere	0,0		

10. Er behovet for spesialisttjenester til innbyggerne i fylket tilfredsstillende dekket?

I spørsmål 4) og 5) i Questback-undersøkelsen ble lederne i DOT bedt om å vurdere i hvilken grad behovet for spesialisttannhelsetjenester er tilfredsstillende dekket for henholdsvis innbyggerne generelt i fylket og for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i deres fylke.

Figur 2. Spørsmål 5 i Kartleggingen: På en skala fra 1 til 6, hvor tilfredsstillende er spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven dekket i fylket?



Navn	Antall
1 Svært lite tilfredsstillende	0
2	0
3	2
4	5
5	8
6 Svært tilfredsstillende	4
N	19

Figur 2 over viser oppsummert fordelingen av svar fra fylkene på spørsmål 5).

Svarene på spørsmål 4) og 5) var svært like og figur 2 over er derfor egnet til å illustrere svarfordeling for begge spørsmålene.

Alle fylkene (19) har avgitt svar på begge spørsmål. 12 av 19 scorer enten 5 eller 6, dvs. høy grad av tilfredsstillende spesialistdekning, på begge spørsmål. Over halvparten av fylkene er altså godt til svært godt fornøyd med hvordan tilbudet er, både når det gjelder den generelle dekningen av spesialisttjenester i fylket og når det gjelder spesialisttilbudet til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Det er interessant at flertallet av lederne scorer såpass høyt i tilfredshet ved spesialisttilbudet, tatt i betraktning store variasjoner i spesialisttilbudet mellom ulike deler av landet.

De to fylkene som scoret under 4 på spørsmål 5) mottok to oppfølgingsspørsmål 6) og 7) og en noe revidert og anonymisert versjon av svar er gjengitt i det følgende:

6) Hvorfor er spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven mindre tilfredsstillende dekket i fylket og hva er konsekvensene:

- *Mangler pedodontist – konsekvensen er lang reisevei for barnepasienter med behov for spesialistutredning/-behandling ved kompetansesenter.*
- *Liten kapasitet på multidisiplinær odontologi – konsekvens er lang ventetid for pasienter med behov for denne tjenesten.*
- *Geografi og pasientgrunnlaget i fylket gjør det vanskelig å ha optimal dekning av spesialisttannhelsetjenester uten at reiseveien blir veldig lang. Personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er ofte i mindre grad i stand til å reise lange avstander, så det gjør det utfordrende å kunne tilby spesialisttjenester som de har mulighet til å benytte seg av.*

7) Er det planlagt tiltak for å oppnå mer tilfredsstillende dekning av spesialister? Hvis ja; beskriv hvordan.

- *Pedodontist med avtale under utdanning.*
- *Kapasitet hos ansatt spesialist vil bli bedre. Fylkeskommunen rekrutterer gjerne flere spesialister i multidisiplinær odontologi. Andre spesialiteter planlegges etablert med bedre kapasitet på kompetansesenter.*
- *Ja. Fylkeskommunen har over lang tid tilbudt stipend under utdanning til flere spesialistkandidater med avtale om påfølgende pliktteneste i et par år i fylket. På det nåværende tidspunkt blir det gitt stipend til to kandidater under utdanning (kjeveortopedi og oralkirurgi). På grunn av den økonomiske situasjonen i fylket er alle stipend og rekrutteringstiltak til nye kandidater fjernet.*

Fylkene som scoret 4 eller mer på spørsmål 5) mottok dette oppfølgingsspørsmålet:

8) Hva er årsaken til stor grad av tilfredsstillende spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i fylket?

En noe revidert og anonymisert versjon av svar på spørsmål 8) er gjengitt under:

- *Det er etablert mange i privat virksomhet i fylket og ved kompetansesenteret.*
- *God dekning av private spesialister som vi kjøper tjenester av.*
- *Høy tetthet av alle typer spesialister i regionen.*
- *God dekning av private spesialister og oralkirurgi ved aktuelle sykehus. Har avtaler med protetiker og sykehuset.*
- *Spesialist i oral kirurgi, som er ansatt i tannhelsetjenesten i fylkeskommunen er svært dyktig, tilgjengelig og serviceinnstilt. For øvrig henviser vi pasienter til private spesialister eller til odontologisk kompetansesenter.*
- *At spesialister er på plass. At personer med rettigheter ikke har restriksjon på behandling i forhold til økonomi.*
- *Fylkeskommunen har kompetansesenter med alle spesialiteter (med unntak av multidisiplinær odontologi). Ved annen fylkeskommunal tannklinikk er det også etablert et spesialistmiljø med spesialister innen oral kirurgi, endodonti, pedodonti og protetikk. Disse bruker en del av tiden sin på rådgivning og veiledning av allmenntannleger i fylket. Om kort tid står vi uten periodontist og vi skulle også ønske oss en oralkirurg i full stilling – dersom ikke disse forhold ville vi ha svart «svært tilfredsstillende».*
- *Spesialisttilbudet i fylket til personer med rettigheter er rimelig godt dekket, bortsett fra i fagområdet oral kirurgi. Det har siden opprettelsen av kompetansesenteret ikke vært mulig hverken å rekruttere eller å stabilisere oral kirurg. Per september 2017 er det kun tilsatt oralkirurg i 10 prosent-stilling, noe som er alt for lite. Årsakene til dette er flere – blant annet er det lønnsmessig umulig å «konkurrere» med privat sektor. Fylkestannlegen har også registrert en større skepsis til etablering av kompetansesentre blant oralkirurger enn blant andre spesialister. Fylkestannlegen har også registrert at det er vanskelig for offentlig ansatte tannleger å få plass på spesialistutdanning i oral kirurgi. Fylkestannlegen vil anbefale Helsedirektoratet å revidere opptakskriteriene, for eksempel ved å reservere plass for offentlig ansatte tannleger.*
- *DOT i fylket har satset på å etablere eget spesialisttilbud og har samlet dette ved en sentral klinikk. Dette bidrar til at prioriterte grupper har et tilbud i nærhet av eget bosted. Tilbudet dekker omtrent 60 prosent av fylkets befolkning sitt behov, slik at de har reisevei på under en time. Det gir trygghet for pasienter og foresatte/pårørende. Tilbudet er stabilt og ventetid for behandling er ikke lang.*
- *God tilgang og kort ventetid på spesialistbehandling. Det kliniske tilbudet som er under oppbygging på kompetansesenteret gir god tilgang til spesialister for pasientbehandling, klinisk støtte i allmenntannhelsetjenestens beslutningsprosesser, samt kurs- og hospiteringsmuligheter.*

Forts. 8) Hva er årsaken til stor grad av tilfredsstillende spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i fylket?

- God kapasitet, korte reiseavstander, også til spesialister i nabofylkene.
- Spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven prioriteres foran betalende pasienter.
- Vi ansetter egne spesialister i områder av fylket der det ikke er tilfredsstillende dekning. Vi støtter videreutdanning av kandidater fra eget fylke.

11. Retningslinjer, henvisninger og økonomi

I dette kapittelet gjengis, sammenstilles og drøftes svar på spørsmål 9, 11, 12, 13, 14 og 15 i Questback-undersøkelsen. Spørsmål gjengis under:

9) Totale sum av lønnskostnader, inkludert sosiale utgifter i 2016 til egne ansatte spesialister – unntatt kjeveortopedi, men inkludert multidisiplinær odontologi (kun tall i feltet)

11) Hvis det henvises til andre instanser enn egne ansatte tannlegespesialister, oppgi kostnaden totalt for 2016. (kun tall i feltet)

12) Dersom det faktureres for kjøp av spesialisttannhelsetjenester (også internt i fylket) fra f.eks. ROK (kompetansesenter) eller privatpraktiserende spesialist, hvor sendes regningen? Flere valg mulig

13) Totalt antall henvisninger i 2016 til fylkeskommunalt ansatte tannlegespesialister – unntatt kjeveortopedi, men inkludert multidisiplinær odontologi. Gjelder ikke henvisninger til ROK (kompetansesenter). (kun tall i feltet)

14) Eksisterer samarbeid med andre og/eller avtaler som gjelder spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i fylket?

15) Eksisterer retningslinjer eller kriterier i fylket, f.eks. faglige eller økonomiske, for henvisning til tannlegespesialist?

Tabell 5 under oppsummerer svarene på disse spørsmål fra fylkene, samt beregner i kolonne 6 et måltall som diskuteres under tabellen.

Tabell 5. Oppsummering av svar fra Questback-undersøkelsen spørsmål 9, 11,12,13, 14 og 15, samt SSB-data: Folketall i fylkene ved inngangen av 2. kvartal 2017

FYLKE	Kostnad lønn egne spesialister ⁷	Kostnad kjøp av sp.tjenest ⁸	Sum kostnad kolonne 1 og 2	Folketall fylket	Måltall; Sum kostnad delt på folketall	Samarbeid vedr sp. tjenester ⁹	Retn. linjef or henvisn? ¹⁰	Ant. henvisn . egne spes ¹¹
Østfold	795 009	2 649 467	3 444 476	293 201	12	Nei	Ja	27 *
Akershus	Ikke egne spesialister	2 500 000 **	2 500 000	606 301	4	Nei	Ja	Ikke aktuelt
Oslo	2 200 000 ***	3 400 000	5 600 000	668 819	8	Ja	Ja	120
Hedmark	Ikke egne spesialister	1 006 252	1 006 252	196 226	5	Ja	Ja	Ikke aktuelt
Oppland	450 000	950 000	1 400 000	189 439	7	Ja	Nei	Ikke svart
Buskerud	507 584	2 324 600	2 832 184	280 099	10	Ja	Ja	Ikke svart
Vestfold	1 100 000	2 500 000	3 600 000	247 515	15	Ja	Ja	306
Telemark	3 541 796	1 577 500	5 119 296	173 301	30	Nei	Ja	Ikke svart
Aust-Agder	1 400 000***	1 500 000	2 900 000	116 726	25	Nei	Nei	290
Vest-Agder	1 400 000	2 600 000	4 000 000	184 439	22	Ja	Ja	Ikke svart
Rogaland	11 026 000 ****	0	11 026 000	472 564	23	Ja	Ja	2627
Hordaland	16 700 000	1 500 000	18 200 000	520 779	35	Ja	Ja	1716
Sogn og Fjordane	350 000	1 241 019	1 591 019	110 343	14	Ja	Ja	0
Møre og Romsdal	2 000 000	500 000	2 500 000	266 173	9	Nei	Ja	3300
Sør-Trøndelag	Spesialister v/ROK ***	2 600 000	2 600 000	318 303	8	Ja	Nei	Ikke aktuelt
Nord-Trøndelag	350 000	2 500 000	2 850 000	137 297	21	Nei	Nei	37
Nordland	1 770 000	1 830 000	3 600 000	243 141	15	Ja	Ja	131
Troms	19 000 000	0	19 000 000	166 251	114	Nei	Nei	Ikke aktuelt
Finnmark	1 490 000	139 585	1 629 585	76 229	21	Nei	Nei	711

*Pedodontist jobber i vesentlig grad rådgivende

**DOT Akershus henviser spesialistkasus også til UiO

***Lønninger til spesialister ved TkØ, TkMN og TkS er ikke inkludert i tabellen. DOT Oslo har avtale om spesialisthenvisning med UiO

****Rogaland har høye inntekter fra behandling av voksent betalende klientell

Hensikten med sammenstillingen i tabellen over er å utdype eventuelle fylkesvise forskjeller knyttet til spesialisttjenestetilbudet til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Vi kjenner allerede til geografiske forskjeller i spredningen av offentlige og private tannlegespesialister, se tabeller 2 og 4. Ved å vurdere kostnader knyttet til spesialistbehandling av prioriterte grupper, kan

⁷ Spørsmål 9)

⁸ Spørsmål 11)

⁹ Spørsmål 14)

¹⁰ Spørsmål 15)

¹¹ Spørsmål 13)

vi få mer kunnskap om i hvilken grad tilgjengelige spesialistressurser i fylkene kommer prioriterte grupper til gode. I tabell 5 fremstilles kostnader knyttet til spesialistbehandling av prioriterte grupper i fylket, ved lønn til egne ansatte spesialister, samt kostnader knyttet til spesialistbehandling utført av andre behandlere enn egne ansatte spesialister (for eksempel private spesialister, sykehus eller kompetansesentre). Den samlede kostnad fordelt på befolkningsantallet gir en type *måltall* som kan si noe om ressursbruken i fylket knyttet til spesialisttjenester og prioritering av slike tjenester. Måltallet er altså kostnad av tjenestene per innbygger i fylket.

Det er flere svakheter ved data i tabellen, hvorav noen er belyst gjennom stjernemerking (*). Viktigst er at flere av fylkene har inntekter fra spesialistbehandling av betalende voksne pasienter. Denne inntekten er varierende og ikke medregnet i tabellen over (se kap. 12). At inntektene ikke er med, betyr at lønnskostnadene til offentlige spesialister som fremkommer ikke fullt kommer prioriterte grupper til gode. De offentlige ansatte spesialistene vil også bruke tiden sin på bistand til spesialistutdanning, bistand til grunnutdanning (dette er særlig aktuelle ved TkNN, siden den kliniske delen av spesialistutdanningen finner sted der), og forskning. Dette omtales mer i del 2 av denne rapporten. Spesialistbehandling av personer med rettigheter finansieres av fylkeskommunen, ikke av staten, og behandling av voksent, betalende klientell i DOT finansieres av pasientens egenbetaling og av folketrygden.

Noen fylker henviser pasienter med lave/ingen kostnader til enten sykehus eller odontologiske læresteder. For noen av vertsfylkene for kompetansesentre, har vi for denne rapporten ikke tall for lønninger til ansatte spesialister, dette gjelder TkMN i Sør-Trøndelag og TkS i Aust-Agder. Disse beskrevne forhold resulterer i et lavere måltall (kostnad delt på folketall). Dette kan skape et bilde av at det benyttes færre ressurser på spesialisttjenester enn hva som faktisk er tilfelle.

Med disse svakhetene i mente, ser vi likevel at tall kan tyde på relativt store forskjeller mellom fylkene hva gjelder kostnader knyttet til spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Særlig Troms, Rogaland og Hordaland ser ut til å ha høye kostnader samlet på spesialisttjenestene. Disse fylkene har alle også en høy tetthet av spesialister og altså god tilgang til tjenester. Oslo har meget høy spesialisttetthet, men ser ut til å ha lavere kostnader knyttet til tjenestene. DOT Oslo har som tidligere omtalt avtale med UiO om spesialisthenvisninger og dette medfører at kostnadene ikke speiler det reelle forbruket av tjenester. Omfanget av henvisninger fra DOT Oslo til UiO er ikke kjent. Med forbehold om usikkerheten knyttet til data, *kan* lavt måltall for et fylke være en indikasjon på et noe lavt forbruk av spesialisttjenester for DOT, særlig i områder med høy spesialisttetthet. På samme måte *kan* et svært høyt måltall indikere et mulig høyt forbruk av tjenester.

Troms har i tabellen det høyeste måltall for tjenestene (Se tabell 5, kolonne 5 Måltall; Sum kostnad delt på folketall). Det beregnede høye måltallet kan være knyttet til kostnader til spesialistlønninger ved TkNN, som altså har ulike oppgaver, kombinert med at befolkningstallet for Troms er relativt sett lavt. Samtidig betjener TkNN også Finnmark og Nordland og dette er et område av Norge med

store avstander. Kombinasjonen av store avstander og lave befolkningstall må vi forvente fordyrer tjenester.

Akershus har det laveste måltallet (Se tabell 5, kolonne 5 Måltall; Sum kostnad delt på folketall) og har heller ingen ansatte spesialister, men henviser privat og til UiO. Oppland og Hedmark har også relativt lave måltall. Dette er to fylker med lavere tilgjengelighet av spesialisttjenester, både privat og offentlig. Finnmark og Sogn og Fjordane kommer ut med noe høyere tall, til tross for tilsvarende lav tetthet. Disse fylkene ser altså ut til å benytte noe mer per innbygger på spesialisttjenester, hvilket *kan* tyde på at det til tross for lav tilgjengelighet henvises i noe større grad. Nordland ligger omtrent som Sogn og Fjordane i måltall. Nordland synes i større grad ha satset på å ansette egne spesialister og har også en større befolkning å ta hånd om. I Nordland er avstandene store og befolkningen bor spredt.

Spørsmål 12) vedrørende fakturering av kjøp av spesialisttannhelsetjenester (også internt i fylket), har vi valgt å ikke presentere i tabell. Svarene varierte mellom fylkene og for to av fylkene var ikke problemstillingen relevant (Rogaland og Troms). Fem fylker, deriblant Hordaland og Oslo, oppgir at fakturaer håndteres kun sentralt. De resterende oppgir minst to svaralternativer, der også «tannklinikk» og «distrikt» var svaralternativer, utover «sentralt».

11.1 Samarbeid med andre aktører

Spørsmål 14) og 19) i Questback-undersøkelsen etterspør i hvilken grad det er samarbeid med andre aktører når det gjelder spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og etterspør beskrivelse om hvorvidt dette finnes.

Et lite flertall fylker har samarbeid med andre og/eller avtaler som gjelder slike spesialisttjenester (se kolonne 7 i tabell 5 over). Fylkene beskriver ulike former for samarbeid og avtaler med kompetansesentre, private spesialister, sykehus og universitet. Besvarelsene under dette spørsmål er gjengitt i revidert versjon i vedlegg 1.

11.2 Retningslinjer for henvisning

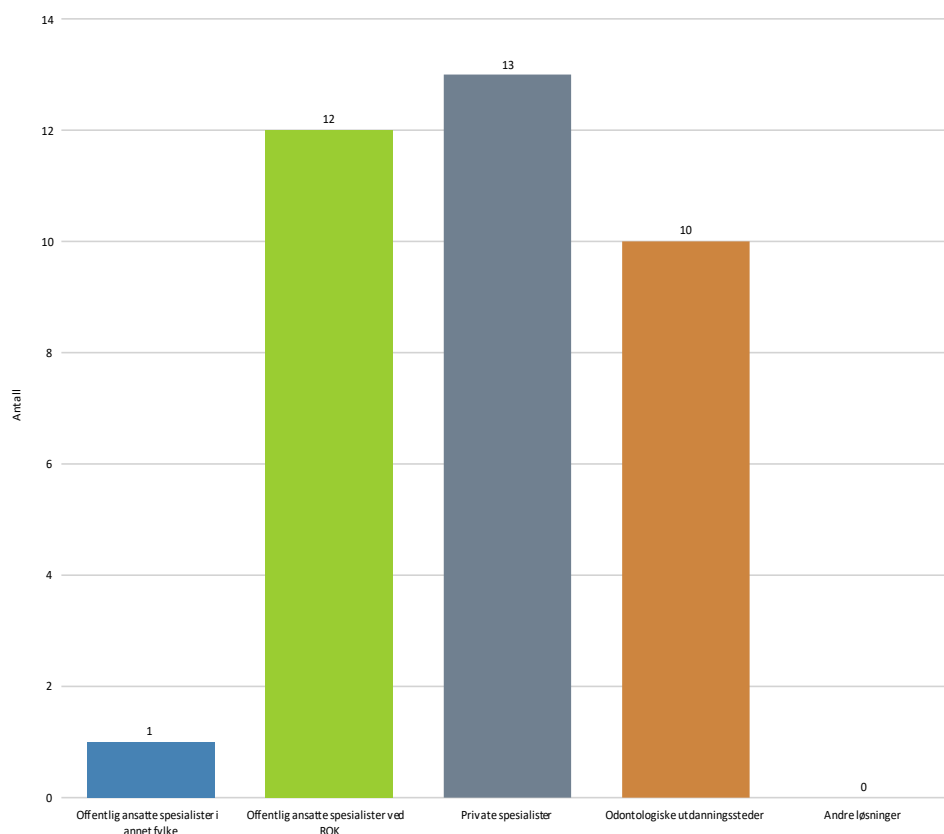
I tabell 5 over, kolonne 8, summeres svar fra fylkene om det eksisterer retningslinjer eller kriterier for henvisninger i fylket. Fylker som svarte bekreftende på dette, ble bedt om å beskrive disse i spørsmål 20) av Questback-undersøkelsen.

13 fylker oppgir å ha retningslinjer eller kriterier for henvisning til spesialist, mens de resterende seks oppgir ikke å ha slike. Av fylkene som har retningslinjer/kriterier for henvisning, oppgis disse primært å være av faglig art. De fleste fylker oppgir at alle henvisninger skal gå gjennom klinikkssjef eller overtannlege, eller diskuteres med disse. Enkelte oppgir også føringer for hvor henvisninger skal skje og at ved særlig høye behandlingskostnader må særskilt godkjenning finne sted. Besvarelsene under dette spørsmål er gjengitt i revidert versjon i vedlegg 2.

11.3 Hvor henvises pasienter som ikke behandles av egne ansatte spesialister

I spørsmål 10) i Questback-undersøkelsen etterspørres hvor prioriterte pasienter som ikke behandles av egne ansatte tannlegespesialister henvises. Flere valg var mulig, og alternativene som følger: offentlige ansatte spesialister i annet fylke, kompetansesenter, private spesialister, odontologiske utdanningssteder eller andre løsninger.

Figur 3. Data fra Questback-undersøkelsen; hvor henvises pasienter som ikke behandles av egne spesialister.



Navn	Antall
Offentlig ansatte spesialister i annet fylke	1
Offentlig ansatte spesialister ved kompetansesenter	12
Private spesialister	13
Odontologiske utdanningssteder	10
Andre løsninger	0
N	17

Totalt 17 av 19 fylker har svart på dette spørsmålet. Av oppsummeringen ser vi at 13 av 17 fylker henviser til private spesialister og 12 av 17 fylker til spesialister ved kompetansesentre. Hverken Hordaland eller Rogaland (begge vertsfylker for og eiere av kompetansesentre) har krysset av for

henvisning til kompetansesenter, så tallene over gir dermed et noe uriktig bilde. Fylkestannlegen i Hordaland oppgir at jf. egne henvisningsrutiner går alle spesialisthenvisninger til kompetansesenteret, kun unntaksvis til universitetet og ikke til private spesialister.

Årsmeldinger fra TkNN kan antyde at avstander og kanskje fylkesgrensene har vært en barriere for henvisninger fra nabofylkene. I 2017 fikk TkNN 392 henvisninger totalt i pedodonti, og kun åtte prosent var fra Finnmark og Nordland, til tross for at disse fylkene ikke selv har spesialister i pedodonti ansatt.

Vi har ikke kunnskap om volumet av henvisninger til privat spesialisttjeneste, men tabell 5. Kostnad, volum og retningslinjer, gir tall for samlet kostnad i forbindelse med kjøp av spesialisttannhelsetjenester utover lønninger til egne ansatte spesialister. Kostnader til kjøp av private spesialisttjenester inngår i tall i kolonne 3 i tabell 5 Kjøp av spesialisttjenester, men andelen er ukjent. Oslo har den høyeste oppgitte kostnad Kjøp av spesialisttjenester på 3,4 mill.

12. Omfang av behandling av voksent betalende klientell

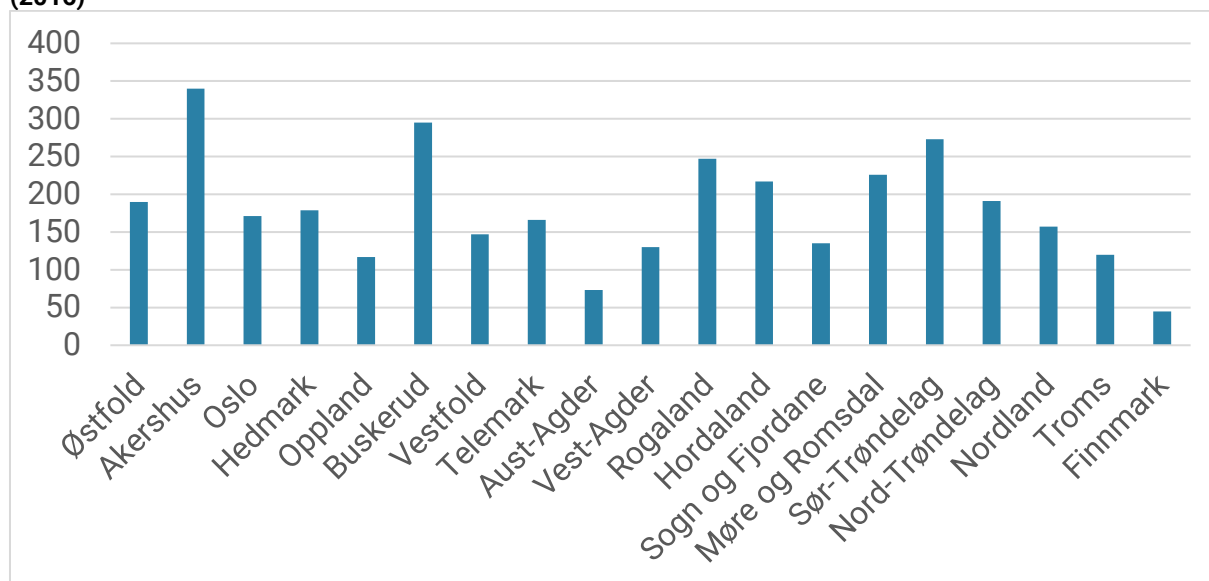
11 av 19 fylker oppgir at spesialistutredning og spesialistbehandling av voksent betalende klientell utføres ved fylkeskommunale klinikker i deres fylke. Disse fylkene mottok oppfølgingsspørsmål hvor de ble bedt, om mulig, å beskrive omfanget av denne aktiviteten. Omfanget av aktiviteten varierer, fra det helt beskjedne, til behandling av voksne betalende pasienter med omsetning på over 8 mill. kroner i et annet fylke.

Besvarelsene under oppfølgingsspørsmål i redividert versjon i vedlegg 3.

13. Tannbehandling i narkose

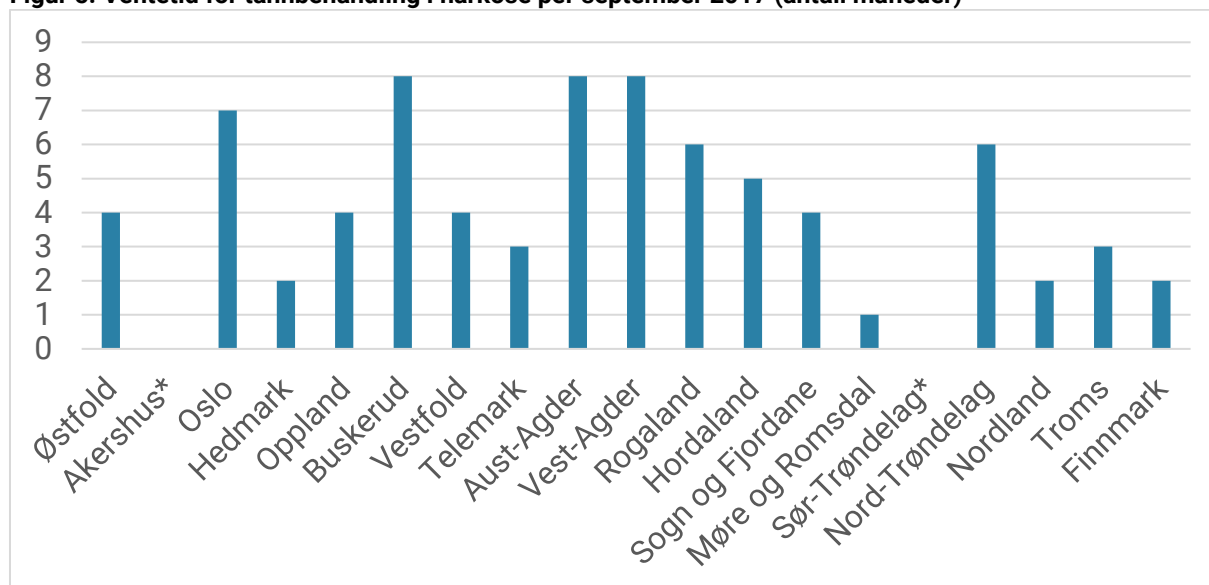
Alle fylkeskommuner har avtaler om tannbehandling i narkose, og 18 av 19 oppgir at de har retningslinjer eller kriterier for henvisning til, og prioritering av, pasienter til tannbehandling i narkose.

Figur 4. Antall pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven henvist til tannbehandling i narkose (2016)



Figur 4 viser at Akershus er den fylkeskommunen som utførte flest pasientbehandlinger i narkose til pasienter med rettigheter i 2016 (340), etterfulgt av Buskerud, Sør-Trøndelag, Rogaland, Møre og Romsdal og Hordaland. Finnmark etterfulgt av Aust-Agder er de som utførte færrest slike behandlinger i 2016 (henholdsvis 45 og 73). Det totale antallet slike behandlinger i fylkeskommunene var 3523 (SSB).

Figur 5. Ventetid for tannbehandling i narkose per september 2017 (antall måneder)



* Ikke besvart spørsmålet

Ventetiden for tannbehandling i narkose for pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven (figur 5) er oppgitt å være mellom 1 og 8 måneder. Møre og Romsdal har kortest ventetid (1 mnd.),

mens Agder-fylkene, Buskerud og Oslo har lengst ventetid (8 og 7 mnd.). To fylkeskommuner har ikke besvart spørsmålet.

Majoriteten av lederne i fylkeskommunene har oppgitt at de er rimelig fornøyde med narkosetilbudet i sin fylkeskommune, mens fem har oppgitt at de er middels fornøyde.¹² Ventetiden er noe som særlig trekkes frem som utfordring ved behandlingstilbudet. Utover dette blir for liten kapasitet hos samarbeidende virksomhet (anestesipersonell og anestesilokaler) og begrenset mulighet for akuttbehandling trukket frem som faktorer som de er mindre fornøyde med.

Fylkestannlegene opplever at det er vanskelig å få tannbehandling i narkose prioritert i sykehusene. De trekker også frem samarbeidet med sykehusene generelt som krevende, med særlig vekt på samarbeid og ansvarsdeling med anesthesiavdelingen. Enkelte fylkeskommuner har også opplevd å miste tilgang til anestesiorom fordi sykehuset vil prioritere egne aktiviteter. I tillegg nevnes at forskjell i kostnader mellom fylkene for å yte narkosetilbud gir ulikt tilbud til samme pasientgrupper.

Alle fylkeskommuner har avtaler med sykehus om tannbehandling i narkose (vedlegg 4, vedlegg 6). Avtalene varierer i innhold hva angår frekvens og omfang av virksomheten. Brorparten av avtalene omhandler anestesilokale og anestesipersonell. Enkelte sykehus har eget tannbehandlingsteam som utfører tannbehandling i narkose, noen fylkeskommuner har avtaler med private behandlere, de fleste fylkeskommuner stiller med egne tannbehandlingsteam i sykehusenes lokale. De fleste har tilgang til lokaliteter ved ett til to sykehus i regionen, noen flere.

Fylkeskommunene oppgir at de følger egne faste retningslinjer for henvisninger for tannbehandling i narkose (vedlegg 5). Mange poengterer at det er et krav at andre alternativer, som bytte av behandler eller behandling i lystgass, er forsøkt før pasienten henvises til behandling i narkose. En del oppgir at dette innebærer at de prioriterer pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og at barn prioriteres først. Pasienter med smerte prioriteres generelt.

Når det kommer til finansiering har de fleste fylkeskommuner oppgitt at tilbudet finansieres over tannhelsetjenestens budsjett (vedlegg 7). To fylkeskommuner har oppgitt at de får anvende anestesilokaler på sykehus kostnadsfritt, mens de øvrige betaler husleie og andre kostnader. For de fylkeskommunene som oppgir dagsatser varierer det fra kr 10 000/pr behandlingsdag til kr 18 000/pr dag.

Andre tilbakemeldinger:

- *Vi savner omforente prioriteringskriterier.*
- *Sykehusene burde ha et ansvar for å stille anestesipersonell til rådighet for pasienter som trenger narkose for å gjennomføre tannbehandling.*

¹² 18 av 19 ledere i DOT har besvart spørsmålet om tilfredshet med tilbud i eget fylke. 13 har svart score 4 eller 5 av 6, mens 5 har svart score 3 av 6. Helsedirektoratet har tolket score 4–5 av 6 som «rimelig fornøyde» og score 3 av 6 som «middels fornøyde».

- *Alle henvisninger for tannbehandling behandles og prioriteres av en sentral instans i DOT i fylkeskommunen.*
- *Der vanskelig å få anestesidager. Løsningen er da at fastlegen legger pasienten inn ved sykehuset som ø-hjelp og at vi stiller med team påfølgende dag.*
- *Vi behandler også en del voksne (kategori: Innslagspunkt 14 i Helfo) og TOO-pasienter, men vi ser at disse henvisningene øker da TOO-prosjektet er blitt bedre implementert i DOT i fylket (vi har tre TOO-team).*

**Del 4. Kartlegging ved
de regionale
odontologiske
kompetansesentre
vedrørende
spesialisttannhelse-
tjenester for personer
med rettigheter etter
tannhelsetjenesteloven**

I denne delen av rapporten besvares problemstillinger i mandatets andre og siste del: «Kartlegging ved de regionale odontologiske kompetansesentre». Del 4 er basert på informasjon fra kartleggingen blant lederne av kompetansesentrene. Antall henvisninger i 2017 ble etterspurt lederne i etterkant av kartleggingen.

14. Spesialister ved kompetansesentrene

Tabell 6. Antall ansatte tannlegespesialister ved ditt kompetansesenter 2017, oppgitt i årsverk. Alternative svarscore: [0], [0,1-0,5], [0,6-1], [1,1-1,5], [1,6-2], [2+]¹³

	Pedodonti	Oral kirurgi	Periodonti	Protetikk	Endodonti	Radiologi	Multi-disiplinær odontologi
TkØ	1,6-2	0,6-1	0	0,1-0,5	0	0	0
TkS	0,6-1	0	0,1-0,5	0,6-1	0,1-0,5	0	0
TkV-R	1,6-2	1,1-1,5	0,1-0,5	2+	1,6-2	0,1-0,5	0
TkV-H	2+	0,1-0,5	1,1-1,5	1,1-1,5	1,1-1,5	0,6-1	0
TkMN	0,6-1	1,1-1,5	0,1-0,5	0	0,6-1	0,6-1	0,1-0,5
TkNN	2+	1,6-2	1,6-2	0,6-1	0,1-0,5	0,1-0,5	0,1-0,5

Med to unntak har kompetansesentrene ansatt egne odontologiske spesialister i minst fem fagområder. Tre kompetansesentre har ansatte spesialister i seks fagområder. Hvilke spesialiteter kompetansesentrene ikke har ansatt varierer. To kompetansesentre har ansatt tannleger med videreutdanning i multidisciplinær odontologi.

Til sammen utgjør spesialister i kompetansesenter mer enn¹⁴ 24-37 årsverk (jf. tabell 6) fordelt på 52 stillinger (jf. tabell 7). TkV-H, TkNN og TkV-R har flest (alle et sted mellom 6-8,5 årsverk, eller i overkant av dette), etterfulgt av TkMN (3,1-5,5 årsverk) og TkØ (2,3-3,5 årsverk). TkS har trolig færrest årsverk (1,4-3 årsverk).

Tabell 7. Antall ansatte tannlegespesialister ved ditt kompetansesenter 2017, oppgitt i antall spesialister, hvorav antall spesialister med dobbeltkompetanse er oppgitt i parentes. Alternative svarscore: [0], [1], [2], [3], [4+]

	Pedodonti	Oral kirurgi	Periodonti	Protetikk	Endodonti	Radiologi	Multi-disiplinær odontologi	SUM
TkØ	2	1 (1)	1	1	0	0	0	5 (1)
TkS	1	0	1	1	1	0	0	4
TkV-R	2	3	1	3 (1)	2	1	0	12 (1)
TkV-H	3 (2)	1	2	2	2 (1)	1	0	11 (3)
TkMN	1	2	1	0	2	1	1 (1*)	8 (1*)
TkNN	4+ (2)	2	2 (1)	1 (1)	1 (1)	1	1	12+ (5)
SUM, fagområder	13 (4)	9 (1)	8 (2)	8 (2)	8 (2)	4	2 (1*)	52 (12*)

*én er under ph.d.-utdanning per 2018

¹³ Innholdet i tabell 6 har ikke vært egnet for summert fremstilling, da svarscorene ikke har vært hele tall, men omtrentlige kategorier, noen ganger uten slutt punkt. Dette gjelder også for tabell 8, 9 10 og 11.

¹⁴ Inneholder kategorien «2+» uten slutt punkt som må leses som «mer enn 2».

Det er TkNN, TkV-R og TkV-H som har flest spesialister ansatt (12+, 12 og 11 stk.), mens TkS, TkØ og TkMN har henholdsvis 4, 5 og 8 spesialister ansatt (se tabell 7).

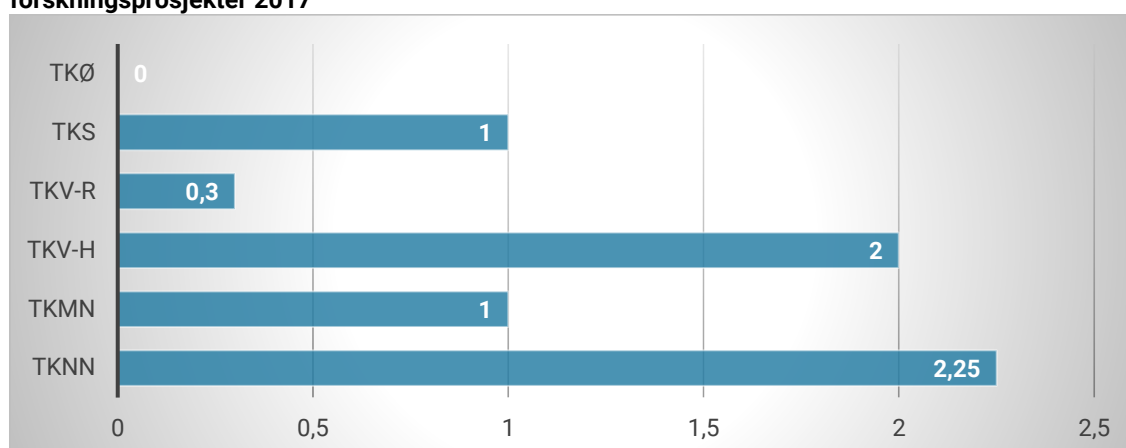
Spesialisttjenestetilbudet ved kompetansesentrene er sårbart ved at det er få spesialister på hvert fagområde. Dette gjelder særlig de fagområdene der det kun er én spesialist ansatt. Ved TkMN, TkNN og TkS dreier dette seg om fire fagområder, ved TkØ tre og ved TkVH og TkV-R to fagområder. Ved permisjoner, sykemeldinger eller annet fravær kan det være krevende å få dekket opp fagområdene med andre spesialister. Flere av kompetansesentrene har meldt om periodevis vesentlig reduksjon i spesialisttilbudet på enkelte fagområder grunnet slike forhold.

15. Forskningskompetanse ved kompetansesentrene

Som det fremkommer av tabell 7 har 12 stk. (23 prosent) av spesialistene ansatt i kompetansesenter odontologisk dobbeltkompetanse (ph.d.- og spesialistkompetanse).¹⁵

TkS har ingen dobbeltkompetente spesialister, mens TkMN har én under utdanning. TkNN oppgir fem dobbeltkompetente, mens TkV-H og TkØ begge har tre dobbeltkompetente spesialister ansatt. Hos TkØ utgjør disse tre halvparten av de ansatte spesialistene. De tre kompetansesentrene med flest dobbeltkompetente er lokalisert i byer hvor det er odontologiske læresteder. Det er kjent at en del dobbeltkompetente spesialister har stillinger både på kompetansesenter og universitetet (jf. rapporten Spesialistutdanning av tannleger – høsten 2015). I fagmiljøet i Tromsø ble gjensidige bistillinger ansett som en fordel både for virksomhetene og for fagpersonene. Kompetansesentre med nærhet til odontologiske læresteder kan derfor ha et fortrinn i rekrutteringen av dobbeltkompetente spesialister.

Figur 6. Estimert antall årsverk av kompetansesenterets tannlegespesialister som benyttes til forskningsprosjekter 2017



¹⁵ Dobbeltkompetente spesialister innen kjeveortopedi er her ikke medregnet, jf. rapportens mandat. Helsedirektoratet er kjent med at det er ansatt en dobbeltkompetent kjeveortoped ved TKNN, det kan være flere ved de andre kompetansesentrene.

Til sammen har vi fått oppgitt at det brukes om lag 6,5 spesialistårsverk på forskningsaktivitet hos kompetansesentrene. TkNN har oppgitt at de benytter 2,25 spesialistårsverk til forskningsprosjekter, TkV-H benytter to spesialistårsverk, TkS og TkMN benytter begge ett spesialistårsverk (figur 7). TkV-R oppgir at 0,3 spesialistårsverk benyttes innen forskning. TkØ har oppgitt at ingen av deres tannlegespesialister inngikk i TkØs forskningsprosjekter i 2017.

16. Rådgiving og fagstøtte ved kompetansesentrene

Tabell 8. Estimert andel av spesialiststilling som går med til rådgiving/fagstøtte (per telefon, kurs, hospitering) per spesialitet. Oppgitt i stillingsprosent. Alternative svarscore: [0–10], [11–20], [21–30], [31–40], [40+]

	Pedodonti	Oral kirurgi	Periodonti	Protetikk	Endodonti	Radio-logi	Multi-disiplinær odontologi
TkØ	40+	11-20	0	11-20	0	0	0
TkS	40+	0	21-30	21-30	40+	0	0
TkV-R	11-20	0-10	0-10	11-20	11-20	0-10	0
TkV-H	40+	0-10	11-20	21-30	21-30	21-30	0
TkMN	40+	21-30	40+	0	40+	40+	40+
TkNN	0-10	0-10	0-10	0-10	0-10	0-10	0-10

Det kan se ut som at det er stor variasjon mellom kompetansesentrene i hvor mye av stillingene som går med til rådgiving og fagstøtte (se tabell 8). TkMN ser ut til å være det kompetansesenteret som i størst grad bruker ressurser på utadrettet virksomhet, deretter kommer TkS og TkV-H. TkV-R og TkØ bruker mindre, mens de oppgitte scorene gir et anslag om at TkNN og TkV-R kun bruker en mindre andel av sin kapasitet på rådgiving og fagstøtte.

Det er også stor variasjon fagområdene imellom. Det er særlig pedodonti som utmerker seg som en spesialitet som driver mye rådgiving/fagstøtte. Endodonti er også et fagområde som driver en ikke ubetydelig virksomhet innen rådgiving/fagstøtte.

17. Veiledning i spesialistutdanningen

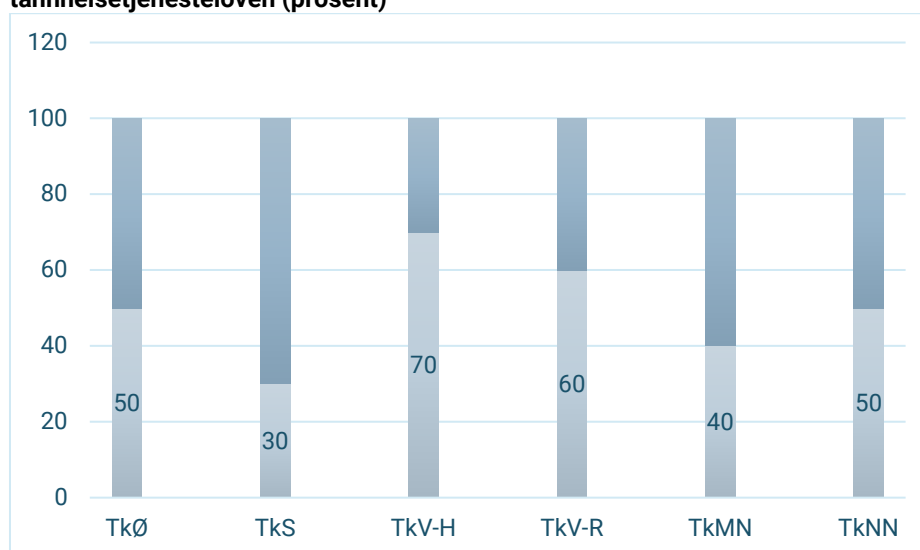
Tabell 9. Estimert antall årsverk som veileder i spesialistutdanning, per spesialist, samlet ved kompetansesenter. Alternative svarscore: [0–10], [11–20], [21–30], [31–40], [40+]

	Pedodonti	Oral kirurgi	Periodonti	Protetikk	Endodonti	Radiologi	Multi-disiplinær odontologi
TkØ	0	0	0	0	0	0	0
TkS	0	0	0	0	0	0	0
TkV-R	0	0	0	0	0,1-0,5	0	0
TkV-H	1,1-1,5	0	0	0	0	0	0
TkMN	0	0	0	0	0	0	0
TkNN	0,6-1,0	0	0,1-0,5	0,1-0,5	0,1-0,5	0	0,1-0,5

Det kompetansesenteret som bidrar mest i klinisk veiledning av spesialistkandidater er TkNN (se tabell 4.9). Dette henger sammen med at spesialistutdanningen i Tromsø drives etter en integrert modell der UiT Norges arktiske universitet har hovedansvar, mens den kliniske utdanningen er delegert til TKNN. TkV-H bidrar i vesentlig grad i klinisk veiledning av kandidater på pedodonti. TkV-R har også bidratt noe i klinisk veiledning av spesialistkandidat(er) i endodonti. TkØ, TkS og TkMN bidrar per 2016 ikke i klinisk veiledning av spesialistkandidater.

18. Behandlingskapasitet ved kompetansesentrene

Figur 7. Estimert andel av totalaktivitet (pasientbehandling, forskning, veiledning, utdanning etc.) ved kompetansesenteret, som går med til spesialistbehandling av pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven (prosent)



Figur 7 over viser at ved TkV-H og TkV-R utgjør spesialistbehandling av pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven henholdsvis 70 og 60 prosent av den totale aktiviteten. Til sammenligning bruker TkØ, TkNN, TKMN og TkS henholdsvis 50, 50, 40 og 30 prosent av sin kapasitet på tilsvarende aktivitet. De tre kompetansesentre med flest årsverk spesialister er også blant de som bruker mest av sin kapasitet på spesialistbehandling. Tallene over baserer seg på grovanslag fra kompetansesentrene.

19. Henvisninger fra fylkeskommuner

Tabell 10. Anslag for kompetansesentrenes antall mottatte henvisninger fra de ulike fylkene. Alternative svarscore: [0-20], [21-200], [200+]

Antall mottatte henvisninger ved kompetansesenter fra fylkeskommune	
TkØ	200+ (Østfold), 21-200 (Hedmark), 21-200 (Oslo), 21-200 (Oppland), 0-20 (Akershus)
TkS	21-200 (Aust-Agder), 21-200 (Vest-Agder), 0-20 (Vestfold), 0-20 (Telemark), 0-20 (Buskerud)
TkV-H	200+ (Hordaland), 0-20 (Oslo), 21-200 (Sogn og Fjordane)
TkV-R	200+ (Rogaland), 21-200 (Sogn og Fjordane), 0-20 (Hordaland), 0-20 (Vest-Agder)
TkMN	200+ (Nord-Trøndelag), 200+ (Sør-Trøndelag), 0-20 (Akershus), 0-20 (Hedmark), 0-20 (Hordaland), 0-20 (Møre og Romsdal), 0-20 (Nordland), 0-20 (Oslo), 0-20 (Rogaland), 0-20 (Vest-Agder), 0-20 (Vestfold)
TkNN	200+ (Finnmark), 200+ (Troms), 21-200 (Nordland)

Hensikten med dette spørsmålet var å danne et bilde av hvor de ulike kompetansesentrene mottar hovedtyngden av henvisninger fra og hvilke fylker som henviser mest til kompetansesentrene. Den største mulige svarkategorien for henvisninger i undersøkelsen er «200+» dvs. «200 eller flere».

Det er stor variasjon i antall henvisninger sendt kompetansesentrene fra DOT (jf. tabell 10). De syv fylkene som ser ut til å henvise flest pasienter til kompetansesentrene er Hordaland, Rogaland, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Østfold, Finnmark og Troms. De fylkene som ser ut til å henvise svært få pasienter til kompetansesentrene er Buskerud, Telemark, Vestfold, Akershus, samt Møre og Romsdal. Sett ift. folketall henviser også Oslo relativt sett få pasienter til kompetansesentre. Forklaringer på lave henvisningstall kan være lang reisevei, avtaler med private spesialister eller universitet,¹⁶ eller at egne ansatte spesialister utenfor kompetansesentre benyttes. Oslo og Akershus har ikke eieforhold til kompetansesenter og henviser derfor antakelig i liten grad.

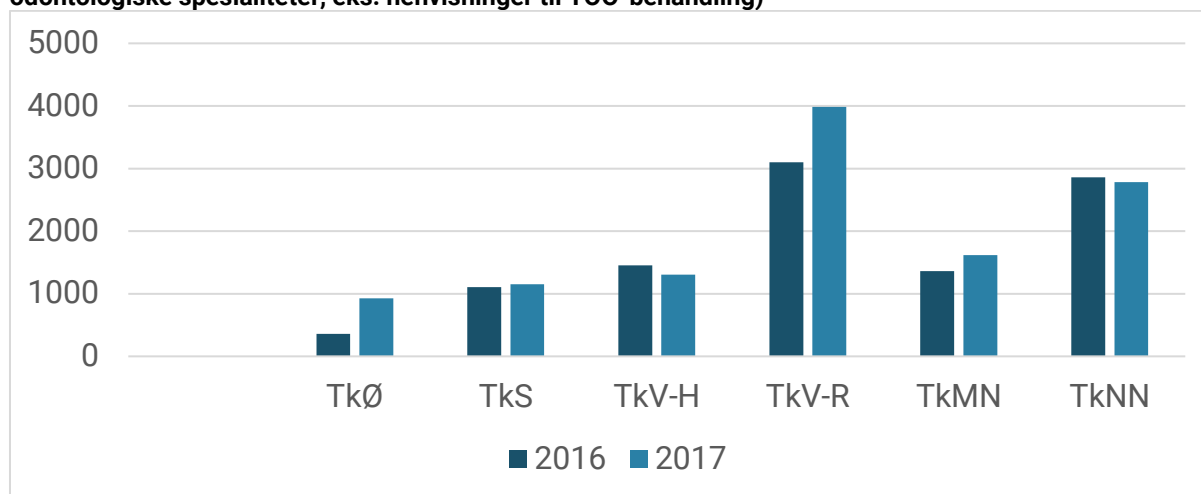
20. Henvisninger til kompetansesentrene, 2016 vs. 2017

Kompetansesentrene er under oppbygning, og spesialistbehandlingstilbudet deres er ulikt hva angår vekst og omfang. I etterkant av undersøkelsene som denne rapporten i hovedsak bygger på ønsket vi å være i stand til å synliggjøre eventuelle endringer i aktiviteten hos kompetansesentrene fra 2016 til 2017. Derfor stilte vi et oppfølgende spørsmål til lederne av kompetansesentrene¹⁷ om antall henvisninger i 2017.

¹⁶ Oslo og Akershus har begge avtaler med UiO om henvisning av pasienter.

¹⁷ Tallene ble etterspurt per e-post i februar 2018.

Figur 8. Antall henvisninger til spesialister ved kompetansesentre mottatt i 2016 og 2017 (inkludert alle odontologiske spesialiteter, eks. henvisninger til TOO-behandling)



Prosentvis har den største økningen vært hos TkØ og dette har bakgrunn i at spesialistklinikken deres åpnet august 2016. TkV-R har hatt størst vekst i antall henvisninger og hadde dessuten klart flest henvisninger i 2017. TkNN mottar nest flest henvisninger. Noen kompetansesentre har meldt at spesialister i permisjoner har medført reduksjon i aktivitet på noen fagområder i 2017.

21. Henvisninger fra privat praksis og behandling av voksent betalende klientell

TkV-H og TkS oppgir begge at de får minst 30 prosent av totalt antall henvisninger fra privat praksis. TkNN har oppgitt 21-30 prosent, TkV-R og TkMN følger med 11-20 prosent, mens TkØ kun får et mindre antall slike henvisninger årlig (1-10 prosent).

Alle seks kompetansesentre bekrefter at de utfører spesialistutredning og -behandling av voksent betalende klientell. TkMN, TkNN og TkV-R bruker to årsverk eller mer på spesialistutredning og spesialistbehandling av voksent betalende klientell, deretter følger TkV-H (1,6-2 årsverk), TkS (0,6-1 årsverk) og TkØ (0,1-0,5 årsverk).

22. Epikriser fra kompetansesentrene

Tabell 11. Antall epikriser for spesialisttjenester, unntatt kjeveortopedi, men inkludert multidisiplinær odontologi i 2016. Om mulig oppgi antall per spesialitet.

	Pedo- donti	Oral kirurgi	Perio- donti	Protetikk	Endo- donti	Radiologi	Multi- disiplinær odontologi	SUM
TkØ	70	200	-	20	-	-	-	350*
TkS	2	0	20	56	0	270	0	348
TkV-R	226	865	27	346	544	42	0	2050
TkV-H	149	0	55	60	272	389	0	925
TkMN	119	396	22	0	125	0	14	676
TkNN	242	907	22	317	23	192	112	1815
Fagområ- de totalt	808	2368	146	799	964	893	126	
Henv. totalt								6164

*TkØ hadde kun klinisk virksomhet i halve 2016. Mange av henvisningene var tverrfaglige slik at det ikke er egnet å oppgi fagområde. Derav misforhold mellom antall fordelt på fagområder og totalsum.

Ved epikriser (se tabell 11) utgjør fagområdet oral kirurgi en vesentlig andel, nær 40 prosent. Av de øvrige fagområdene er det flest epikriser innen endodonti, etterfulgt av radiologi, pedodonti og protetikk. Fordelingen av epikriser ved de ulike kompetansesentrene reflekterer hvilke spesialister de har tilgjengelig. Svar på dette spørsmålet bidrar til å danne et bilde av aktiviteten på de ulike kompetansesentrene.

23. Samarbeidsavtaler mellom kompetansesentre og andre fagmiljøer

TkV-H er eneste kompetansesenter som oppgir å ha avtale med offentlige spesialistklinikker og med universitet (se tabell 12). TkV-R er eneste som oppgir at de har avtale med privat spesialistklinikk. Alle kompetansesentre utenom TkØ oppgir å ha avtale med sykehus.

Tabell 12. Har kompetansesenteret samarbeid eller avtaler med andre aktører vedrørende spesialisthelsetjenester til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven per 2017? Flere valg er mulig.

	Offentlige spesialist- tannklinikker	Private spesialist- tannklinikker	Universitet	Sykehus	Andre, spesifiser her*
TkØ	0	0	0	0	Samarbeid om enkeltpasienter. Ingen fast avtale.
TkS	0	1	0	1	TAKO
TkV-H	1	0	1	1	0
TkV-R	0	0	0	1	Privat firma anestesi
TkMN	0	0	0	1	Trondsletten, RBUP
TkNN	0	0	1	1	

* Noen kompetansesenterledere har oppgitt at de har samarbeidsavtaler med Statens Barnehus. Vi har ikke tatt med disse avtalene i oversikten da de ikke foregår innenfor rammene av spesialisttannhelsetjenester.

Tabell 13. Beskrivelse av samarbeid eller avtale mellom kompetansesenter og andre kliniske fagmiljøer per 2017

TkØ	Ingen faste avtaler, samarbeid knyttet til enkeltpasienter.
TkS	- Samarbeidsavtale med privatpraktiserende endodontist med 20 prosent-stilling. Vil kunne bli bedt om å utføre nødvendig endodontisk behandling utover stillingsandel. - Samarbeidsavtale om et tverrfaglig utrednings- og behandlingstilbud (eksperttjenesten) med oralkirurg ved SSHF sykehus avdeling Arendal, privatpraktiserende kjeveortoped og TkS. - Samarbeidsavtale med Lovisenberg diakonale sykehus/TAKO-senteret.
TkV-R	- Samarbeidsavtale om tannbehandling i narkose med sykehusene i Stavanger og Haugesund. Inkluderer også tannbehandling til prioriterte pasienter gitt av tannlegespesialister. - Samarbeidsavtale med Fast Track som leverer anestesitjenester til TkV-R og på Haugesund tannklinikk. Inkluderer også tannbehandling til prioriterte pasienter gitt av tannlegespesialister.
TkV-H	- Samarbeidsavtale med Medisinsk fakultet Universitetet i Bergen (UiB). Særlig om pasienter til spesialistutdanning og pasienter til oral kirurgi og oral medisin. - Samarbeid med sykehusodontologiprojektet. TkV-H har en enhet på Haukeland sykehus (HUS). - Samarbeid med TkV-R om spesialistbehandling ved Haugesund spesialistklinikk.
TkMN	[Ingen oppføringer]
TkNN	- Spesialister fra TkNN, oral kirurgi og pedodonti har deltidsstillinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

24. Tilbud om tannbehandling i narkose ved kompetansesentrene

Per 2017 tilbyr fire kompetansesentre tannbehandling i narkose i egen regi: TkV-R, TkS, TKMN og TKØ. Både pasienter med rettigheter som er henvist fra DOT, TOO-pasienter og betalende klientell kan være aktuelle for behandling i narkose. Som det fremkommer av tabellen under er det forskjeller i hvilke pasientgrupper som tilbys tjenestene hos de ulike kompetansesentrene.

Tabell 14. Organisering av narkosebehandlingstilbud ved kompetansesentrene per 2017

Pasienter		Finansiering	Antall behandlinger i 2016	Ventetid 2017
TkØ	A. Henvisning fra DOT, prioriterte pasienter B. Betalende pasienter (et fåtall) C. TOO-pasienter (et fåtall)	A. Fylkeskommunen B. Egenbetaling C. TOO-ordningen	170	2 mnd.
TkS	A. Henvisning fra DOT, prioriterte pasienter	A. Fylkeskommunen	Oppstart i 2017	4-6 mnd.*
TkV-R	A. Henvisning fra DOT, prioriterte pasienter B. Betalende pasienter	A. Fylkeskommunen B. Egenbetaling og noe Helfo-refusjon	50	6 mnd.
TkMN	C. TOO-pasienter	B. TOO-ordningen	Oppstart i 2017	1-3 mnd.*
TkNN	A. Henvisning fra DOT, prioriterte pasienter C. TOO-pasienter	A. Fylkeskommunen / UNN C. TOO-ordningen	59**	3-12 mnd.
SUM			179	

* per februar 2018 (informasjon innhentet i 2018)

** kun pedodontipasienter behandlet på UNN i regi av TkNN med narkoseteam fra UNN

De fire kompetansesentrene som tilbyr tannbehandling i narkose bekrefter at de forholder seg til eksisterende retningslinjer/kriterier for henvisning til, og prioritering av, pasienter til tannbehandling i narkose (se tabell 15). TkNN oppgir også å ha slike retningslinjer.

Tabell 15. Retningslinjer/kriterier for henvisning til og prioritering av pasienter til behandling i narkose ved kompetansesentrene per 2017

TkØ	Pasienter med sammensatte problemstillinger får tverrfaglig spesialisttjenester når de ikke er i stand til å motta behandling i våken tilstand. Pasientene blir vurdert ut ifra odontologiske problemstillinger og helhetsvurdering og evt. konsultasjon i forkant. Det er utarbeidet egen henvisningsrutine sammen med DOT. Henvisning kommer fra DOT – gjelder funksjonsfriske pasienter ASA klasse 1 og 2. ANSESTE stiller med anestesilege og anestesisykepleier.
TkS	Tilbud om narkosetjenester ved TkS er nytt i 2017. Avtalefestet samkjøring mellom helseforetak, TkS og fylkeskommunene i Agder. Tilgang til behandlingsrom når rommet meldes ledig av helseforetaket. DOT Aust-Agder har lenge ivarettatt tjenesten og måtte ha støttefunksjoner via TkS som er lokalisert på sykehuset. Narkosetilbudet er under omorganisering.
TkV-R	Overtannlegene ved DOT avgjør om det er et spesialistkasus eller om henvisningen først skal sendes tilbake til avsender for tilvenning, sedasjon eller annen behandling i eget distrikt. Henvisninger fra spesialister diskuteres med overtannlegen ved kompetansesenteret.
TkMN	Per i dag er det kun TOO-pasienter som får tilbud. TkMN leier lokaler ved St. Olavs hospital. Avtale om tilgang til stue når denne meldes ledig av sykehuset.
TkNN	Barnepasienter behandles i narkose på UNN av pedodontister fra TkNN. TkNN betaler ikke for disse narkosetjenestene per i dag. I tillegg har TkNN avtale med privat klinikk om narkosebehandling for TOO-pasienter. Spesialister i oral kirurgi er ansatte i bistillinger på UNN og gjennomfører narkosebehandling på TkNN sine pasienter, med UNN som arbeidsgiver.

TkNN og TkV-H har ikke selv det formelle ansvaret for tannbehandling i narkose, men bidrar i slik behandling ved behov. TkNN har en pågående diskusjon om muligheter for å tilby denne type behandlinger ved TkNN. En forutsetning for at TkNN skal kunne tilby slik behandling i egen regi er at Troms FK kan dekke kostnadene av denne behandlingen. TkV-H planlegger ikke å tilby slik behandling, men TkV-Hs spesialister har per i dag anledning til å utføre behandling i narkose i regi av Hordaland FK.

25. Avsluttende merknader og oppsummering

Denne rapporten har til hensikt å svare ut deloppdrag fra HOD, med mandat av 25.04.2017, hvor Helsedirektoratet bes kartlegge og vurdere dagens odontologiske spesialisttjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Oppdraget i sin helhet er gitt i Tillegg til tildelingsbrev nr. 26 (Statsbudsjettet 2016), datert 16.09.2016.

Rapporten er basert på svar, avgitt fra de øverste lederne i Den offentlige tannhelsetjenesten og lederne av de regionale odontologiske kompetansesentre, på spørreundersøkelse (Questback) utsendt i september i 2017, samt statistikk fra SSB. Besvarelsene gir slik et øyeblikksbilde av et tjenestetilbud i utvikling. Antallet odontologiske spesialistårsverk i Den offentlige tannhelsetjenesten har, i henhold til tall fra SSB, i løpet av de ti siste årene blitt mer enn fordoblet, fra omkring 30 årsverk i 2006 til ca. 70 i 2016. Rundt halvparten av disse årsverkene utføres ved de regionale odontologiske kompetansesentrene. Økningen av offentlige ansatte spesialister i denne tiårsperioden har altså i stor grad funnet sted gjennom ansettelser og økt aktivitet ved de odontologiske kompetansesentrene.

Tannlegespesialistene, særlig ved kompetansesentrene, har, i tillegg til klinisk virksomhet, en viktig tilleggsfunksjon gjennom å gi faglig støtte og rådgivning til tannhelsetjenesten. Dette er nærmere beskrevet i del 4, kap 16. Gjennom rådgivning støtter spesialistene tannhelsetjenesten, bidrar til kompetanseheving og økt kvalitet på behandlingen. Spesialistene kan bidra til at allmennpraktiserende tannleger blir i stand til å behandle kasus som de ellers ville vurdert henvist. Robuste faglige nettverk med spesialister bidrar på den måten til at Den offentlige tannhelsetjenesten utvikles til en mer attraktiv arbeidsplass, også utenfor kompetansesentrene. Dette er en synergi som trolig kommer pasientene til gode. De slipper henvisning og kan behandles i et kjent miljø. TkMN kan synes å være det kompetansesenteret som i størst grad bruker ressurser på denne type utadrettet virksomhet.

Kartleggingen viser at det er en geografisk skjevfordeling av både offentlige ansatte og privatpraktiserende tannlegespesialister. I perioden 2006–2016 har antallet tannlegespesialistårsverk sammenlagt (privat og offentlig) økt fra ca. 280 til nær 460. Her må man ta høyde for at om lag 100 årsverk kan forklares ved at tre fagområder ble anerkjent som odontologiske spesialiteter i 2007; oral protetik, endodonti, samt kjeve- og ansiktsradiologi. Likevel ser vi en økning på om lag 70 årsverk. Denne økningen har ikke kommet alle fylkene like mye til gode. Det er særlig verdt å merke seg at Troms har hatt opp mot en tredobling av spesialistårsverkene i regionen i perioden. Andre fylker med kompetansesentre har også hatt en økning i spesialistårsverk, særlig synlig er dette i tallene fra Aust-Agder, Østfold og Sør-Trøndelag. Oslo har hatt en stor vekst i privat spesialistpraksis i perioden 2006–2016, med en økning på nesten 40 årsverk (nær dobling). Sogn og Fjordane og Oppland har begge fått en dårligere samlet dekning av tannlegespesialister over tiårsperioden, men har samtidig fått tilgang til spesialisttjenester gjennom kompetansesentre. Tilgjengeligheten til tannlegespesialister samlet har på landsbasis blitt bedre i perioden, og også tilgjengeligheten av offentlige ansatte spesialister, særlig som følge av oppbyggingen av kompetansesentrene.

Det bør også nevnes at en god del av økningen kan ses i sammenheng med at et betydelig antall spesialister med utdanning fra andre land har fått norsk spesialistgodkjenning og jobber som spesialister i Norge.

Det har fra myndighetenes side vært en villet politikk å styrke det offentlige tilbudet av odontologiske spesialisttjenester, blant annet gjennom oppbyggingen av kompetansesentrene. Det ligger i kompetansesentrenes mandat å sikre befolkningen tilgang til odontologiske spesialisttjenester i alle regioner. Dette gjelder særskilt personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Likeså har statlige tilskudd til avlønning av enkelte spesialistutdanningsløp og til etablering av offentlige spesialiststillinger bidratt noe inn i å styrke utviklingen av et offentlig spesialisttilbud. Tiltak for å styrke det offentlige spesialisttilbudet ytterligere bør intensiveres for å oppnå ønsket effekt. En av fylkestannhelselederne i undersøkelsen kommenterer at spesialisttilbudet til pasienter i de prioriterte gruppene har blitt vesentlig bedre ved at den aktuelle fylkeskommunen selv yter spesialisttilbudet. Tjenesten hadde tidligere erfart at henviste pasienter fra DOT som ble oppfattet som krevende, ved noen anledninger hadde blitt avvist av privatpraktiserende spesialister.

Denne rapporten påpeker at det er ulike løsninger i ulike deler av landet for å tilby de prioriterte gruppene tilgang til odontologiske spesialisttjenester. Innsamlede data tyder også på at det er relativt store forskjeller mellom fylkeskommunene når det gjelder kostnader knyttet til spesialisttannhelsetjenester, også når det justeres for befolkningstall. Merk at rapporten i denne sammenheng (se tabell 5) ikke skiller ut andel spesialisttannhelsetjenester som ytes til voksent betalende klientell i offentlig regi. Som vist i kapittel 12 i del 3, er det fylkesvise variasjoner hva gjelder volum spesialistbehandling av voksent betalende klientell. Til tross for dette, kan kostnadsforskjellene mellom fylkeskommunene indikere at det er forskjeller i det faktiske spesialisttilbudet som tilbys personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Det er ulike forutsetninger for å tilby spesialisttannhelsetjenester for de prioriterte grupper i de ulike deler av landet, mye på bakgrunn av geografiske forhold og variasjon i befolkningstetthet. Kartleggingen viser at flertallet av fylkeskommunene er «godt» til «svært godt» fornøyd med det odontologiske spesialisttilbudet til prioriterte grupper og til befolkningen generelt i egen fylkeskommune. Fem fylkeskommuner oppgir å være moderat fornøyd med tilbudet (score 3 eller 4 av 6 mulige) og dette indikerer et utviklingspotensiale i tilbudet i deler av landet. Lederne oppgir også at det i hovedsak er faglige føringer, heller enn økonomiske, som ligger til grunn for retningslinjer for henvisning til spesialist, 13 av 19 fylker oppgir å ha slike. Mange fylkeskommuner oppgir å ha en faglig siling av henvisninger, gjennom f.eks. overtannlege, fagsjef eller «prioriteringsutvalg». Dette kan bidra til at pasientene med størst behov for vurdering og behandling av spesialist prioriteres.

Alle fylkeskommuner har tilgang til tannbehandlingstilbud i narkose for pasienter med rettigheter i tannhelsetjenesteloven. Variasjoner i ventetid for behandling er stor, fra én måned til åtte måneder. Ventetiden skyldes blant annet begrenset tilgang til anestesilokale og til anestesipersonell. Der det er lang ventetid bør det vurderes tiltak for å forbedre tilgangen/tilbudet. Det er også variasjon i

kostnadene som hver enkelt fylkeskommune har ved behandlingen, avhengig av hvilken avtale de har med helseforetaket. En fylkestannhelseleder peker på at det ville være nyttig med omforente prioriteringskriterier. Et eksempel på et tiltak for å bedre tilbudet for pasienter med rettigheter er en fylkeskommune som oppgir at de overlater til en sentral instans å prioritere mellom innkomne henvisninger.

Noen sentrale momenter på bakgrunn av kartleggingen:

- 5 av 19 fylkeskommuner oppgir et utviklingspotensiale i det odontologiske spesialisttilbudet, både til innbyggerne generelt og til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.
- Ikke alle fylkeskommuner har et reelt tilbud innen alle spesialistgrener, for eksempel gjelder dette innen pedodonti (viser til Del 3). Dette kan indikere at det prioriteres ulikt hva angår hvilke spesialistgrener som er eller bør være tilgjengelige for befolkningen. I tillegg er det ulike forutsetninger for å rekruttere tannlegespesialister i ulike deler av landet.
- Kostnadsforskjeller mellom fylkeskommunene hva gjelder det offentlige spesialisttilbudet kan tyde på at det er fylkesvise ulikheter i det faktiske spesialisttilbudet til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.
- Noen fylkeskommuner baserer spesialisttilbudet sitt i stor grad på private tjenester.
- Det har skjedd en økning i antallet tannlegespesialister i offentlige stillinger, mye grunnet oppbyggingen av kompetansesentrene, men spesialisttannhelsetilbudet er fremdeles i all hovedsak et privat tilbud. Spesialisttilbudet ved kompetansesentrene er under utvikling. Styrking av det offentlige spesialisttilbudet og større grad av geografisk likhet i tilbud vil kreve intensivering av tiltak fra myndighetene.
- Det er variasjon i ventetid for tannbehandling i narkose for pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og noen steder er ventetiden uakseptabelt lang.
- Tannhelsetjenesten kan oppfordres til å utarbeide felles prioriteringskriterier for pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven som henvises til tannlegespesialist og tannbehandling i narkose.

I etterkant av kartleggingen, er det tydelig at enkelte ting kunne vært gjort annerledes i innsamlingen av data. Det ville ha økt presisjonen på rapporten om absolutte tall hadde vært brukt som svaralternativer for kartlegging av årsverk innen ulike spesialiteter. Intervallmessige svaralternativer ble valgt for å lette presentasjon av funn i etterkant, noe som viste seg ikke å være tilfelle. I tillegg burde volum av spesialistbehandling av prioriterte grupper ved sykehus, utdanningsinstitusjoner og i privatpraksis vært kartlagt.

Avslutningsvis vil Helsedirektoratet takke respondentene for god oppslutning om undersøkelsen og konstruktive innspill i etterkant.

26. Referanser

Helsedirektoratet. Organisering og gjennomføring av spesialistutdanning for tannleger –høst 2015, rapport 2017.

Helse- og omsorgsdepartementet. Tildelingsbrev nr. 26 (Statsbudsjettet 2016), 16.09.2016.

Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2017–2018):

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20172018/id2574064/>

Den offentlige tannhelsetjenesten, tannhelselederens svar fra Helsedirektoratets Questback-undersøkelse utsendt september 2017

De regionale odontologiske kompetansesentrene, lederes svar fra Questback-undersøkelse utsendt september 2017

Lovdata. Lov om tannhelsetjenester av 1.1 1984. Lovdata:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54/KAPITTEL_3#KAPITTEL

Nettsider, universiteter:

- Universitetet i Oslo
- Universitetet i Bergen
- UiT Norges arktiske universitet

Regjeringen. Rundskriv 2017. Bittanomalier:

https://www.regjeringen.no/contentassets/5a993fe37deb4193bd6758d34d1dab96/rundskriv_i-7-2017.pdf

SSB:

- 05828: Avtalte årsverk i offentlige tannhelsetjeneste, etter utdanning og 05829: Avtalte årsverk i den private tannhelsetjenesten, etter utdanning
- 05829: Avtalte årsverk i den private tannhelsetjenesten
- Folketall i fylkene ved inngangen av 2. kvartal 2017

Vedlegg. Svar fra spørreundersøkelsen

27. Vedlegg 1. Samarbeid med andre

19) Beskriv samarbeid med andre og/eller avtaler som gjelder spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven

- *Bruk av kompetansesenteret i all hovedsak.*
- *Pasientene henvises til private spesialister uten at vi har en skriftlig samarbeidsavtale. Samarbeidet er godt, og våre tannleger får også hospitere hos spesialistene.*
- *Tannhelsetjenesten refunderer en andel av lønn til pedodontist ved kompetansesenteret for å unngå fakturakostnader når barn henvises dit.*
- *Samarbeidsavtale mellom tannhelsetjenesten og universitet.*
- *Det benyttes private spesialister i den grad det er behov for det.*
- *Tannhelsetjenesten har avtale med odontologisk lærested om å henvise til alle spesialiteter. Fakultetet skal behandle 100 henviste pedodontipasienter i året uten vederlag.*

28. Vedlegg 2. Retningslinjer for henvisning

20) Beskriv retningslinjer eller kriterier, f.eks. faglige eller økonomiske, for henvisning til tannlegespesialist

- *I størst mulig grad skal fritt klientell henvises til kompetansesenteret. Overtannlegen gjør en skjønnsmessig vurdering hvis lokal spesialist i fylket kan brukes. Vurderingen går på reiseavstand fra bosted til kompetansesenter og, ved lang reiseavstand, den helsemessige belastningen av å henvise pasienten til kompetansesenter.*
- *Tannlegene henviser pasientkasus som de selv eller andre tannleger på klinikken eller mer rutinerde tannleger på andre klinikker i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, ikke har kompetanse til å behandle.*
- *Vi tenker primært en kvalitetsmessig god løsning for pasienten innenfor de økonomiske rammene som vi må forholde oss til.*
- *Fylket har opprettet et «prioriteringsutvalg» bestående av tre erfarne tannleger som vurderer faglige og økonomiske hensyn for omfattende og kostbare tannbehandlinger av prioriterte pasienter. F.eks. har vi ikke budsjett til å gi implantatbehandling til alle ruspasienter som ønsker/krever det.*
- *Kun faglige retningslinjer, tannlegene henviser direkte til spesialist. Dersom det er tvil om hvorvidt pasientene skal henvises til spesialist, drøftes kasus med klinikksjef før henvisningen sendes.*

Forts. 20) Beskriv retningslinjer eller kriterier, f.eks. faglige eller økonomiske, for henvisning til tannlegespesialist

- *Pasientene henvises fra allmenntannleger på de offentlige klinikkene via overtannlegene. Overtannlegene bestemmer så om det er et spesialistkasus og henvisningen skal sendes videre, eller om pasienten for eksempel kan henvises til annen behandler i eget distrikt først. Vi savner omforente prioriteringskriterier.*
- *Henvisninger til spesialistbehandling av personer med rettigheter skal sendes via (godkjennes av) klinikkleder/overtannlege.*
- *Det er også utarbeidet oversikt over indikasjoner/kontraindikasjoner for henvisning til implantatbehandling.*
- *Faglige retningslinjer for henvisning.*
- *Klinikkleder skal godkjenne henvisning til spesialist. Det foretas intern fakturering av spesialisttilbudet. Den henvisende tannklinikk betaler 2500 kroner per time for behandling hos spesialist.*
- *Alle henvisninger fra klinikkene skal først skje etter at den samlede kompetansen på klinikken/i distriktet er vurdert. Klinikksjefen skal «godkjenne» alle henvisninger.*
- *Det kan henvises for:*
 - o *Traumer av mer omfattende karakter*
 - o *Komplisert endodonti*
 - o *Kirurgi/fjerning av visdomstenner*
 - o *Periodontitt (barn/unge)*
 - o *Behandling av pasienter med autisme med kooperasjonsproblem*
 - o *Protetisk spesialistbehandling og behandlingsplanlegging*
 - o *Pedodontisk spesialistbehandling: Tilvenninger, tannutviklingsforstyrrelser, kombinasjon med medisinsk symptomatikk som f.eks. ved syndromer, arvelige lidelser, uttalt tannslitasje, kjeveleddsproblemer, oralmedisinske utredninger, behandlingsplanlegging ved traumekasus, estetiske tannkorreksjoner.*
- *Kostnadsoverslag skal foreligge før behandlingen iverksettes. Kostnadsoverslag over kr 5000 skal godkjennes av overtannlege/avdelingsdirektør. All henvisning til spesialist skal godkjennes av klinikksjef.*
- *Pasienten skal være henvist fra offentlig ansatt tannlege for at tannhelsetjenesten skal dekke utgiftene til behandlingen. Veilederen «God klinisk praksis» og andre faglige retningslinjer er førende for evt. henvisning.*
- *Dersom behandlere velger andre spesialister til prioritert klientell enn kompetansesenteret må det godkjennes av fylkestannlegen. Store kostnader må også godkjennes.*
- *Før en pasient henvises til spesialist skal henviser drøfte med fagsjefen i distriktet om det er nødvendig å henvise til spesialist, eller om pasienten kan behandles tilfredsstillende av andre tannleger i distriktet.*

Forts. 20) Beskriv retningslinjer eller kriterier, f.eks. faglige eller økonomiske, for henvisning til tannlegespesialist

- *Etter utført behandling skal spesialisten sende skriftlig epikrise til henvisende tannlege som skal være ansvarlig for etterkontrollene. Med epikrisen skal det følge instruksjoner om hvordan og hvor ofte pasienten skal etterkontrolleres.*
- *Henvisninger drøftes med overtannlegen i regionen.*

29. Vedlegg 3. Spesialistbehandling voksent betalende klientell

21) Om mulig, beskriv omfang av spesialistutredning og -behandling av voksent betalende klientell ved fylkeskommunale tannklinikker i fylket, unntatt ROK (kompetansesenter).

- *Kun enkeltpersoner til spesialistteam av oralkirurg og protetiker med avtale, i tillegg til egen kjeveortoped.*
- *Omfanget av utredning/behandling av voksent betalende klientell lå på 654 i 2016, mens vi hittil i år er kommet til 480. I tillegg har vår oralkirurg mellom 150 og 200 konsultasjoner/spørsmål om diagnoser og behandling som besvares på e-post.*
- *Spesialisttannbehandling av voksne betalende pasienter foregår kun ved én tannklinikk, i tillegg til ved kompetansesenteret. Det er nylig tilsatt spesialister i oralkirurgi og protetik så der har vi ikke tall enda. Når det gjelder endodontist ved tannklinikken går ca. 65 prosent av tiden med til spesialistbehandling av voksne betalende pasienter.*
- *Det er ingen spesialistbehandling ved fylkeskommunale tannklinikker i fylket. Men spesialistene ved kompetansesenteret driver med veiledning/rådgiving av tannlegene ute i tjenesten.*
- *Voksne betalende pasienter fikk behandling for kr 8,18 mill i 2016.*
- *24 av 37 henviste pasienter var voksne betalende.*
- *Vi har ikke tall for omfanget av dette.*

30. Vedlegg 4. Avtaler for tannbehandling i narkose

22) Beskriv kort avtale(r) om tannbehandling i narkose i fylket

Østfold	Avtale med Sykehuset Østfold om narkosebehandling to dager pr uke, 44 uker årlig. Sykehuset stiller lokaler og anestesipersonell, DOT med tannhelsepersonell og utstyr til tannbehandling.
Akershus	Avtale om narkosebehandling på universitetssykehus tre dager pr uke og fakultetsklinikk hvor egne tannleger behandler barn i ASA gruppe 1.
Oslo	Avtale med OUS om narkosebehandling tre dager/uke. En av dagene er forbeholdt voksne pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Oslo universitetssykehus (OUS) har ansvar for anestesi, samt utstyr. DOT stiller med behandlende tannlege og tannhelsesekretær. Alle narkosekasus henvises først til vår spesialavdeling som gjør en vurdering før de eventuelt henviser videre for narkosebehandling. DOT faktureres av OUS en gang i mnd.
Hedmark	Avtale med sykehuset ved tre lokaliteter med ulik kapasitet. Ca. 220-250 seanser i året. Ved to av stedene er det tannbehandling i narkose en gang/uke og ved den siste en gang/mnd. Små barn prioriteres først (under 7 år).
Oppland	Avtale med Sykehuset Innlandet/Gjøvik. Sykehuset har fullt team med tannlege og sekretær ansatt i 80 prosent-stilling – sykehuset fakturerer all behandling. Sykehuset gir anestesi. Tannlege/sekretær tilsvarer 15 prosent-stilling.
Buskerud	Avtale med Drammen sykehus om tannbehandling i narkose 2,5 dager pr uke. DOT har ansvaret for den tannhelsefaglige delen av tilbudet og utgifter forbundet med dette, inkl. tannhelsepersonell.
Vestfold	Avtale med helseforetak om tannbehandling i narkose på spesialinnredet klinikk på lokalt sykehus. Det betales husleie for arealet som vi disponerer spesifikt til dette formålet. Sykehuset stiller pre- og postoperasjonelt personell til rådighet samt narkoselege og narkosesykepleier. Fast fire dager pr fjortendagersperiode, dvs. tilsvarende 40 prosent. DOT betaler for personell og engangsutstyr.
Telemark	Avtale med Sykehuset Telemark HF om tre dager ukentlig, ca. 44 uker årlig. Fast ansatt tannlege og tannhelsesekretær i DOT, og anestesiteam bestående av anestesilege og anestesisykepleier.
Aust-Agder	Avtale med helseforetaket om anestesitjenester og leie av lokaler på sykehus to dager ukentlig. Tannbehandlingen utføres av personell fra DOT.
Vest-Agder	- Avtale med det lokale helseforetaket om narkosetjenester til tannbehandling.
Rogaland	- Avtale med sykehusene i Stavanger og Haugesund, inkluderer tannbehandling til prioriterte pasienter gitt av tannlegespesialister. Avtale med Fast Track som leverer anestesitjenester på kompetansesenteret og på Haugesund tannklinikk, inkluderer tannbehandling til prioriterte pasienter gitt av tannlegespesialister.
Hordaland	DOT Hordaland driver tre tilbud om tannbehandling i narkose: - På Haukeland universitetssykehus – samarbeidsavtale med Helse Bergen - På Stord sykehus – samarbeidsavtale med Helse Fonna - Poliklinisk tilbud på Solheimsviken tannklinikk (Bergen) DOT kjøper anestesitjenester (lege og sykepleier) fra et privat firma. I Bergen er det også et privat tilbud om tannbehandling i narkose. Det private tilbudet er kun i et fåtall tilfeller brukt av tannhelsetjenesten i Hordaland – kun til betalende pasienter.
Sogn og Fjordane	Avtale med Førde Sentralsjukehus Sogn og Fjordane. Ein tannhelsesekretær tilsett i 50 prosent og to tannlegar som jobbar 20 prosent kvar med tannbehandling i narkose.
Møre og Romsdal	Vi har fire ulike avtaler med fire sykehus i fylket.
Sør-Trøndelag	Avtale med St. Olavs hospital i Trondheim. DOT sørger for tannhelsepersonell, forbruksvarer og administrasjon av tilbudet og betaler leie til St. Olavs hospital og på Røros. Leien inkluderer sykehusets personell, lokaler, utstyr og overhead.
Nord-Trøndelag	Avtale med fylkets sykehus om tannbehandling i narkose på sykehusene. Tannhelsepersonell fra DOT utfører tannbehandling, anestesitjenester kjøpes av helseforetaket. Avtale om et antall dager pr. uke – kan økes i perioder med stort behov.

Forts. 22) Beskriv kort avtale(r) om tannbehandling i narkose i fylket

Nordland	Avtale med fire regionale sykehus i fylket om kjøp av narkosetid.
Troms	Avtale med privat tannlege om narkosebehandling av TOO-pasienter. Narkose utføres på UNN Tromsø og UNN Harstad, avtale under utarbeiding.
Finnmark	Avtaler med begge sykehusene i regionen. Helseforetaket leverer lokalteter, anestesipersonell og materiell i forbindelse med inngrep. Foretaket reserverer 20 dager ved hvert av sykehusene for tannbehandling. Anestese teamet er til disposisjon for tannlegen under hele behandlingstiden pluss to timer til forberedelse og etterarbeid. DOT melder egne pasienter til sykehusavdelingens pasientkoordinator, som innkaller pasientene til behandling. DOT forbereder pasientene på forhånd og innhenter helseopplysninger fra primærlege.

31. Vedlegg 5. Retningslinjer for henvisninger for tannbehandling i narkose

23) Beskriv kort retningslinjer eller kriterier for henvisning til og prioritering av pasienter til tannbehandling i narkose

Østfold	Godkjennes av klinikkssjef, andre tiltak skal være forsøkt først. Samtykkeerklæring, eventuelt tvangsvedtak. Gjennomgang av anestesilege og narkosetannlege før behandling.
Akershus	Pasienter som ikke lar seg behandle på ordinær måte. Premedisinering og evt. lystgassbehandling skal være forsøkt forut for henvisning til narkose.
Oslo	La en kollega på klinikken forsøke å behandle pasienten. Kan behandlingen likevel ikke gjennomføres, henvises pasienten til distriktets O-gruppe-team som vurderer henvisningen/innkaller pasienten. Ved behov henvises pasienten videre til tannklinikken Sentrum, som har ansvaret for å administrere eventuell narkosebehandling. Behandling skal forsøkes å gjøres uten narkosebehandling. Kommer man ikke i mål med behandlingen henvises det til fylkets Spesialavdeling som vurderer eventuell narkosebehandling. Henvisning skrives så til OUS med alle tilhørende papirer. Vi setter selv opp timeboken.
Hedmark	Vi gir tilbud til de prioriterte gruppene etter henvisning. Tilbud til voksne kan gis når det er kapasitet. - Før henvisning til narkose finner sted, skal omfattende tilvenning være utprøvd. - Premedikasjon med benzodiazepiner bør være vurdert og beskrevet i henvisningen med unntak for barn under to år. - Premedisinering kan foreskrives, ordineres og administreres av leger og tannleger. - Lystgass bør være vurdert på ungdom og voksne. - Henviser er tannleger, leger eller tannpleiere etter samråd med tannlege. Kriterier for henvisning (jf. professor Magne Raadal UiB): - o Små barn med stort behandlingsbehov som krever minimum fire behandlingsseanser eller behandling på mer enn seks tenner. Ingen absolutte kriterier, men henvisning bør da vurderes. - o Barn og ungdom som har vært utsatt for misbruk eller grov omsorgssvikt hvor 'normal' tannbehandling på klinikk utelukkes.
Oppland	Noen indikasjoner: - Alder, der samarbeidet er umulig - psykisk utviklingshemming, der vanlig behandling er umulig - psykiatriske problemer - fysiske handicap, som ekstrem spastisitet - ekstrem odontofobi. Ikke indikasjon: - Det er ingen indikasjon at pasienten ønsker narkose. - Det samme gjelder foreldres/pårørendes ønsker. - Behandling i narkose er ikke akuttbehandling.
Buskerud	Prioriterte pasienter prioriteres først i narkosekøen etter alvorlighetsgrad og behov. Akutte tilstander, spesielt hos barn, får raskt time. Før henvisning til narkose, skal det ha vært prøvd med evt. bytte av behandler, tilrettelegging, sedasjon o.l.
Vestfold	Før pasienten henvises til narkose, skal man ha prøvd alt fra kognitiv terapi, bytte av behandler, til sedasjon. Vi gir bare tilbud til de prioriterte gruppene inkl. rus. Voksne betalende pasienter henvises ut til private tilbydere. Hvis pasienten ikke har samtykkekompetanse, fylles det ut skjema om tvangsvedtak. Det innhentes legeerklæring fra pasientens fastlege. Henvisende tannlege beskriver så godt som mulig hva som ønskes gjort. Vi prioriterer pasienter med smerter og større plager.
Telemark	Behandler tannlege og klinikkleder avgjør i samråd med narkosetannlege hvilke pasienter som skal få tilbud om behandling i narkose. Fordelingen av pasienter i 2016 var som følger: Gr. A=90 pasienter, Gr. B=53 pasienter, Gr. C2=17 pasienter og Gr. E=6 pasienter. Resterende pasienter er pasienter fra T00-prosjektet eller henvisninger fra privatpraktiserende tannleger i Telemark og noen få fra Vestfold.

Forts. 23) Beskriv kort retningslinjer eller kriterier for henvisning til og prioritering av pasienter til tannbehandling i narkose

Aust-Agder	[Ingen besvarelse]
Vest-Agder	Interne faglige og administrative retningslinjer i flere punkter.
Rogaland	Pasientene henvises fra allmenntannleger i DOT via overtannlegene. Overtannlegene bestemmer om henvisningen skal sendes videre, eller om det først må prøves tilvenning, sedasjon eller annen behandling i eget distrikt. Henvisninger fra spesialistene diskuteres med overtannlegen på kompetansesenteret. Vi savner omforente prioriteringskriterier.
Hordaland	Alle henvisninger for tannbehandling behandles og prioriteres av en sentral instans. Henvisninger sendes i retur dersom det f.eks. ikke er forsøkt premedikasjon eller lystgass. Helse Bergen har signalisert at i framtiden er det kun pasienter som av medisinske grunner trenger å bli innlagt på sykehus som skal få utført tannbehandling i narkose på Haukeland universitetssykehus. Alle pasienter som ikke må innlegges på sykehus må da få behandlingen utført poliklinisk.
Sogn og Fjordane	Førde sentralsykehus tek imot tilvisingar til narkose. Alle tilvisingar til narkosebehandling skal vere utfyllande og eigenerklæringsskjema skal vere utfyllt og vedlagt for alle pasientar som vert tilvist til narkose. Det vert ikkje teke i mot tilvisingar for rotspissamputasjonar.
Møre og Romsdal	Det henvises når alle andre muligheter for å gi behandling uten generell anestesi.
Sør-Trøndelag	Alle pasienter skal forsøkes behandles på klinikken. Hvis det ikke går henvises pasienten til en av de offentlige tannklinikene hvor team som gir behandling i narkose jobber. Det vurderes om pasienten kan henvises til Røros sykehus eller grunnet medisinske tilstander må behandles på St. Olavs hospital. Det blir også vurdert om pasienten kan vente noe. Fylkestannlegen ønsker å utvide tilbudet, men St. Olavs hospital har ikke hatt ledige anestesiresurser tilgjengelig. Sykehusene burde ha et ansvar for å stille anestesipersonell til rådighet for pasienter som trenger narkose for å gjennomføre tannbehandling. Mange av pasientene som får tilbudet er multihandikappete.
Nord-Trøndelag	Tilvenning, premedisinering og eventuelt lystgass skal forsøkes før henvisning til narkose. Voksne betalende henvises bare unntaksvis til sykehusene (muligheter for henvisning til private klinikker i nabofylke). Pasienter med smerter prioriteres på ventelistene.
Nordland	Tilvenning og/eller premedisinering skal være prøvd der dette er hensiktsmessig før henvisning til narkosebehandling. Indikasjon må være tilstede. Henvisninger uten odontologisk indikasjon vil bli avvist. Temporære behandlinger er lite ønskelig. Hovedmålet med narkosebehandling er å stoppe smerte og hindre nye smertefulle tilstander. Prioritering av pasienter til tannbehandling i narkose gjøres tilsvarende.
Troms	Barnepasienter vurderes av pedodonti på TkNN. Andre pasienter henvises til UNN gjennom overtannlegen i Tromsø eller overtannlegen i Harstad. Ø-hjelp ytes normalt ikke. TOO-pasienter vurderes av TOO-team på TkNN. Oral kirurgi-pasienter vurderes av oral kirurger og sykehus.
Finnmark	Vi prioriterer de lovpålagte gruppene; behandler flest i gr. B og gr. C (demente). Vi har ikke ventelister på fritt klientell. Vi behandler også en del voksne (kategori: Innslagspunkt 14 i Helfo) og TOO-pasienter, men vi ser at disse henvisningene øker da TOO-prosjektet er blitt bedre implementert i DOT i fylket (vi har tre TOO-team). Kriteriene er at alt annet skal være prøvd før tannbehandling i narkose i følgende rekkefølge: Tilvenning, eksponering og premedisinering.

32. Vedlegg 6. Organisering av tannbehandling i narkose

24) Hvordan er tannbehandling i narkose organisert i fylket?

Østfold	Utføres ved Sykehuset Østfold avdeling Moss, med sykehusets lokaler og anestesipersonell. Tannhelsepersonell og tannhelseutstyr fra DOT. To dager pr uke, 44 uker i året.
Akershus	Tannklinikk på universitetssykehus tre dager pr uke med narkosetjenester samt tjenestegjøring på fakultetsklinikk med egne ansatte i et lite omfang.
Oslo	Spesialavdelingen organiserer narkosepasientene. Behandlingen gjøres ved OUS (Ullevål). Anestesipersonell fra OUS og behandlere fra THT.
Hedmark	Tre team: en tannlege/en sekretær ved to av stedene og en tannlege/to sekretærer ved den avdelingen som har barneanestesi.
Oppland	Det er organisert med tilbud på sykehus. I perioder kan det være ønskelig med utvidet narkosetilbud, men det er tilgjengelig anestesikapasitet som er begrensningen.
Buskerud	Se tidligere besvarelse. Ventetiden for narkosebehandling har økt betydelig siden 2016 (3,5 måneder ved ultimo 2017) bl.a. pga. stor pågang fra TOO-pasientene. Sykehuset melder om at de ikke har kapasitet til å øke volumet på narkosetjenester til tannhelse.
Vestfold	Utføres for hele Vestfold, på Larvik sykehus på egen narkosetannklinikk (tredje etasje). I første etasje på sykehuset ligger Larvik tannklinikk med seks behandlingsrom og fire tannleger. En av tannlegene jobber som narkosetannlege, men kan erstattes av en av de andre ved sykdom.
Telemark	Behandlingen foregår ved Sykehuset Telemark tre dager ukentlig. Se for øvrig tidligere besvarelse.
Aust-Agder	Personell fra DOT har ansvar for behandlingen. Tannlege og tannhelsesekretær 80 prosent-årsverk hver.
Vest-Agder	Tannlege fra DOT utfører tannbehandling i narkose i helseforetaket.
Rogaland	Se tidligere besvarelse, samt svar for kompetansesenteret Tannhelse Rogaland.
Hordaland	Tilbudet om tannbehandling i narkose er i Hordaland en del av «allmenntannhelsetjenesten» og ikke et spesialisttilbud. Narkosetilbudet i Bergen er organisatorisk lagt til Sentrum tannhelsedistrikt, med overtannlegen som administrativt ansvarlig. Narkosetilbudet på Stord er organisatorisk lagt til Sør tannhelsedistrikt, med overtannlegen som administrativt ansvarlig. Alle andre tannhelsedistrikt henviser. De fleste pasientene tilhører de prioriterte gruppene.
Sogn og Fjordane	Se tidligere besvarelse. Det vert samarbeida med andre avdelingar på sjukehuset og samordnar ofte anna behandling om dette let seg gjere. Behov og bruk av tolketeneste er aukande. Det er også gått meir tid til informasjon og oppfølging av pasientane i 2016. Ein av grunnane er at alle pasientar som skal til tannbehandling i narkose må møte til undersøking/anestesitilsyn på Dagkirurgisk senter før behandling i narkose. 13 internt henviste pasientar har fått tilsyn og behandling. Nokon få pasientar har fått tannbehandling i sedasjon.
Møre og Romsdal	Vi kjøper narkosetjenester av sykehusene. Odontologisk behandling utføres av DOT-ansatte.
Sør-Trøndelag	Se tidligere besvarelse
Nord-Trøndelag	Utføres på sykehus av tannhelsepersonell fra DOT. Fylkeskommunen kjøper anestesitjenester fra helseforetaket.
Nordland	Avtaler med fire regionale sykehus i fylket om kjøp av narkosetid (Narvik, Bodø, Mo, Sandnessjøen).

24) Hvordan er tannbehandling i narkose organisert i fylket?

Troms	Se tidligere besvarelse
Finnmark	Vi har avtale med en privat tannlege som behandler i Vest-fylket, og vår egen overtannlege som behandler i Øst-fylket. Vi har ikke spesialisttjenester i narkose p.t. da tann- og kjevekirurgisk klinikk måtte flytte ut fra Hammerfest sykehus da Helseforetaket skulle ha lokalene til eget bruk. Se for øvrig tidligere besvarelse.

Øvrige vedlegg

Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref

Vår ref
17/1898

Dato
25.04.2017

Mandat for kartlegging av odontologiske spesialisttjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesten - Oppdrag til Helsedirektoratet

Det vises til *Tillegg til tildelingsbrev nr 26* (Statsbudsjettet 2016) datert 16.09.2016 der Helsedirektoratet gis i oppdrag å komme med *forslag til mandat for utredning av mulige modeller for organisering og finansiering av spesialist-tannhelsetjenester primært for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.*

Helse- og omsorgsdepartementet deler videre dette utredningsoppdraget i to trinn der første tinn er en kartlegging og vurdering av dagens odontologiske spesialisttjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Oppdraget er knyttet til Prop. 71 L (2016-2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*, kapittel 10.19.5, som særskilt drøfter finansiering av spesialisttannhelsetjenester som del av forslaget om overføring av ansvaret for offentlige tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene. Det foreslås at staten i en overgangsperiode etter ansvarsoverføringen organiserer en særskilt finansiering av odontologiske spesialisttjenester til persongrupper med rett til nødvendig tannhelsehjelp, gjennom uttrekk fra kommuneramma.

En kartlegging vil gi grunnlag for nærmere utredning av en finansieringsmodell for odontologiske spesialisttjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Vedlagt følger mandatet for denne kartleggingen. Dette arbeidet må være slutført innen oktober 2017.

Med hilsen

Kjell Røynesdal (e.f.)
avdelingsdirektør

Hedda Høvik
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Mandat for kartlegging av organisering og finansiering av odontologiske spesialisttjenester for personer med rettigheter etter Lov om tannhelsetjenester (tannhelsetjenesteloven).

I Prop. 71 L (2016-2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*, kapittel 10.19.5, drøftes særskilt finansiering av spesialisttannhelsetjenester som del av forslaget om overføring av ansvaret for offentlige tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene. Det foreslås at staten i en overgangsperiode etter ansvarsoverføringen organiserer en særskilt finansiering av odontologiske spesialisttjenester til persongrupper med rett til nødvendig tannhelsehjelp, gjennom uttrekk fra kommuneramma. Dette gjelder odontologiske spesialisttjenester som ved overføringstidpunktet utføres ved de regionale odontologiske kompetansesentre og av spesialister ved fylkeskommunale tannklinikker/spesialistklinikker.

Som grunnlag for nærmere utredning av en slik finansieringsmodell har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre en kartlegging på området. Kartleggingen har til hensikt å beskrive hvordan odontologiske spesialisttjenester til innbyggere med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er ivaretatt og organisert. I tillegg skal det kartlegges hvordan disse tjenestene er finansiert, hvor store kostnader tjenestene medfører for henvisende enhet og i hvilken grad det er utarbeidet kriterier for henvisning til spesialisttjenestene.

Med odontologiske spesialisttjenester, heretter kalt spesialisttjenester, menes utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging, samt rådgivning/fagstøtte vedrørende personer som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Kartlegging på fylkesnivå

- Hvor mange og antall årsverk offentlig ansatte tannlegespesialister per spesialitet, inkludert multidisiplinær odontologi (tidligere klinisk odontologi)?
 - ved regionalt odontologisk kompetansesenter (heretter ROK)
 - i fylkeskommunal tannklinikk/spesialistklinikk
 - ved sykehus i fylket
- Hvor mange og antall årsverk privatpraktiserende tannlegespesialister per spesialitet. Helsedirektoratet henter tall fra KOSTRA.
- Er behovet for spesialisttjenester til innbyggerne i fylket tilfredsstillende dekket? Beskrivelse av mangler (spesialitet, omfang, mulig årsak, konsekvenser mv.). Eventuelt er det utført eller planlagt tiltak for å dekke mangler?

- Er behovet for spesialisttjenester til personer med rettigheter etter tannhelseloven tilfredsstillende dekket? Beskrivelse av mangler (spesialitet, omfang, mulig årsak, konsekvenser mv.). Eventuelt er det utført eller planlagt tiltak for å dekke mangler?
- Avhengig av i hvilken grad er det mulig å innhente opplysninger om omfanget av henvisninger, er det ønskelig med informasjon om antallet henvisninger siste kalenderår per spesialitet, unntatt kjeveortopedi, men inkludert multidisciplinær odontologi.
- Kort beskrivelse av eventuelle samarbeid og/eller avtaler som gjelder spesialisttjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.
- Kort beskrivelse av eventuelle retningslinjer eller kriterier for henvisning til tannlegespesialist.
- Hvilke kostnader har fylkeskommunen per år knyttet til spesialisttjenester for personer med rettigheter etter tannhelseloven, unntatt kjeveortopedi, men inkludert multidisciplinær odontologi? Kostnader oppgis som utgifter i tilknytning til årsverk for egne ansatte spesialister og utgifter til kjøp av spesialisttjenester.
 - offentlig ansatte spesialister
 - i eget fylke
 - i annet fylket
 - offentlig ansatte spesialister ved ROK
 - tjenester fra private spesialister
 - tjenester fra odontologiske utdanningssteder
 - andre løsninger
- Hvordan er finansieringen av spesialisttjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven organisert? Belastes (tar kostnaden / mottar faktura) spesialistkonsultasjon/-behandling den fylkeskommunale tannhelsetjenesten sentralt, den enkelte tannhelseregion/-distrikt eller tannklinikken det henvises fra?
- I hvilket omfang utføres det spesialistutredning og -behandling av voksent betalende klientell ved fylkeskommunale tannklinikker?

Tannbehandling i narkose

- Hvordan er tannbehandling i narkose organisert og finansiert?
- Kort beskrivelse av eventuelle avtaler om tannbehandling i narkose.
- Hvordan er tilgangen til tannbehandling i narkose?
- Hvor mange pasienter ble henvist til behandling i narkose siste kalenderår?
- Hva er gjennomsnittlig ventetid for tannbehandling i narkose per i dag?
- Kort beskrivelse av eventuelle retningslinjer eller kriterier for henvisning til og prioritering av pasienter til tannbehandling i narkose.

Kartlegging ved de regionale odontologiske kompetansesentrene (ROK)

- Hvor mange og antall årsverk tannlegespesialister per spesialitet, inkludert multidisiplinær odontologi er ansatt ved ROK?
- Estimert andel av totalaktivitet ved ROK, i årsverk per spesialitet, som går til spesialisttjenester for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.
- Hvor mange personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven har vært til behandling eller konsultasjon siste kalenderår per spesialitet?
- Estimert andel av spesialiststilling som går med til rådgivning/fagstøtte (eks. per telefon, kurs, hospitering) knyttet til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven per spesialitet.
- Hvor mottar dere henvisninger fra og i hvilket omfang for hver enkelt fylkeskommune?
- Andel henvisninger til spesialister ved ROK fra henholdsvis offentlig vs. privat tannhelsetjeneste.
- Kort beskrivelse av eventuelle samarbeid og/eller avtaler som gjelder spesialisttjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.
- Estimert spesialisttannlege årsverk til deltagelse i forskningsprosjekter per spesialitet.
- Spesialisttannlege årsverk som veileder i spesialistutdanning per spesialitet.
- I hvilket omfang utføres det spesialistutredning og -behandling av voksent betalende klientell?

Tannbehandling i narkose

- Hvis det tilbys eller er planer om å tilby tannbehandling i narkose i regi av ROK, hvordan er dette organisert og finansiert?
- Hvor mange behandlinger i narkose ble utført ved ROK siste kalenderår?
- Hvor lang gjennomsnittlig ventetid er det for behandling i narkose ved ROK per i dag?
- Kort beskrivelse av eventuelle avtaler om tannbehandling i narkose.
- Kort beskrivelse av eventuelle retningslinjer eller kriterier for henvisning til og prioritering av pasienter til tannbehandling i narkose.

I tillegg bes Helsedirektoratet om å gi en vurdering av eventuelt under- eller overforbruk av henvisninger til odontologiske spesialisttjenester og av henvisninger til behandling i narkose for person med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref

Vår ref
16/832-

Dato
16.09.2016

Statsbudsjettet 2016 - Tillegg til tildelingsbrev nr 26

I dette brev gjøres det endringer i Helsedirektoratets tildelinger, samt at det gis to ekstraoppdrag.

Endring i bevilgninger

Kap. 701, post 21

Helsedirektoratet tildeles 2 mill. kroner knyttet til drift av felleslegevaktnummer 116117. til sammen er det det tildelt 4 mill. kroner til tiltaket, jf. tidligere tildeling over kap. 762, post 21.

Kap. 761, post 68

Det var et mindreforbruk på kap. 765, post 61 i 2015. Bevilgningen er i 2016 flyttet til kap. 761, post 68. Helsedirektoratet tildeles 2,062 mill. kroner til over posten. Midlene tildeles Helsedirektoratet og skal benyttes i tråd med postens formål.

Kap. 762, post 60

Det vises til tidligere dialog mellom Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet angående finansiering av Klara Klok i 2016. Helse- og omsorgsdepartementet ber om at det holdes tilbake 1,9 mill. kroner knyttet til tilskudd til Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2016. Det vises til at det har vært lav søknadsinngang på tilskuddet. Midlene som holdes tilbake er tenkt omdisponert for å sikre driften av Klara Klok i 2016.

Ekstraoppdrag

1. Forslag til mulig modell for et forsøk med primærhelseteam

Innledning

I tildelingsbrevet for 2016 punkt 2.3.2.4 Spesielle oppdrag, fremgår det at direktoratet vil få i oppdrag å utrede organisering og finansiering av primærhelseteam.

I Prop. 1 S (2015-2016) fremgår det under kapittel 762 post 21 spesielle driftsutgifter, at det foreslås å bevilge 3,3 mill. kroner til oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, herunder utredning av endringer i finansieringsordningen for fastleger.

I Meld. St. 26 (2014-2015) om Fremtidens primærhelsetjeneste er det i kapittel 13 diskutert ulike modeller for etablering av primærhelseteam. Kjernen i et primærhelseteam vil være lege, sykepleier og administrativt personell. For å komme frem til en best mulig modell for organisering og finansiering av primærhelseteam, vil departementet gjennomføre et forsøk med primærhelseteam i utvalgte kommuner. Formålet med forsøket er å få mer erfaring med effekten for brukere og tjenesteytere av å organisere tjenestetilbudet i et primærhelseteam.

Målsetningen med å organisere tjenestetilbudet i primærhelseteam

Organiseringen i primærhelseteam er ment å løse flere utfordringer knyttet til dagens fastlegeordning/kommunale tjenestetilbud:

- Bedre oppfølging og mer legetjenester til brukere med store og sammensatte behov inkludert:
 - Brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet
 - Brukere med utviklingshemninger og funksjonsnedsettelse
 - Brukere som i medisinen omtales som "*skrøpelig eldre*"
- Bedre oppfølging av brukere med kronisk sykdom
- Bedre oppfølging av "dårlig etterspørre" av tjenester
- Bærekraft (riktigere bruk av personellressursene, færre henvisninger og innleggelser)
- Bedre samhandling mellom legetjenesten/teamet og den øvrige helse- og omsorgstjenesten

Etter dialog med Legeforeningen og Sykepleieforbundet er det enighet om at sykepleiere i en fastlegepraksis kan utføre et bredt sett av oppgaver, men at det i første omgang er mest å hente i oppfølgingen av brukere med store og sammensatte behov. En sykepleierressurs kan her bidra til å heve kvaliteten i oppfølgingen gjennom blant annet å holde oversikt over oppfølgingsbehov, bidra i opplæring av pasient og pårørende, legemiddelavstemning og gjennomføre sykebesøk, enten sammen med fastlegen eller alene.

Oppdrag til Helsedirektoratet

Som grunnlag for HODs beslutning om hvordan et forsøk skal innrettes og gjennomføres, ber departementet Helsedirektoratet utarbeide forslag til mulig modell for et forsøk og et forslag til hvordan forsøket kan gjennomføres. Departementet ser behov for at følgende forhold blir utredet i forkant av beslutningen om oppstart av et forsøk:

- Utkast til nødvendig vedtekter (regelverk) for forsøket, herunder krav til ledelse av teamet

Utformingen av regelverket bør ta utgangspunktet i dagens fastlegeforskrift. Det må vurderes om reguleringen i helhet skal løftes opp på praksisnivå eller om krav til praksisene skal komme i tillegg til dagens krav til den enkelte fastlege. I tillegg må det vurderes hvilke krav som skal forskriftsfestes og hvilke som eventuelt skal reguleres i avtale (praksisnivå, evt. også individuelle avtaler).

- Utkast til minst to alternative modeller for finansiering av primærhelseteam (utforming av modell må bidra til å nå målsetningene med å organisere tjenestetilbudet i primærhelseteam):
 - En videreutvikling av dagens modell med stykkprisfinansiering (om lag 30/70), men der man i tillegg vurderer:
 - Finansiering av forebyggende tjenester sett opp mot dagens finansiering
 - Finansiering av annet personell i praksisen (lønnstilskudd eller takster)
 - Aktuelle modeller fra andre land.
- Omfang av forsøket – hvor mange praksiser og kommuner bør inngå og hvor lenge bør forsøket pågå
- IKT-løsninger for å fasilitere teamarbeid
- Opplegg for evaluering – hvilke indikatorer skal det måles på, og hvordan bør evalueringen gjennomføres?

For å kunne ta stilling til hvilke modeller for finansiering av forsøket med primærhelseteam må økonomiske og administrative konsekvenser av de ulike elementene være grundig belyst.

Rammer for forsøket

Departementet ber direktoratet legge følgende føringer til grunn ved utredning et forsøk med primærhelseteam:

- Deltakelse er frivillig for kommuner og fastlegerpraksiser.
- Teamet skal i størst mulig grad sammen være ansvarlige for de tjenester som skal tilbys, men ledelse av både teamet og praksisen må være tydelig. Leder skal være lege.
- Finansiering av primærhelseteamet må bidra til at oppgaver som i dag i utføres i for liten grad blir prioritert i tilstrekkelig grad (jf. målsetningen med organisering i primærhelseteam):
 - Oppfølging av brukere med store og sammensatte behov (inkl hjemmebesøk)
 - Tettere oppfølging og opplæring av brukere med kroniske lidelser (ev. i form av gruppetilbud)
 - Samhandling med andre deler av kommunal tjenester og spesialisthelsetjenesten
 - Mer forebyggende arbeid
- Befolkningens rett til en fast lege videreføres
- Listeansvar videreføres enten gjennom videreføring av fastlegenes individuelle listeansvar, ved felleslister eller ved et samlet populasjonsansvar for praksisen.
- Primærhelseteamet skal kunne drives som selvstendig næringsvirksomhet.
- Sykepleieren skal være ansatt i praksisen
- Forsøket skal evalueres fortløpende og etter at forsøket er gjennomført. Helsedirektoratet skal foreslå hvilke elementer som bør følges. Evalueringen må blant annet vurdere:
 - Brukertilfredshet
 - Samlet oppfølging av brukere med store og sammensatte behov

- Endringer i omfanget av pasientopplæring og egenmestring for brukere med kronisk sykdom
- Omfang av forebygging

Deltakelse, varighet og frister

Helsedirektoratet må under utarbeidelse av skissen for forsøket ha dialog med representanter for brukere, Legeforeningen, Sykepleierforbundet og KS. I denne sammenheng kan brukere være pasienter, pårørende, personell i tjenesten (helsesekretærer), ledelse og administrasjon i kommunene.

En overordnet skisse for ulike modeller skal forelegges for Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. november 2016. HOD vil på bakgrunn av denne utredningen avklare hvilke(n) modell som man skal gå videre med. Detaljplanleggingen av forsøket vil skje i 2017. Planlagt oppstart av forsøket er fra 1. januar 2018.

Departementet vil komme tilbake til spørsmålet om finansiering knyttet til oppdraget i tildelingsbrevet for 2017.

2. Forslag til mandat for utredning av mulige modeller for organisering og finansiering av spesialist-tannhelsetjenester primært for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven

I høringsnotat om oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv., om blant annet lovfesting av overføring av tannhelsetjenesteansvaret fra fylkeskommunene til kommunene, foreslås det at ansvaret for av spesialisttannhelsetjenester også overføres kommunene. Pkt. 5.19.5 drøfter særskilt spørsmålet om finansiering av spesialisttannhelsetjenester i et kommunalt forvaltningsansvar. Et sentralt hensyn er at flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen i forbindelse med behandlingen av *Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*, jf. Innst. 333 S (2014-2015) hadde følgende merknad:

"Regjeringen må vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansemiljøene i regionale kompetansesentre og i spesialisttannhelsetjenesten."

Det vises særskilt til omtalen og vurderingene i hhv pkt 5.3.3, 5.8.3, 5.19.5 og 5.22.3 angående spesialisttannhelsetjenester.

Helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide forslag til et mandat for en utredning av mulige modeller for organisering og finansiering av spesialisttannhelsetjenester primært for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Modellene må bidra til å sikre videreføring av eksisterende kompetansemiljøer i de regionale odontologiske kompetansesentre og av øvrige spesialisttjenester i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten ved en overføring av tannhelsetjenesten til kommunene. Utredningsmandat vil bli fastsatt av departementet. Det er forutsetning at Helsedirektoratet skal sørge for at utredningsoppdraget blir gjennomført, enten av direktoratet selv, eller med bistand gjennom ekstern bistand, for eksempel i form av anskaffelse.

Det er aktuelt at oppdraget inndeles i to trinn; først en kartlegging og vurdering av dagens spesialisttjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, som blant annet:

- Hvordan organiseres og finansieres spesialisttjenester til innbyggere med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i den enkelte fylkeskommune
- Praksis for henvisning, i hvilken grad er det utarbeidet retningslinjer eller kriterier for henvisning
- I hvilken grad anser direktoratet at det er et under- eller overforbruk av henvisninger til spesialisttannhelsetjenester
- Omfang av utredning og spesialistbehandling for andre pasientgrupper og betalende voksne ved kompetansesentrene/fylkeskommunale spesialistklinikker
- Andre forhold av betydning, for eksempel spesialistenes involvering i rådgivning, veiledning, fagstøtte til allmennklinikkene, praksisnær forskning, spesialistutdanning av tannleger mv.
- Organisering og finansiering av narkosebehandling

På grunnlag av kartleggingen i trinn en, utrede alternative modeller for organisering og finansiering av spesialisttannhelsetjenester som ved overføring av tannhelsetjenesten til kommunene både sikrer nødvendig spesialisthjelp til innbyggere med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og eventuelt andre grupper, og sikrer videreføring av de aktuelt kompetansemiljøer mv.

Utredningens trinn 2 må være slutført innen utgangen av 2017.

Med vennlig hilsen

Maren Skaset (e.f.)
avdelingsdirektør

Magnus Malmgren
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Kartlegging vedrørende spesialisttannhelsetjenester

Din identitet vil holdes skjult.

[Les om retningslinjer for personvern.](#) (Åpnes i nytt vindu)

1) Antall offentlig ansatte tannlegespesialister i ditt fylke totalt, oppgi i årsverk

	0	0,1-0,5	0,6-1,0	1,1-1,5	1,6-2	2+
Pedodonti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oral kirurgi og medisin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Periodonti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Protetikk og bittfunksjon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Endodonti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kjeve- og ansiktsradiologi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Multidisiplinær odontologi (tidligere klinisk odontologi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2) Dersom regionalt odontologisk kompetansesenter (heretter ROK) er geografisk plassert i ditt fylke, oppgi årsverk av offentlig ansatte tannlegespesialister ved senteret

	0	0,1-0,5	0,6-1,0	1,1-1,5	1,6-2	2+
Pedodonti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oral kirurgi og medisin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Periodonti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Protetikk og bittfunksjon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Endodonti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kjeve- og ansiktsradiologi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Multidisiplinær odontologi (tidligere klinisk odontologi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3) Hvor arbeider de offentlig ansatte tannlegespesialister i fylket? Flere valg mulig

☐ Fylkeskommunal klinikk

☐ ROK

☐ Sykehus

☐ Annet, spesifiser her:

4) På en skala fra 1 til 6, hvor tilfredsstillende er spesialisttannhelsetjenester dekket i fylket?

☐ 1 Svært lite tilfredsstillende ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Svært tilfredsstillende

5) På en skala fra 1 til 6, hvor tilfredsstillende er spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven dekket i fylket?

☐ 1 Svært lite tilfredsstillende ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Svært tilfredsstillende

6) Hvorfor er spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven mindre tilfredsstillende dekket i fylket og hva er konsekvensene av dette?

7) Er det planlagt tiltak for å oppnå mer tilfredsstillende dekning av spesialister? Hvis Ja; beskriv hvordan

8) Hva er årsaken til stor grad av tilfredsstillende spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i fylket?

Økonomi

9) Totale sum av lønnskostnader, inkludert sosiale utgifter i 2016 til egne ansatte spesialister - unntatt kjeveortopedi, men inkludert multidisiplinær odontologi (kun tall i feltet)

10) Hvor henvises prioriterte pasienter som ikke behandles av egne ansatte tannlegespesialister? Flere valg mulig

☐ Offentlig ansatte spesialister i annet fylke

☐ Offentlig ansatte spesialister ved ROK

☐ Private spesialister

☐ Odontologiske utdanningssteder

☐ Andre løsninger

11) Hvis det henvises til andre instanser enn egne ansatte tannlegespesialister, oppgi kostnaden totalt for 2016. (kun tall i feltet)

12) Dersom det faktureres for kjøp av spesialisttannhelsetjenester (også internt i fylket) fra f.eks. ROK eller privatpraktiserende spesialist, hvor sendes regningen? Flere valg mulig

☐ Ikke aktuelt i vårt fylke

☐ Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten sentralt

☐ Det enkelte tannhelsedistrikt

☐ Tannklinikken det henvises fra

☐ Andre, spesifiser her:

13) Totalt antall henvisninger i 2016 til fylkeskommunalt ansatte tannlegespesialister - unntatt kjeveortopedi, men inkludert multidisiplinær odontologi. Gjelder ikke henvisninger til ROK. (kun tall i feltet)

14) Eksisterer samarbeid med andre og/eller avtaler som gjelder spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i fylket?

☐ Ja

☐ Nei

15) Eksisterer retningslinjer eller kriterier i fylket, f.eks. faglige eller økonomiske, for henvisning til tannlegespesialist?

☐ Ja

☐ Nei

16) Utføres spesialistutredning og -behandling av voksent betalende klientell ved fylkeskommunale tannklinikker i fylket?

☐ Ja

☐ Nei

17) Eksisterer avtale(r) om tannbehandling i narkose i fylket?

☐ Ja

☐ Nei

18) Eksisterer retningslinjer eller kriterier for henvisning til og prioritering av pasienter til tannbehandling i narkose i fylket?

☐ Ja

☐ Nei

19) Beskriv samarbeid med andre og/eller avtaler som gjelder spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven

20) Beskriv retningslinjer eller kriterier, f.eks. faglige eller økonomiske, for henvisning til tannlegespesialist

21) Om mulig, beskriv omfang av spesialistutredning og -behandling av voksent betalende klientell ved fylkeskommunale tannklinikker i fylket, unntatt ROK.

22) Beskriv kort avtale(r) om tannbehandling i narkose i fylket.

23) Beskriv kort retningslinjer eller kriterier for henvisning til og prioritering av pasienter til tannbehandling i narkose.

24) Hvordan er tannbehandling i narkose organisert i fylket?

25) Hvordan er tannbehandling i narkose i fylket finansiert?

0/4000

26) Hvor mange pasienter med rettigheter etter tannhelsesloven ble henvist til behandling i narkose i 2016? (kun tall i feltet)

27) Hva er gjennomsnittlig ventetid for tannbehandling i narkose i fylket per i dag? (kun tall i feltet)

28) På en skala fra 1 til 6, hvor tilfredsstillende er tilgangen til tannbehandling i narkose i fylket?

☐ 1 Svært lite tilfredsstillende ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Svært tilfredsstillende

29) Kan du uttdype hvorfor tilgangen til tannbehandling i narkose i fylket er mindre tilfredsstillende?

0/4000

30) Andre tilbakemeldinger

Kartlegging vedrørende spesialisttannhelsetjenester - ROK

1) Antall ansatte tannlegespesialister ved ditt kompetansesenter, oppgi i årsverk.

	0	0,1-0,5	0,6-1,0	1,1-1,5	1,6-2	2+
Pedodonti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oral kirurgi og medisin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Periodonti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Protetikk og bittfunksjon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Endodonti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kjeve- og ansiktsradiologi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Multidisiplinær odontologi (tidligere klinisk odontologi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2) Antall ansatte tannlegespesialister ved ditt kompetansesenter, oppgi i antall spesialister.

	0	1	2	3	4+
Pedodonti	☐	☐	☐	☐	☐
Oral kirurgi og medisin	☐	☐	☐	☐	☐
Periodonti	☐	☐	☐	☐	☐
Protetikk og bittfunksjon	☐	☐	☐	☐	☐
Endodonti	☐	☐	☐	☐	☐
Kjeve- og ansiktsradiologi	☐	☐	☐	☐	☐
Multidisiplinær odontologi (tidligere klinisk odontologi)	☐	☐	☐	☐	☐

3) Estimat av andel av totalaktivitet (pasientbehandling, forskning, veiledning, utdanning etc.) ved ROK, som går med til spesialistbehandling av pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Oppgi i prosent

☐ 0 %
 ☐ 10
 ☐ 20
 ☐ 30
 ☐ 40
 ☐ 50
 ☐ 60
 ☐ 70
 ☐ 80
 ☐ 90
 ☐ 100 %

4) Hvor mange av spesialistene ved ROK har dobbelkompetanse per spesialitet?

	0	1	2	3	4+
Pedodonti	☐	☐	☐	☐	☐
Oral kirurgi og medisin	☐	☐	☐	☐	☐
Periodonti	☐	☐	☐	☐	☐
Protetikk og bittfunksjon	☐	☐	☐	☐	☐
Endodonti	☐	☐	☐	☐	☐
Ansikts- og kjeveradiologi	☐	☐	☐	☐	☐
Multidisiplinær odontologi (tidligere klinisk odontologi)	☐	☐	☐	☐	☐

5) Estimert andel av spesialiststilling som går med til rådgivning/fagstøtte (per telefon, kurs, hospitering) per spesialitet. Oppgi i stillingsprosent.

	0-10	11-20	21-30	31-40	40+
Pedodonti	☐	☐	☐	☐	☐
Oral kirurgi og medisin	☐	☐	☐	☐	☐
Periodonti	☐	☐	☐	☐	☐
Protetikk og bittfunksjon	☐	☐	☐	☐	☐
Endodonti	☐	☐	☐	☐	☐
Ansikts- og kjeveradiologi	☐	☐	☐	☐	☐
Mulidisiplinær odontologi (tidligere klinisk odontologi)	☐	☐	☐	☐	☐

6) Antall epikriser for spesialisttjenester, unntatt kjeveortopedi, men inkludert multidisciplinær odontologi i 2016. Om mulig oppgi antall per spesialitet. (oppgi kun tall i feltene)

Pedodonti	
Oral kirurgi og medisin	
Periodonti	
Protetikk og bittfunksjon	
Endodonti	
Ansikts- og kjeveradiologi	
Mulidisiplinær odontologi	
Total	

7) Anslag på antall mottatte henvisninger fra de ulike fylker til kompetansesenteret

	21-		
	0-20	200	200+
Akershus	☐	☐	☐
Aust-Agder	☐	☐	☐
Buskerud	☐	☐	☐
Finnmark	☐	☐	☐
Hedmark	☐	☐	☐
Hordaland	☐	☐	☐
Møre og Romsdal	☐	☐	☐
Nordland	☐	☐	☐
Nord-Trøndelag	☐	☐	☐
Oppland	☐	☐	☐
Oslo	☐	☐	☐
Rogaland	☐	☐	☐
Sogn og Fjordane	☐	☐	☐
Sør-Trøndelag	☐	☐	☐
Telemark	☐	☐	☐
Troms	☐	☐	☐
Vest-Agder	☐	☐	☐
Vestfold	☐	☐	☐
Østfold	☐	☐	☐

8) Har kompetansesenteret samarbeid eller avtaler med andre aktører vedrørende spesialisttannhelsetjenester til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Flere valg mulig

- ☐ Offentlige spesialisttannklinikker
- ☐ Private spesialisttannklinikker
- ☐ Universitet
- ☐ Sykehus
- ☐ Andre, spesifiser her:

9) Hvis dere har et slikt samarbeid eller avtale, beskriv dette:

10) Estimert antall årsverk av ROK² ets tannlegespesialister benyttet i forskningsprosjekter (kun tall i feltet).

11) Estimert antall tannlegespesialist-årsverk som veileder i spesialistutdanning, per spesialitet, samlet ved kompetansesenter

	0	0,1-0,5	0,6-1,0	1,1-1,5	1,6-2	2+
Pedodonti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oral kirurgi og medisin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Periodonti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Protetikk og bittfunksjon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Endodonti	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ansikts- og kjeveradiologi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mulidisiplinær odontologi	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12) Utføres spesialistutredning og -behandling av voksent betalende klientell ved ROK?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

13) Tilbys tannbehandling i narkose i regi av ROK?

- ☒ Ja
- ☐ Nei

14) Oppgi omfang av spesialistutredning og -behandling av voksent betalende klientell ved ROK. Oppgi i årsverk.

- ☐ 0
- ☐ 0,1-0,5
- ☐ 0,6-1,0
- ☐ 1,1-1,5
- ☐ 1,6-2
- ☐ 2+

15) Anslå andel i prosent av alle henvisninger til ROK som mottas fra privat praksis.

☐ 0

☐ 1-10

☐ 11-20

☐ 21-30

☐ 30+

16) Eksisterer retningslinjer eller kriterier for henvisning til og prioritering av pasienter til tannbehandling i narkose ved ROK?

☐ Ja

☐ Nei

17) Hvordan er tannbehandling i narkose organisert og finansiert ved ROK?

18) Hvor mange behandlinger i narkose ble utført ved ROK i 2016? (oppgi kun tall i feltet)

19) Hvor lang gjennomsnittlig ventetid er det for behandling i narkose ved ROK per i dag?

20) Er det planer om å tilby tannbehandling i narkose i regi av ROK?

21) Beskriv kort retningslinjer eller kriterier for henvisning til og prioritering av pasienter til tannbehandling i narkose ved ROK.

22) Andre tilbakemeldinger

Publisert

12/2018

Helsedirektoratet

PostadressePb. 7000 St Olavs plass, 0130
Oslo**Besøksadresse**

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050**Faks** 24 16 30 01www.helsedirektoratet.no