

# Forslag til endringer etter evaluering av tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO)

---

Først publisert: 27.09.2023

Sist faglig oppdatert: 27.09.2023





# Innhold

|  |    |
|--|----|
| 1. Forord .....  | 4  |
| 2. Innledning .....  | 5  |
| 3. Oppsummering og Helsedirektoratets anbefalinger .....                                 | 7  |
| 4. Pasientforløpet i TOO-tilbudet felles kriterier for hele<br>behandlingsforløpet ..... | 10 |
| 5. Vurdering av de ulike gruppene i TOO-ordningen .....                                  | 16 |
| 6. Vurdering av utfordringer knyttet til ventetider .....                                | 20 |
| 7. Samarbeid med tannleger i privat sektor .....   | 27 |
| 8. Om finansiering av ordningen .....  | 30 |
| 9. Rapportering på TOO-ordningen .....   | 33 |
| 10. Normerende produkter .....   | 35 |
| 11. Vedlegg .....  | 37 |

---

# Forord

Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag å vurdere endringer i det tverrfaglige psykolog- og tannhelsetilbudet til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO-tilbudet) basert på funn og anbefalinger beskrevet i [evalueringsrapport fra 2021](#). Helsedirektoratet har blitt bedt om å ha dialog og samarbeid med relevante aktører i dette arbeidet. På sikt er Helsedirektoratet også bedt om å vurdere behov for å utarbeide et nasjonalt normerende produkt.

Denne rapporten beskriver Helsedirektoratets forslag til endringer i TOO-tilbudet og i den tilhørende tilskuddsordningen. Endringsforslagene baserer seg på funn i evalueringsrapporten og er arbeidet frem etter innspill fra og i samarbeid med representanter fra fylkeskommunal tannhelsetjenesten, de regionale odontologiske kompetansesentrene, Den norske tannlegeforening (NTF), Norsk Tannpleierforening (NTpF), Norsk Psykologforening (NPF), fagmiljøet og brukerrepresentanter.

Ledere i fylkeskommunal tannhelsetjenesten har gitt innspill til hvordan tilbudet oppleves fra deres ståsted med utgangspunkt i de problemstillingene som skal drøftes i oppdraget. Svarene fra de ulike fylkene er lagt ved rapporten.[1]

## Fotnoter

[1] Fylkene Troms, Møre og Romsdal og Oslo har ikke gitt innspill. Vestfold og Telemark stiller seg bak Vikens synspunkter.

---

# Innledning

I 2012 startet oppbygging av et tverrfaglig tannhelsetilbud til personer over 20 år som har vært utsatt for tortur, overgrep eller som har odontofobi, TOO. Tilbudet ble gitt ved de regionale odontologiske kompetansesentrene og skulle ha til hensikt å hjelpe pasientene til å mestre tannbehandling. Tilbudet ble i 2016 utvidet til også å omfatte fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Tilbudet har siden oppstart vært finansiert av tilskuddsmidler forvaltet av Helsedirektoratet.

TOO-tilbudet er i dag et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud hvor psykolog og tannhelsepersonell tilbyr individrettet angstbehandling til personer som har vært utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. Målet er å redusere angsten slik at pasienten blir i stand til å motta tannbehandling. I henhold til tilskudsregelverket (se vedlegg) skal inkluderte pasienter ha vederlagsfri nødvendig tannhelsehjelp frem til tannsettet er rehabilitert og vedkommende mestrer behandling innen ordinær tannhelsetjeneste. Etter rehabilitering av tannsettet skrives pasienten ut av TOO-tilbudet, og retten til vederlagsfri nødvendig tannhelsehjelp opphører.

Tilskuddsordningen finansierer tilbudet til voksne som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Samtidig er det forventet at fylkeskommunal tannhelsetjenesten gir et lignende tilbud til personer som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller Stortingets budsjettvedtak, og som trenger det.

Helsedirektoratet fikk i 2020 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å evaluere TOO-tilbudet. Målet var å få kunnskap om i hvilken grad tilbudet har fungert i henhold til intensjonen. Evalueringen ble foretatt av eksternt evaluatør, Price Waterhouse Coopers (PWC), som leverte sin rapport medio 2021.

Av evalueringsrapporten fremgår at TOO-tilbudet "fremstår som et viktig tilbud for personene i målgruppen. Behandlingen gir pasientene bedre tannhelse, hjelper pasientene med å mestre utfordringene de har med å gå til tannlege og det har positive ringvirkninger til andre deler av livet". Evalueringen har også avdekket flere forhold i TOO-tilbudet som bør følges opp. Blant annet er det behov for mer enhetlig praksis, og spesielt er det bemerket at det er stor grad av variasjon når det gjelder ventetider.

Denne rapport beskriver Helsedirektoratets oppfølging av evalueringen og anbefalinger om endringer i TOO-tilbudet.

Helsedirektoratet nedsatte en arbeidsgruppe og en referansegruppe, og har i perioden fra juni 2022 til februar 2023 hatt ni møter med arbeidsgruppen og tre møter med referansegruppen. I tillegg har det vært egne møter med enkeltmedlemmer eller grupper av medlemmer for å sikre forståelse og ivaretagelse av disses synspunkter. Arbeidsgruppen har drøftet utfordringer med dagens tilbud og diskutert mulige tiltak for at tilbudet fremover skal bli enhetlig og likeverdig. Både arbeids- og referansegruppe har vært rådgivende for Helsedirektoratet. Anbefalinger som kommer frem i rapporten er Helsedirektoratets.

## Tannhelseutvalget

Regjeringen oppnevnte i 2022 et offentlig utvalg tannhelseutvalget som skal foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket inkludert regulering og rettigheter. Utvalget er bedt om å innhente og trekke erfaringer fra ulike prosjekter og utviklingsarbeid som har vært gjennomført i tannhelsetjenesten de siste årene, deriblant TOO-tilbudet. Dette inkluderer vurdering av om sårbare grupper skal gis rettigheter til tannhelsehjelp, noe som kan være aktuelt for gruppene som omtales i denne rapporten.

Utvalget er bedt om å vurdere behov for justeringer i innretningen av aktuelle tiltak. Denne rapporten kan brukes som underlag når utvalget skal gjennomgå, vurdere og foreslå endringer i lovverket knyttet til rettigheter. Utvalget skal levere sin utredning (NOU) innen juni 2024.

---

# Oppsummering og Helsedirektoratets anbefalinger

Det overordnede målet for TOO-tilbudet bør være at [personer i målgruppen](#) får et likeverdig tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud uavhengig av hvor i landet de befinner seg [2], inkludert et tilbud om nødvendig tannhelsehjelp[3].

Helsedirektoratet anbefaler en rekke endringer. De viktigste er kort oppsummert nedenfor. Alle anbefalinger er utdypet i rapporten.

## For å tydeliggjør kriterier og rammer for behandlingen, anbefaler Helsedirektoratet at

- det innføres krav om henvisning til TOO-tilbudet ([kap. 1.1.](#))
- det i tillegg til [dagens inklusjonskriterier](#) innføres presiseringer og avgrensninger ([kap. 2.3.](#)):
  - det forutsettes vesentlige vansker med å motta tannbehandling på grunn av angst i tannbehandlingssituasjonen
  - det forutsettes eget ønske om psykologisk behandling for sin manglende mestring eller angst i forbindelse med tannbehandlingssituasjonen
  - det forutsettes evne til å nyttiggjøre seg behandlingsmetodikken og/eller den tilrettelagte tannbehandlingen
  - det er mulig å avslutte behandlingsforløpet for pasienter som ikke nyttiggjør seg tilbudet
- det presiseres ([kap. 1.4.](#)) at pasientene skrives ut av TOO-tilbudet når de har
  - gjennomført et forløp hos tverrfaglig behandler-team[4] (inkl. ev. oppfriskningstimer)
  - mottatt nødvendig tannhelsehjelp[5] – i noen tilfeller vil tannbehandlingen måtte gjennomføres i narkose
- pasienter som skrives ut av tilbudet fordi de ikke nyttiggjør seg behandlingen, informeres om muligheten til å søke seg tilbake til tilbudet når eller hvis det blir aktuelt ([kap. 1.4.](#))
- omfanget av tannhelsetilbudet skal basere seg på en individuell vurdering av den enkeltes behov ([kap. 1.4.](#))
- nødvendig forebygging og behandling skal følge den standard fylkeskommunen legger til grunn for nødvendig tannhelsehjelp til de prioriterte gruppene etter lov om tannhelsetjenesten og Helsedirektoratets veileder God klinisk praksis i tannhelsetjenesten ([kap. 1.4.](#))
- prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet[6] legges til grunn for fortløpende vurdering av hastegrad ([kap. 3.4.](#)).

## For en mer enhetlig praksis anbefaler Helsedirektoratet at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og de regionale odontologiske kompetansesentrene

- i et forpliktende samarbeid reviderer, oppdaterer og implementerer eksisterende faglige veiledere for tverrfaglig behandler-team og for tannbehandler-team[7], utarbeidet av TOO-koordineringsgruppe[8] og TOO-faggruppe[9] ([kap. 7.](#)) basert på presiseringer i tilskudsregelverket og denne rapporten, inkludert det beskrevne pasientforløpet ([kap. 1.](#))
- gjennomfører systematisk kalibrering av anbefalingene som gis i God klinisk praksis i tannhelsetjenesten ([kap. 1.4.](#)).

## For reduksjon av ventetider anbefaler Helsedirektoratet at

- den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og de regionale odontologiske kompetansesentrene i større grad inngår avtaler med private leverandører av narkosetjenester med tanke på å redusere ventetider for tannbehandling i narkose ([kap. 3.2.](#))

- den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og de regionale odontologiske kompetansesentrene i større grad inngår avtaler med tannleger i privat sektor der de ikke selv klarer å etablere et tilfredsstillende tilbud ([kap. 4.](#)).

### **Vedrørende rapportering foreslår Helsedirektoratet at**

- tilskuddsregelverket og rapporteringskrav forenkles, og det foretas nødvendige presiseringer i tilskuddsregelverket knyttet til pasientforløpet, inkludert nivå for behandling av tannsettet ([kap. 6.](#))
- det legges til rette i elektronisk pasientjournal (EPJ) for registrering av tannhelsedata og ventetider for pasienter i TOO-pasientforløpet slik at data kan genereres ved hjelp av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ([kap. 6.](#))
- de regionale odontologiske kompetansesentrene bygger opp ytterligere kompetanse innen helseregisterforskning for på sikt å kunne nytte data fra KPR til å skaffe mer informasjon om dette tilrettelagte tannhelsetilbudet ([kap. 6.](#)).

### **Helsedirektoratet peker på følgende problemstillinger som det er vesentlig å få en avklaring på, men som faller utenfor dette oppdraget**

Fremtidig finansiering: det bør vurderes om finansieringen av TOO-tilbudet på sikt bør legges om slik at det blir en permanent og forutsigbar situasjon – både for pasientgruppene og for virksomhetene som i dag er tilskuddsmottakere. Helsedirektoratet anbefaler at det vurderes om overføring til rammefinansiering, ev. øremerket rammefinansiering, vil bidra til å sikre utbygging av tilbudet slik at befolkningens behov og krav om akseptable ventetider møtes ([kap. 5.1.](#)).

Rettigheter for pasientene i TOO-ordningen: det bør vurderes om gruppene i TOO-tilbudet skal gis rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller eventuelt i folketrygdens stønad til tannbehandling ([kap. 2.1.](#)).

## **Fotnoter**

[2] Jf. lov om pasient- og brukerrettigheter § 1-1 og St.meld. nr. 26 (1999–2000) Om verdier for den norske helsetenesta. Meldingen slås fast at det ukrenkelige menneskeverdet er den grunnleggende verdien for tjenesten. Videre står likhet, rettferdighet, likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet, faglig forsvarlighet, menneskeverd og solidaritet med de svakest stilte sentralt.

[3] Jf. [God klinisk praksis i tannhelsetjenesten](#) som sier at begrepet tannhelsehjelp omfatter, i tillegg til undersøkelse og behandling, også forebygging. Nødvendig tannbehandling er den informasjon og behandling som skal til for at enkeltpersoner kan oppnå og selv bidra til å opprettholde akseptabel oral helse.

[4] Tverrfaglig behandlersteam består av psykolog, tannlege, tannhelsesekretær og ev. annet tannhelsepersonell.

[5] Jf. [God klinisk praksis i tannhelsetjenesten](#).

[6] Dette vil være i tråd med Meld. St. 38 (2021) der det er vedtatt av kriteriene gjelder for hele helsetjenesten.

[7] Tannbehandlersteam består av tannhelsepersonell som har særskilt kompetanse for å ivareta pasientgruppen.

[8] TOO-koordineringsgruppe består av en representant fra hver av de fem regionale odontologiske kompetansesentrene, to representanter fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og to representanter fra TOO-faggruppen. Gruppen konstituerer seg selv.



[9] TOO-faggruppe består av en representant fra hver av de fem regionale odontologiske kompetansesentrene og to medlemmer fra relevant fagmiljø.

# Pasientforløpet i TOO-tilbudet felles kriterier for hele behandlingsforløpet

I rapporten benyttes begrepet pasientforløp selv om det ikke finnes et nasjonalt normerende produkt knyttet til tilbudet.

Pasientforløpet forstås som

«En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode» [10]

Et pasientforløp er dermed en tidslinje for et helhetlig forløp fra første kontakt med helsetjenesten om et spesifikt helseproblem eller en ny henvendelse om et tidligere overstått helseproblem og fram til siste kontakt knyttet til det aktuelle behovet. En person kan ha flere helseproblemer samtidig.

I evalueringen ble det identifisert behov for et mer enhetlig pasientforløp i TOO-tilbudet. Helsedirektoratet har på bakgrunn av evalueringsrapporten, faglige veiledere utarbeidet av TOO-koordineringsgruppe og TOO-faggruppe, samt innspill fra arbeidsgruppen beskrevet et sømløst pasientforløp i denne rapporten. Følges dette og innføres de anbefalte endringene vil tilbudet trolig bli mer enhetlig og likeverdig, allerede fra før første kontakt mellom pasient og tilbudet, til etter at tilbudet er avsluttet for pasienten.

Helsedirektoratet anbefaler at pasientforløpet beskrevet i punktene under gjøres gjeldende for TOO-tilbudet.

## Fotnoter

[10] [Helhetlige pasientforløp - Helsedirektoratet](#)

### 1.1

## Henvisning

Helsedirektoratet foreslår å innføre krav om skriftlig henvisning til tilbudet fra helsepersonell som for eksempel tannlege, tannpleier, lege eller psykolog eller andre pasienten er i kontakt med.

TOO-tilbudet er et avansert tverrfaglig tilbud som involverer flere behandlere med særskilt kompetanse i ulike team, og som for mange pasienter vil være et langvarig forløp med omfattende helsehjelp og kostbar rehabilitering av tannsettet.

Forslaget om henvisningskrav støttes av en samlet arbeidsgruppe.

Med en skriftlig henvisning får ansatte i TOO-tilbudet mer kunnskap om pasienten, dennes fysiske og psykiske helse, samtidig som at kommunikasjon og samarbeid med annet helsepersonell – som f.eks. fastlege, psykolog, spesialisthelsetjeneste – om et helhetlig tilbud og oppfølging av pasienten sikres. Særlig er dette viktig for de sykeste pasientene.

Et krav om skriftlig henvisning vil i tillegg kvalitetssikre ventelistene, bidra til god faglig oppfølging av den enkelte pasient og vil trolig bidra til å styrke dennes motivasjon og evne for å gjennomføre behandlingen. En bieffekt kan være at ventelistene reduseres.

Situasjonen i dag er at pasienten selv kan henvende seg for å bli satt på venteliste. I arbeidsgruppen er det pekt på at det kan være ressurskrevende å få kontakt med pasientene når det blir deres tur. Med krav om henvisning kan henviser kontaktes dersom pasienten ikke responderer eller uteblir fra avtaler. Henviser kan bidra til å få etablert kontakt med pasient eller informere om endringer som gjør henvisningen uaktuell (gjelder f.eks. pasienter som flytter eller som har fått andre store belastninger som gjør at TOO-løpet på det gitte tidspunktet er uaktuelt).

Krav om henvisning vil trolig bidra til både forutsigbarhet og god oppfølging. Med krav om henvisning følger en plikt til å vurdere henvisningen, informere om eventuell ventetid, samt til å sende epikrise til henviser. Med henvisning kan også hastegrad og pasientens behandlingsbehov vurderes, slik at det er mulig å foreta [nødvendige prioriteringer](#).

Referansegruppen peker på at krav om henvisning er uheldig idet terskelen for å søke seg til tilbudet heves. Tilbudet vil bli vanskeligere tilgjengelig for noen fordi den det gjelder nødvendigvis ikke ønsker å fortelle fastlegen eller annet helsepersonell om bakgrunnen for at de kvalifiserer til tilbudet.

NTF støtter forslaget om henvisningskrav, selv om de er bekymret for at terskelen inn i tilbudet heves. NTF peker også på ansvaret som med krav om henvisning pålegges henvisende helsepersonell, hvis en pasient avsluttes fordi hen ikke kan nyttiggjøre seg tilbudet.

Arbeidsgruppen ser de samme utfordringene som referansegruppen med å innføre krav om henvisning, men mener at fordelene er så mange og store at de veier tyngre enn ulempene med å innføre henvisning. Dette begrunnes i at TOO-tilbudet ikke er et lavterskeltilbud, men et spesialisert behandlingstilbud ofte med komplekse symptombilder hos den som vurderes for tilbudet. Det kreves derfor mer informasjon om pasienten for å kunne gi rett hjelp på riktig nivå på et så tidlig tidspunkt som mulig. Hensikten med henvisning er å heve kvaliteten på hjelpen og få nødvendig informasjon, noe som kommer pasientene til gode.

Helsedirektoratets samlede vurdering er at fordelene med krav om henvisning overstiger ulempene, og anbefaler derfor at det innføres et krav om henvisning. Helsedirektoratet mener at det vil gi bedre pasientforløp – både med tanke på oppfølging underveis, spesielt dersom det oppstår utfordringer med oppmøte eller lignende, og i etterkant av gjennomført pasientforløp.

## Vurdering av henvisningen

Når en henvisning er mottatt vurderer psykolog om inklusjonskriteriene er oppfylt. I noen tilfeller må denne vurderingen foretas i inntaksmøte i tverrfaglig behandlerteam. Heretter bør pasienten motta informasjon om resultat av vurderingen og samtidig informeres om forventet tidspunkt for eventuell innkalling, hvordan hen forholder seg hvis det skulle oppstå behov for akutt tannbehandling i ventetiden, rutiner ved manglende fremmøte, mulighet for digital forberedelse og så videre. Pasienten bør også motta informasjon om at tilbudet avsluttes dersom det viser seg at hen ikke nyttiggjør seg tilbudet.

Helsedirektoratet har oppfattet at relasjon mellom pasienten og helsepersonellet er en viktig faktor for at pasienten skal føle seg trygg og forpliktet til å møte opp som avtalt. Selv om det er beskrevet som ressurskrevende å holde fortløpende kontakt med pasienten anbefaler Helsedirektoratet at rutinemessige

tiltak som virker relasjonsfremmende vurderes. I tillegg kan diverse skriftlig informasjon sendes til vedkommende. Slike tiltak kan etter Helsedirektoratets vurdering trolig bidra til å redusere manglende fremmøte og dermed også venteliste.

Dagens mål om maksimalt åtte uker fra henvisning til tidspunkt for vurderingssamtale, oppfylles ikke og det er svært lange ventetider flere steder. Krav om henvisning og presisering og avgrensninger i inklusjonskriteriene vil trolig medvirke til reduserte ventelister, noe som vil komme de som oppfyller inntakskriteriene til gode. Samtidig er krav til maksimal ventetid en viktig faktor for å gi et mest mulig likt tilbud i alle fylker.

Det er i arbeidsgruppen foreslått å endre målet om maksimal ventetid til 12 uker lik psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Helsedirektoratet anbefaler likevel at målet om maksimalt åtte ukers ventetid opprettholdes. Dette begrunnes i at personer som kvalifiserer til dette tilbudet ofte har stort tannbehandlingsbehov og at mange allerede har gått lenge uten å motta tannbehandling.

## Forslag til henvisningsrutiner

Med krav om henvisning bør det innføres en henvisningsveileder. Denne bør inneholde informasjon om TOO-tilbudet og inklusjonskriteriene, samt hvem som kan henvise til tilbudet. Henvisningen bør inneholde:

- pasientens personalia
- eventuelle rettigheter i fylkeskommunal tannhelsetjeneste
- hvilket inklusjonskriterium som ligger til grunn for henvisningen
- kort informasjon om eventuelle vansker i tannbehandlingssituasjonen
- kort beskrivelse av den orale helsen og eventuelle smerter/infeksjoner i munnen
- fysisk helse og eventuelt medikamentbruk
- henviser sin kontakinformasjon, og bekreftelse på at pasienten er kjent med behandlingsforløpet, kan forplikte seg til det og vurderes som motivert for å delta.

Krav om henvisning og bruk av henvisningsveileder kan gi mer enhetlig praksis knyttet til vurdering og inntak av pasienter i tilbudet. Det blir også mulig med en mer aktiv tilnærming til pasienter som står på venteliste, ventelisten blir mer reelle enn det som kan være tilfelle i dag, og sikrer at pasientene har kunnskap om hvilket behandlingstilbud de er henvist til.

Helsedirektoratet anbefaler at rutiner for henvisning innarbeides i forbindelse med revisjon av TOO-tilbudets egne eksisterende veiledere ([kap. 1.3.](#)).

### 1.2

## Vurderingssamtale med psykolog

Her vurderer psykolog igjen om inklusjonskriteriene er oppfylt, samt om pasienten er motivert, kan forplikte seg til behandlingsopplegget og er i stand til å ta imot tilbudet. Det kan være tidspunkter hvor livssituasjonen tilsier at behandling i det tverrfaglige TOO-tilbudet ikke vil kunne gjennomføres, eller det kan være psykiske diagnoser eller lidelser som bør behandles utenfor TOO-tilbudet først.

Pasientens behov kartlegges og det legges en plan for behandlingsløpet. Pasientgruppen er heterogen og har ulike behov. For eksempel kan noen pasienter i dag henvises direkte til tannbehandler-team, andre trenger eksponeringsterapi og andre igjen trenger tannbehandling i narkose før annen behandling kan iverksettes. Hvis de anbefalte tilleggskriteriene ([kap. 2.1.](#)) innføres, vil alle pasienter i tilbudet ha behov for behandling i tverrfaglig behandler-team.

Arbeidsgruppen har diskutert forslag om at det ved vurderingssamtalen også foretas en vurdering av hastegrad for å kunne gjøre eventuelle nødvendige prioriteringer. Det kan dreie seg om et umiddelbart behov for tannhelsehjelp, eller et presserende behov for samtaler med psykolog. Flere av medlemmene i arbeidsgruppen peker på at dette kan være vanskelig i praksis, og NTF stiller spørsmål ved om psykolog har kompetanse til å vurdere behovet for tannhelsehjelp.

Helsedirektoratet mener at psykolog, eventuelt i samarbeid med tannhelsepersonell, i forbindelse med vurderingssamtalen kan foreta en vurdering av om det er behov for rask konsultasjon hos tannlege på grunn av akutte symptomer fra tenner eller munnhule, som smerter, traumer, akutte infeksjoner og tilstander med infeksjonsrisiko, tilstander som ubehandlet vil medføre smerte eller infeksjon eller løse kroner, broer eller fyllinger.[11]

Helsedirektoratet anbefaler at psykolog i vurderingssamtalen spør om pasienten selv opplever å ha akutt behov for tannbehandling eller samtale med psykolog.

## Fotnoter

[1] Dette tilsvarer [tidlig helsekartlegging av asylsøker, flyktninger mm](#) og inntakstundersøkelser i fengsel, og foretas av annet helsepersonell enn tannhelsepersonell.

### 1.3

## Behandling i tverrfaglig behandlersteam og tannbehandlersteam

Når pasienten har vært til vurderingssamtale lages det en plan for behandlingen i tverrfaglig behandlersteam.

Ut ifra et psykologisk perspektiv er det et viktig poeng at det ikke er ventetid mellom vurderingssamtalen og oppstart i tverrfaglig behandlersteam. Helsedirektoratet foreslår at dagens mål om maksimalt fire uker opprettholdes, men at overføringen foregår sømløst.

Etter endt behandling i tverrfaglig behandlersteam henvises pasienten til tannhelsehjelp i tannbehandlersteam. Henvisningen inneholder momenter som er viktige å ta hensyn til i den videre behandlingen og inkluderer en mestringsplan som lages i samarbeid med pasienten.

Ikke alle nyttiggjør seg tilbudet og noen blir værende lenge i tilbudet, noe som betyr økte ventelister, og dermed lenger ventetid for nye pasienter.

Det foreslås derfor at det etter ca. et halvt år i tverrfaglig behandlersteam, foretas en vurdering av hvorvidt pasienten evner å nyttiggjøre seg tilbudet. Vurderingen foretas av psykolog og tannlege i samarbeid. Hvis vurderingen er at pasienten ikke nyttiggjør seg tilbudet, avsluttes forløpet.

Det foreslås også at det i det videre forløpet jevnlig foretas en vurdering av pasientens motivasjon for og evne til å nyttiggjøre seg tilbudet. Vurderingen foretas av psykolog og tannlege i samarbeid. Om nødvendig kan hen tilbakeføres til tverrfaglig behandlersteam for oppfriskningstimer, eller forløpet avsluttes.

En problemstilling er at pasientene som ikke nyttiggjør seg tilbudet og som av denne grunnen bør avsluttes, ikke har noe godt alternativ for tannhelsehjelp. Med krav om henvisning vil henviser motta

epikrise og dermed ha et ansvar for videre oppfølging av pasienten, eventuelt for å henvise videre til fastlege, et psykiatrisk tilbud eller psykologisk hjelp. Ved endringer i pasientens situasjon kan det på nytt henvises til TOO-tilbudet.

Det er utarbeidet faglige veiledere for tverrfaglig behandlerteam og tannbehandlerteam i regi av TOO-koordineringsgruppe og TOO-faggruppe, men disse er ikke implementert overalt i tannhelsetjenesten.

For å bidra til et mer enhetlig og likeverdig tilbud anbefaler Helsedirektoratet at de faglige veiledere utarbeidet av TOO-koordineringsgruppe og TOO-faggruppe tilpasses eventuelle endringer i tilbudet som følge av evalueringen og Helsedirektoratet sin tilrådning, og deretter implementeres.

## 1.4

# Vurdering av ferdigbehandlet

Jevnfør tilskuddsregelverket skal inkluderte pasienter ha gratis nødvendig tannhelsehjelp frem til tannsettet er rehabilitert og vedkommende mestrer behandling innen ordinær tannhelsetjeneste.

Det er altså to forhold som må vurderes:

- odontologisk: her følges God klinisk praksis i tannhelsetjenesten (2011), som setter standard for hva som er nødvendig tannhelsehjelp
- psykologisk: vurdering av om personen er i stand til å ta imot tannbehandling utenfor TOO-tilbudet.

I arbeidsgruppen er det pekt på at status "ferdigbehandlet" er vanskelig å fastsette, noe som betyr at mange blir gående i tilbudet. Hermed frigis ikke kapasitet til nye pasienter, og ventelistene bygger seg opp.

## Odontologisk

Når det gjelder selve tannhelsehjelpen og nivået på den, vises det til God klinisk praksis i tannhelsetjenesten og Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år (2019).

Veilederen God klinisk praksis i tannhelsetjenesten tar utgangspunkt i Helsedirektoratets definisjon av akseptabel oral helse, og vil gjelde også for TOO-tilbudet. Akseptabel oral helse innebærer at brukeren

- ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen
- har tilfredsstillende tyggefunksjon
- kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene.

Nødvendig tannhelsehjelp er den informasjon og behandling som skal til for at enkeltpersoner kan oppnå og selv bidra til å opprettholde akseptabel oral helse.

I arbeidet har det blitt nevnt at veilederen legger opp til stor grad av skjønn og dermed fører til variasjon i forståelse av når en pasient er å betrakte som ferdigbehandlet. Det har også blitt nevnt at veilederen kanskje er moden for revidering. Spesielt NTF gir uttrykk for at veilederen er for overordnet, utdatert og bør erstattes av et nytt produkt.

Helsedirektoratet mener at økt kalibrering i bruk av anbefalingene i God klinisk praksis i tannhelsetjenesten vil kunne utjevne ulik praksis og forståelse av hva som vil være et forsvarlig odontologisk behandlingsnivå.

I samtale med referansegruppemedlem har det også blitt påpekt at nivået for tannbehandling er individuelt og i stor grad basert på pasientens evne til å motta tannbehandling, og planen for dette må derfor av og til endres underveis i forløpet.

Også ledere i fylkeskommunal tannhelsetjeneste mener det nødvendig med en klargjøring av hvilket nivå rehabiliteringen av tannsettet skal ligge på (se vedlegg for alle kommentarene).

Finnmark fylkeskommune mener at "pasienter og behandlere kan ha et for høyt mål om hvilket nivå tannbehandlingen skal ligge på", og Troms fylkeskommune "ønsker klarere nasjonale retningslinjer på hva som kan forventes av vederlagsfri behandling". Tannhelse Rogaland har erfart at "pasientene og teamene synes å ha et syn om at denne pasientgruppen skal ha mer omfattende tannbehandling enn andre prioriterte grupper".

Helsedirektoratet anbefaler at omfanget av tannhelsetilbudet baserer seg på en individuell vurdering. Nødvendig forebygging og behandling skal følge den standard fylkeskommunen legger til grunn for nødvendig tannhelsehjelp til de prioriterte gruppene etter lov om tannhelsetjenesten og Helsedirektoratets veileder God klinisk praksis i tannhelsetjenesten.

Helsedirektoratet anbefaler at hele tannhelsetjenesten gjennomfører systematisk kalibrering når det gjelder forståelse og praktisering av veilederen God klinisk praksis i tannhelsetjenesten.

## Psykologisk

Det brukes betydelige ressurser, både økonomiske og administrative, på pasienter som ikke responderer på behandlingen i tverrfaglig behandler-team (non-responders).

Gruppen av non-responders legger beslag på ressurser som kunne vært benyttet på pasienter som har bedre nytte av tilbudet. Det er behov for en tydeliggjøring av hvilket tilbud non-responders skal ha. I dag er dette uklart og resultatet er at noen av disse avsluttes, mens andre blir værende i ordningen og får dermed et vedvarende tilbud, ofte med gjentatte tannbehandlinger i narkose.

Som tidligere nevnt er det et dilemma at det i dag ikke finnes et etablert alternativt tannbehandlingstilbud til denne gruppen.

Helsedirektoratet foreslår en presisering som innebærer at pasientene skrives ut av TOO-tilbudet når de har

- gjennomført et forløp hos tverrfaglig behandler-team inkl. oppfriskningstimer
- mottatt nødvendig tannhelsehjelp – i noen tilfeller vil dette måtte gjennomføres i narkose.

Samtidig anbefaler Helsedirektoratet at pasienter som skrives ut av tilbudet fordi de ikke nyttiggjør seg den tverrfaglige behandlingen, informeres om muligheten til søke seg tilbake til tilbudet når eller hvis det blir aktuelt – og at de da kan starte på nytt med den tverrfaglige behandlingen.

Helsedirektoratet anbefaler at pasienter som skrives ut av tilbudet etter avsluttet tverrfaglig behandling, men før nødvendig tannhelsehjelp er fullført, gis mulighet til å søke seg tilbake til tilbudet. Dersom de da ikke har behov for den tverrfaglige behandlingen, vil de med de anbefalte presiseringene og avgrensningene tilbys nødvendig tannhelsehjelp som voksne betalende pasienter enten i offentlig tannhelsetjeneste eller i privat sektor.

## Vurdering av de ulike gruppene i TOO-ordningen

Evalueringsrapporten peker på at inklusjonskriteriene er brede og at de aller fleste som henvender seg for å vurderes for tilbudet inkluderes. Det er nevnt at flere ansatte stilte spørsmål ved om det er behov for fastere rammer for hvem som skal motta tilbudet. Et mulig tiltak som nevnes i evalueringen er innføring av henvisningskrav, noe som støttes av en samlet arbeidsgruppe og av Helsedirektoratet ([kap. 1.1.](#)).

Etter mange års erfaring med tilbudet, viser det seg at noen grupper ikke klarer å gjennomføre det tilrettelagte tilbudet – ikke fordi de ikke vil eller fordi de mangler motivasjon, men fordi disse har andre eller større utfordringer enn tilbudet er ment å håndtere.

Ledere i fylkeskommunal tannhelsetjeneste har i sin tilbakemelding til dette oppdraget gitt uttrykk for at inklusjonskriteriene er for vide (se vedlegg for alle kommentarene).

Viken fylkeskommune mener at det er "vanskelig at tilbudet skal nå tre ulike grupper med ulike utfordringer" og at det må være "tydelig grenser for hvilke pasienter som skal inkluderes og når tilbudet skal avsluttes". Tannhelse Rogaland ønsker "strengere og klarere krav til inklusjon og eksklusjon".

### 2.1

## Dagens pasientgruppe

I dag er de tre inkluderingskriteriene selvstendige vilkår som gir tilgang til tilbudet. Det er psykolog som avgjør hvem som faller inn i målgruppen. Arbeidsgruppen beskriver pasientgruppen som heterogen og med ulike behov:

- **Tortur: mennesker som har vært utsatt for tortur, noe som kan betegnes som en potensiell traumatiserende livshendelse.** Noen i denne gruppen trenger ikke psykologhjelp, men har behov for rehabilitering av tannsettet. Andre har behov for tverrfaglige behandling med psykolog og tannlege i forkant av rehabiliteringen av tannsettet.
- **Overgrep: mennesker som har vært utsatt overgrep, noe som kan betegnes som en potensiell traumatiserende livshendelse.** Noen i denne gruppen trenger ikke psykologhjelp, men har behov for rehabilitering av tannsettet. Andre har behov for det tverrfaglige behandling med psykolog og tannlege i forkant av rehabiliteringen av tannsettet.
- **Odontofobi: mennesker med en spesifikk psykisk diagnose** som potensielt kan nyttiggjøre seg av spesifikk behandling for denne diagnosen. Alle i denne gruppen vil ha behov for psykologhjelp.

I alle tre grupper finnes personer som ikke responderer på angstbehandlingen, non-responders. Med dagens kriterier er det vanskelig å avslutte tilbudet for disse.

Pasienter i tilbudet kan ha en kombinasjon av flere av punktene nevnt over. Både deltakere i arbeidsgruppen og ledere i fylkeskommunal tannhelsetjeneste peker på utfordringene med de brede inklusjonskriteriene, og at noen pasienter rett og slett er for syke til at det er mulig å komme i mål jf. dagens ordlyd: tannsettet er rehabilitert og vedkommende mestrer behandling innen ordinær tannhelsetjeneste.



## 2.2

# Kriterier, diskusjon

Et forslag fra deltakere i arbeidsgruppen er å innføre en endring i inklusjonskriteriene som går på at pasienten må ha psykologiske vansker i tannbehandlingssituasjonen. Med en slik endring vil pasientgruppen bli mer homogen og tilbudet enklere å tilrettelegge. Endringen vil på den andre siden ekskludere de som i dag kun trenger tannbehandling, men som ikke har behov for den tverrfaglige spesialiserte behandlingen.

I arbeidsgruppen er det stilt spørsmål ved "Hvorfor enkelte sårbare skal ha rett til gratis tannbehandling selv uten vansker med å motta tannbehandling og andre sårbare ikke. Gratis tannbehandling må skilles helt fra den psykologiske behandlingen som tilbys eneste fokus i TOO bør være på psykologisk behandling og det å gjøre pasienten i stand til å motta ordinær tannbehandling".

Videre er det i arbeidsgruppen hevdet at "Det er uryddig og problematisk at en gruppe kvalifiserer på grunn av en psykisk lidelse (odontofobi), og to grupper på grunn av potensielt traumatiserende opplevelser med overgrep, vold og/eller tortur. Ikke alle blir psykisk syke av sine livsbelastninger og heller ikke alle får problemer med tannstell og tannbehandling på grunn av svært vonde opplevelser. Mange ulike psykiske lidelser kan befinne seg i traumeopplevelsesgruppen som vil gi utslag i tilnærmingen til tannbehandlingsangsten".

I arbeidsgruppen er det også nevnt at "Det viktigste for god tannhelse er ikke å mestre å ta imot tannbehandling, men å gjøres i stand til å ta vare på sin orale helse og være i stand til å følge opp mottatt tannbehandling".

Helsedirektoratet oppfatter at dagens tverrfaglige behandlingstilbud bygger på en forutsetning om at pasienten har vansker med å motta tannbehandling, idet det tilbys angstbehandling og traumesensitiv tannbehandling.

Helsedirektoratet er enig i at pasientgruppene som i dag kvalifiserer til tilbudet er ulike og ser at de langt ifra har samme behov. Pasientgruppene kan alle defineres som sårbare og i så måte ha behov for et gratis tannhelsetilbud, men ikke alle evner å nyttiggjøre seg tilbudet, andre har ikke behov for den tverrfaglige behandlingen.

## 2.3

# Forslag til presiseringer og avgrensninger

I arbeidet med oppdraget er det diskutert ulike alternative inklusjonskriterier. Anbefalingen er at dagens kriterier beholdes, men presiseres.

## Dagens inklusjonskriterier

Målgruppen er voksne personer over 20 år som har vært utsatt for tortur eller overgrep (seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner) eller som har odontofobi, jamfør Helsedirektoratets definisjoner i Helsedirektoratets rapport IS-1855[12]:

- Torturutsatte (punkt 1.9.1 Inngangskriterier tortur)

- Overgrepsutsatte (punkt 2.8.1 Inngangskriterier seksuelle overgrep og punkt 2.13.1 Inngangskriterier vold i nære relasjoner)
- Odontofobi (punkt 3.9.1 Inngangskriterier odontofobi), eller blod-skade-injeksjonsfobi

Hver av tilstandene er selvstendige vilkår som alene gir tilgang til det tilrettelagte tilbudet. Psykolog avgjør hvem som faller inn i målgruppene, se dokumentasjonskrav i rapport IS-1855.

## Forslag til presiseringer og avgrensninger

- Det forutsettes vesentlige vansker med å motta tannbehandling på grunn av angst i tannbehandlingssituasjonen
- Det forutsettes eget ønske om psykologisk behandling for sin manglende mestring eller angst i forbindelse med tannbehandlingssituasjonen
- Det forutsettes evne til å nyttiggjøre seg behandlingsmetodikken og/eller den tilrettelagte tannbehandlingen
- Det er mulig å avslutte behandlingsforløpet for pasienter som ikke nyttiggjør seg tilbudet.

Avgrensningen a) vil bety at en traumatisk livshendelse i seg selv ikke kvalifiserer til tilbudet.

Avgrensningen b) presiserer at behandlingen som utgangspunkt inkluderer tverrfagligheten og dermed ikke gir anledning for pasientene til å bare motta tannbehandling i narkose.

Avgrensningen c) kan eksempelvis dreie seg om personer med psykiske diagnoser eller lidelser som bør behandles før oppstart i TOO-tilbudet.

Avgrensningen d) vil for eksempel kunne være aktuelt for pasienter i psykose eller i aktiv rus, eller for pasienter som gjentatte ganger ikke møter og hvor det ikke lykkes å motivere pasienten til nødvendig regelmessig behandling.

Det er en utfordring at pasientene som avsluttes før de er ferdigbehandlet, ikke har rettigheter andre steder. Hadde de hatt rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, ville den fylkeskommunale tannhelsetjenesten være pliktet til fortsatt oppfølging og til å tilby nødvendig tannhelsehjelp.

NTF støtter forslaget om presiseringene og er tydelig på at "dersom pasienter som ikke passer inn i tilbudet og hvis de skal ha stønad til tannbehandling, da bør disse heller inkluderes i andre ordninger eller annet lovverk. Det er viktig at de pasientene som inkluderes i ordningen har vesentlige vansker med å motta tannbehandling på grunn av angst i tannbehandlingssituasjonen".

Evalueringsrapporten slår fast at TOO-tilbudet er et viktig tilbud for målgruppen. Helsedirektoratet mener at det er vanskelig å frata noen et eksisterende og godt tilbud, så lenge det ikke finnes et reelt alternativ. Helsedirektoratet ser likevel utfordringene knyttet til problematikken med dagens vide inklusjonskriterier og den manglende mulighet for å avslutte forløpet for de som ikke nyttiggjør seg det tverrfaglige tilbudet. Helsedirektoratet anbefaler derfor å innføre presiseringene som nevnt over.

TOO-tilbudet vil med de foreslåtte presiseringer og avgrensninger være nærmere det som Helsedirektoratet oppfatter som den opprinnelige intensjonen med et tverrfaglig tilbud om terapi og tannbehandling til sårbare grupper.

Med krav om henvisning, vil det ved avslutning av forløpet sendes epikrise til henviser. De som avsluttes fordi de ikke nyttiggjør seg tilbudet, vil kunne henvises til fastlege, psykolog eller eventuelt psykiatrisk tilbud, og vil eventuelt kunne inkluderes i TOO-tilbudet på et senere tidspunkt.

Gruppen som kun trenger tannhelsehjelp, men som ikke har behov for den tverrfaglige spesialiserte behandlingen vil med dette forslaget være henvist til å benytte tannhelsetjeneste utenom TOO-tilbudet. Det vil i noen tilfeller være muligheter for økonomisk hjelp fra det offentlige til dekning av utgifter til dette:

- Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og tannbehandling ved gitte tilstander/tilfeller for personer uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Fri prissetting i tannhelsetjenesten vil kunne medføre egenbetaling.
- NAV kan gi hel eller delvis økonomisk støtte til utgifter til nødvendig undersøkelse og tannbehandling, basert på en vurdering av personens økonomiske situasjon.

## Fotnoter

[12] [Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. Vurdering av omfang og behov samt forslag til tannhelsetiltak](#) (Helsedirektoratet, 2010)

## Vurdering av utfordringer knyttet til ventetider

Evalueringen viser at det per 31.12.2020 var venteliste og noen steder svært lange ventetider på oppstart i tilbudet. Flere steder var det tale om mer enn et års ventetid, noe som ikke er bedret i 2021. Rapporteringer viser også at det er ventetid mellom de ulike stegene i tilbudet, og til tannbehandling i narkose. Personer som søker seg til TOO-tilbudet har ofte stort tannbehandlingsbehov, og lang ventetid synes derfor ikke faglig forsvarlig. I tillegg er det av psykologiske hensyn viktig at forløpet foregår sømløst.

Utfordring med ventelister og ventetid er sammensatt og begrunnes i flere ulike forhold som beskrives nedenfor.

### 3.1

## Utbygging av tilbudet

Tilbudet er ikke utbygget i samme takt som etterspørselen. Evalueringen viser at det i 2020 var store forskjeller i graden av tilgjengelighet til tilbudet. Antall behandlede pasienter og pasienter under behandling per 10.000 innbyggere over 20 år, varierte fra under en til omkring ni.

Forskjellen i utbygging mellom ulike tjenestetilbydere søkes utjevnet gjennom tildelinger av tilskuddsmidler. Samlet bevilgning over statsbudsjettet har typisk ikke kunnet dekke samlet søknadsbeløp og det har dermed ikke vært mulig å bygge ut i ønsket tempo. Dette kan ha bidratt til at tilbudet ikke er like godt utbygget alle steder. Samlet bevilgning har økt fra 100 mill. kr i 2021 til 180 mill. i 2022, noe som åpnet for muligheten for å utvide tilbudet betraktelig. Det er i 2022 tildelt tilskuddsmidler i tråd med søknadene, til sammen 170 mill. kr. Grunnet den store økningen i bevilgningen har ikke tilskuddsmottakere vært i stand til å bygge opp tjenestetilbudet i samme tempo. Økt tilskudd forventes likevel å resultere i økt tilgjengelighet. Dersom utbygging kan følge etterspørselen, forventes reduksjon av ventelistene og ventetidene.

Det forventes økt tilstrømning til tilbudet i takt med utbygging og at tilbudet blir mer kjent. Forskning tyder på at så mye som fem prosent av befolkningen lider av odontofobi eller har svært høy angst for tannbehandling, noe som kan tyde på at flere potensielt kan søke seg til tilbudet. I tillegg kan det grunnet krigen i Ukraina og flyktingestrømmen derfra, forventes en økning i gruppen tortur- og overgrepsutsatte.

Tannhelsetjenesten som tilskuddsmottakere peker også på andre utfordringer med utbygging av tilbudet enn samlet bevilgning. Vansker som følger av finansiering gjennom tilskudd, er trukket frem i evalueringen. I arbeidsgruppen har det blitt presisert at dette gjelder både økonomisk uforutsigbarhet og utfordringer med hensyn til finansiering av utbygging av lokaler og investering i utstyr, økte husleiekostnader og i visse deler av landet også problemer med rekruttering av personell.

NTpF peker på muligheten for i større grad enn i dag å gjøre bruk av tannpleiere i tilbudet. Evalueringsrapporten slo fast at bruk av tannpleiere varierer, og at det er ulike oppfatning av hvordan tannpleierkompetanse kan benyttes i tilbudet. Spørsmålet er diskutert i arbeidsgruppen, og Helsedirektoratet oppfatter at dette er et spørsmål som bør vurderes lokalt. Tilskudsregelverket gir ingen føringer eller begrensninger på dette feltet.

NTF peker på at tannleger i privat sektor i større grad kan involveres i både tverrfaglig- og tannbehandler-team, og også kan bidra når det gjelder tannbehandling i narkose.

Helsedirektoratet oppfatter innspillene fra både NTpF og fra NTF som konstruktive tiltak som hele tannhelsetjenesten bør vurdere med tanke på effektive og gode pasientforløp.

Helsepersonellkommisjonen[13] peker i sin NOU 2023: 4 at det er et stort potensial i å intensivere det strukturerte arbeidet med riktig oppgavedeling og god organisering. Helsepersonellkommisjonen legger til grunn at helse- og omsorgstjenestene må bygges nedenfra. Dette er inspirert av prinsippet om oppgaveløsning på lavest effektive omsorgsnivå. Og at knapphet på helsepersonell gjør at det er viktig å være bevisst på hva personellet skal gjøre og ivareta i løpet av en arbeidsdag.

Per dags dato setter tilskudsregelverket grenser for lønnsnivå for personell i ordningen da lønnsmidler, som i hovedsak finansieres av tilskudd, ikke bør overstige det som er rimelig nivå for statlige lønninger.[14] Det er heller ikke anledning til å benytte tilskuddsmidler til utbygging, investering og innkjøp av utstyr.

Helsedirektoratet mener at siden målgruppen ikke har rettigheter forankret i lov, kan disse forbeholdene i tilskudsregelverket være til hinder for nødvendige prioriteringer som inkluderer tilstrekkelige ressurser til organisering og drift. Dette kan, sammen med rekrutteringsutfordringer enkelte steder, ha bidratt til ulik utbygging av tilbudet og dermed de store forskjeller i ventetider.

## Fotnoter

[13] [NOU 2023: 4 Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste](#)

[14] <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/standardvilkar-for-tilskudd-fra-helsedirektoratet>

### 3.2

## Tilgang til narkose

I noen tilfeller er bruk av narkose nødvendig for å kunne gjennomføre nødvendig tannbehandling. Tilbud om tannbehandling i narkose tilbys først når alt annet, som eksempelvis sedasjon med legemidler eller lystgass, er prøvd ut. I noen tilfeller er det nødvendig å gjennomføre akutt tannbehandling i narkose for å eliminere smerter før angstbehandling kan starte opp. I andre tilfeller responderer pasienten ikke på angstbehandlingen og det må gjennomføres tannbehandling i narkose tidlig i forløpet. For mange av disse er også tannbehandling i narkose svært krevende og det kreves mye ressurser til individuelle tilrettelegginger og god oppfølging i forkant og etterkant av narkosen.

I 2020 mottok 245 pasienter i TOO-tilbudet tannbehandling i narkose, noe som tilsvarer ca. 15 prosent av antallet som ble ferdigbehandlet dette året. Videre er det rapportert om ventetid for tannbehandling i narkose. Størsteparten av tilskuddsmottakerne rapportert for 2020 om ventetid mellom fem og 23 uker, enkelte steder var ventetid på over et halvt år. Det er ikke vesentlig bedret i 2021. Akseptabel ventetid for behandling avhenger av hva som er faglig forsvarlig for den enkelte, og henger dermed sammen med alvorlighetsgraden av tilstanden som skal behandles.

Data fra KOSTRA for 2021 viser at det er stor variasjon mellom fylkeskommunene med hensyn til ventetider og antall pasienter som har mottatt tannbehandling i narkose totalt. Statistikken gir ikke opplysninger om hvor mange av pasientene som er barn og unge eller i TOO-tilbudet. I 2021 ble det gjennomført 3886 tannbehandlinger i narkose i fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Det utgjør 0,49 prosent

av det prioriterte klientellet. Variasjonen mellom fylkene var 0,20,9 prosent. 1 770 personer hadde en ventetid på over 3 måneder. I perioden 2018-2021 økte antall narkosebehandlinger med om lag 2,5 prosent og andelen med ventetid over 3 måneder ble redusert fra 58 til 45 prosent.

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste skal sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelig. Dette gjelder også tannbehandling i narkose.

Fylkeskommunene begrunner ventetiden til tannbehandling i narkose med at de i stor grad er avhengig av å inngå avtaler med lokale helseforetak, og derav av er prisgitt kapasiteten i sykehusene.

Utfordringen søkes til dels løst ved at det kjøpes narkosetjeneste fra private tilbydere og flere av de regionale odontologiske kompetansesentre har opprettet eget narkosetilbud. Det er nevnt at slike løsninger er kostbare og eventuell innredning i egne lokaler krever både areal og innkjøp av utstyr. Av medisinske grunner må en del av pasientene få tannbehandling i narkose utført på sykehus.

En annen utfordring er manglende tilgang til tannhelsepersonell som innehar kompetansen som kreves for å gjennomføre de ofte kompliserte odontologiske behandlinger på kort tid og under spesielle forhold.

Fylkeskommunenes tjenestetilbud om tannbehandling i narkose bør innrettes i tråd med prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet (ref. Meld. St. 38 (2021)) der det er vedtatt at kriteriene gjelder for hele helsetjenesten.

Helsedirektoratet anbefaler at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og de regionale odontologiske kompetansesentrene i større grad inngår avtaler med private leverandører av narkosetjenester med tanke på å redusere ventetider for tannbehandling i narkose.

### 3.3

## Andre forhold knyttet til ventetid

### Informasjon

Både Helsedirektoratet[15] og Helsenorge.no[16], som er det offentlige nettstedet for informasjon om helsetjenester i Norge, informerer på sine nettsider om TOO-tilbudet og lenker til nettstedet [www.tooinfo.no](http://www.tooinfo.no) som er etablert av de regionale odontologiske kompetansesentre. Dette retter seg mot

- personer som har tannlegeskrekk
- tann- og helsepersonell som jobber med eller er i kontakt med pasienter som har tannlegeskrekk
- tannhelsepersonell som jobber i TOO-tilbudet

I tillegg til dette bør fylkeskommunal tannhelsetjeneste og de regionale odontologiske kompetansesentrene ha nettsider med informasjon om tilbudet tilpasset lokale forhold som ventetider, behandlingsskapasitet, rutiner ved manglende fremmøte, lokale tannbehandler-team mm. Det er bare delvis gjennomført i dag, noe som begrunnes i at det er dilemmafylt å informere om et tilbud hvor det er ventetid.

Etter anbefaling fra arbeidsgruppen vil Helsedirektoratet forsøke å få inn mer informasjon om tilbudet ved revisjon av artiklene på helsenorge.no.

Informasjon om TOO-tilbudet må finnes både nasjonalt og lokalt, og Helsedirektoratet anbefaler derfor at både fylkeskommunal tannhelsetjenesten og de regionale odontologiske kompetansesentrene systematisk går igjennom og oppdaterer nettsidene sine.

Økes kjennskap til tilbudet i befolkningen og helsetjenesten, forventes tilstrømningen å øke, noe som vil påvirke venteliste og ventetid.

## Samarbeid med privat sektor

Kapasitetsproblemer i TOO-tilbudet kan avhjelpest ved at det inngås samarbeidsavtaler med tannleger i privat sektor. Dette er i dag aktuelt for pasienter som i utgangspunktet ikke har behov for tverrfaglig behandling, eller de som etter behandling i tverrfaglig behandler-team mestrer tannbehandling utenfor TOO-tilbudet ([kap. 4.](#)). Hvis de anbefalte presiseringene innføres vil dette fortsatt kunne være aktuelt, men da bare for pasienter som etter behandling i tverrfaglig behandler-team mestrer tannbehandling utenfor TOO-tilbudet.

## Henvisning

I dag kan pasienter henvende seg og bli satt på venteliste uten noen vurdering av om de oppfyller kriteriene for inkludering. Krav om skriftlig henvisning vil muligvis medvirke til en reduksjon av ventelister og ventetiden ([kap. 1.1.](#)) og samtidig føre til at alle som står på venteliste i utgangspunkt kvalifiserer til tilbudet.

## Aktiv tilnærming

Relasjonsbygging mellom pasient og helsepersonellet er en viktig faktor når det gjelder trygghet, forpliktelse, fremmøte og gjennomføring. En aktiv tilnærming til pasientene på venteliste vil kunne bidra positivt til dette. Det er foreslått at pasientene gis grundig informasjon om hva tilbudet innebærer, eventuelt i form av digital opplæring.

Det er laget opplæringsfilmer som inneholder tips og råd til pasienter med odontofobi eller lidelser med innslag av odontofobi: [Filmer til deg som har tannlegeskrekk \(tooinfo.no\)](#). Gjennom filmene blir pasientene kjent med hva som skjer på tannklinikken, hvordan tannhelsepersonell jobber og ikke minst hvordan de kan tilrettelegge og hjelpe pasientene slik at besøket blir best mulig. Filmene erstatter ikke behandling, men kan brukes av pasienter som venter på oppstart eller er underveis i behandlingsforløpet.

Helsedirektoratet foreslår at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og de regionale odontologiske kompetansesentrene utarbeider en pakke med tiltak som kan tilpasses lokale forhold og tas i bruk der hvor det er venteliste-problematikk.

## Fotnoter

[15] <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelse/tilrettelagt-tannhelsetilbud--too>

[16] <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/hvem-betaler-tannlegeregningen-din/>

# Prioritering av pasienter på venteliste

I Meld. St. 38 (2020-2021) Nytte, ressurs og alvorlighet<sup>[17]</sup> står det at departementet vurderer at prioriteringsvurderinger i tannhelsetjenesten ikke skiller seg vesentlig fra vurderinger i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, og at kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet er egnet for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

I arbeidet med dette oppdraget har det blitt tydelig at prioritering av pasienter på venteliste er utfordrende å få til i praksis, og flere i arbeidsgruppen mener at dagens praktisering av køordning bør videreføres. Det har blitt nevnt at en prioritering vil inkludere en fortløpende vurdering og være svært ressurskrevende. Symptomtrykket hos den enkelte forandrer seg fra dag til dag og lar seg vanskelig vurdere.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal faglig veileder for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (TTB 2022-26). Gjennom arbeidet med å utvikle en veileder kan det foretas nødvendige utredninger for å operasjonalisere prinsippene og kriteriene, samt få en bedre oversikt over eventuelle praktiske konsekvenser og problemstillinger.

Departementet vil komme tilbake til spørsmålet om behov for tilsvarende veiledende materiale på tannhelsetjenesteområdet, etter at Stortingets vedtak om å sette ned et utvalg for å utrede tannhelsetjenesten er gjennomført. Utvalgsarbeidet er berammet ferdigstilt medio 2024.

Helsedirektoratet anbefaler på nåværende tidspunkt og i påvente av en eventuell prioriteringsveileder på området, at psykolog i vurderingssamtalen spør om pasienten selv opplever å ha et akutt behov for tannbehandling eller samtale med psykolog. Dette vil være førende for om pasienten skal prioriteres foran andre.

Helsedirektoratet anerkjenner synspunktene om at prioritering kan være vanskelig i praksis, men i tråd med Meld. St. 38 (2021) der prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet er vedtatt, bør tannhelsetjenesten fortløpende vurdere om noen henvisninger haster mer enn andre, og endre ventelisten i tråd med det.

## Fotnoter

[17] [Meld. St. 38 \(2020–2021\) Nytte, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten](#)

### 3.5

## Vurdering av utfordringer knyttet til manglende fremmøte

Det er problematisk at noen pasienter ikke møter til timeavtaler. Det går ut over den helsehjelpen andre kunne fått.

Både i arbeidsgruppen og i referansegruppen argumenterer noen for å innføre et gebyr ved manglende fremmøte. Helsedirektoratet støtter ikke at dette skal være et virkemiddel for å redusere omfanget. Målgruppen for tilbudet er beskrevet som sårbar og det er kjent at flere har psykologiske utfordringer som nettopp gjør det vanskelig å komme til tannbehandling. Helsedirektoratet mener at fylkeskommunal tannhelsetjeneste og de regionale odontologiske kompetansesentrene heller må jobbe med andre tiltak som motiverer pasientene til å møte opp.



I tillegg er det tidligere avklart med Helse- og omsorgsdepartementet at det ikke er anledning til å ta gebyr ved manglende fremmøte for TOO-pasienter. I tilskudsregelverket for TOO fremkommer: Personer i målgruppen har ikke rett til stønad fra folketrygden og betaler ikke vederlag eller egenandel frem til tannsettet er rehabilitert og vedkommende mestrer behandling innenfor ordinær tannhelsetjeneste.

Egenandel og pasientbetaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten reguleres av forskrift[18] som gir mulighet til gebyr når pasienten ikke fysisk møter til avtalt time – f.eks. ved behandling ved et Distriktpsikiatrisk senter (DPS) som er en del av spesialisthelsetjenesten.

Agder fylkeskommune mener at det bør lages en felles rutine for hele behandlingsforløpet og at denne "bør være så konkret som mulig på «ikke-møtt» og avbestillingsproblematikk". Tannhelse Rogaland mener at en av utfordringene ved tilbudet er manglende fremmøte og avbestillinger, og at "betaling for ikke-møtt muligens kunne ha hjulpet med å få ut de som egentlig ikke er interessert i tilbudet".[19]

Det er ikke bare manglende fremmøte som legger beslag på ressurser. I arbeidsgruppen pekes det på at mange avbestiller timeavtaler på kort varsel. Hertil knyttes både omkostninger til å skulle finne nye timer, og til å motivere pasientene til å fortsette behandlingen – enten det er i tverrfaglig behandler-team eller tannbehandler-team.

I tillegg til ressursbruken beskrives manglende fremmøte og utsettelse av timer som uheldig med tanke på angstbehandlingen, og gjør også vurdering av eventuell fremgang ekstra vanskelig. Målgruppen og problemstillingen tatt i betraktning, må det forventes noe unntak og tilbakefall. Likevel bør manglende fremmøte og endring av timer begrenses. Det nevnes at dersom det går mer enn tre til fem uker mellom hver gang er det vanskelig å vurdere om pasienten eventuelt tilhører gruppen av non-responders.

Helsedirektoratet anser relasjonsbygging mellom pasient og helsepersonell som en viktig faktor for at pasienten skal føle seg trygg og forpliktet til å møte til avtalt time, og anbefaler derfor å innføre rutiner som vil påvirke relasjonen positivt.

Videre mener Helsedirektoratet at krav om henvisning, vurdering av disse, samt innføring av kriterier for inkludering og ekskludering, vil bidra til å redusere forekomsten av manglende fremmøte.

De regionale odontologiske kompetansesentre har laget råd til tannhelsepersonell vedrørende pasienter som gruer seg til tannlegebesøk[20] på sin Instagramprofil, og et mestringkurs for pasienter er under utarbeidelse.

## Betalingsvansker er en pasientsikkerhetsrisiko

Det er kjent at manglende fremmøte er en problemstilling i spesialisthelsetjenesten. Også i TOO-tilbudet er manglende fremmøte en utfordring.

Statens undersøkelseskomisjon (Ukom) har i rapporten [Betalingsvansker – en pasientsikkerhetsrisiko \(ukom.no\)](#) (sept. 2022) sett nærmere på gebyr ved manglende fremmøte, hvordan dette praktiseres og kan påvirke den helsehjelpen som gis til pasienter med betalingsvansker. Gebyret er et tiltak som er satt i verk for å få pasientene til å møte. Men gebyret er en "kan"-regel som skal brukes med skjønn.

Ukoms undersøkelse viser at praktiseringen av gebyret er utfordrende, og at det er vanskelig for helsepersonell å bruke skjønn. Noen føler at de gjør noe galt dersom de ikke gir gebyr, mens andre tolker

regelen mer romslig. Dette vanskeliggjør likebehandling av pasientene. Helsemyndighetene ber helsetjenesten om å være forsiktig med å gi gebyrer til pasienter innen rus og psykiatri.

Rapporten viser at det er en sammenheng mellom betalingsvansker, uhåndterbar gjeld og helse. Ukom-rapporten slår fast at ikke å møte til time, kan være en del av pasientens sykdomsbilde, og det kan også skyldes fattigdom.

Det å ikke møte kan være en del av lidelsen som pasientene får behandling for. Dårlig personlig økonomi og betalingsvansker kan forverre helsetilstanden hos kronisk syke, og kan stå i veien for god helsehjelp.

Myndighetene har tidligere varslet at ordningen med gebyr ved ikke-møtt skal evalueres for å finne ut om den virker etter hensikten. En slik evaluering er foreløpig ikke gjennomført.

## Fotnoter

[18] [Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenest \(lovdata.no\)](#)

[19] Vedlegg Fylkeskommunenes innspill per august 2022

[20] [Tannhelsetj. kompetansesentre på Instagram: "Gruer du deg til å gå til tannlegen? Flytter du stadig på tannlegetimen din? Det er ingenting å skamme seg over. Tannklinikken kan legge..."](#)

## Samarbeid med tannleger i privat sektor

Kapasitetsproblemer i offentlig sektor kan avhjelpest ved å inngå samarbeid med tannleger i privat sektor.

Helsedirektoratet har foretatt en juridisk avklaring vedrørende fylkeskommunale kjøp av tjenester fra privat sektor. Når det gjelder kjøp av tjenester for pasienter nevnt i tannhelsetjenestelovens § 1-3, er det direktoratet sin vurdering at både tannhelsetjenesteloven og anskaffelsesloven følges ved slike kjøp.

Pasientene i TOO-ordningen inngår ikke i tannhelsetjenestelovens § 1-3, og direktoratet vurderer da at tannhelsetjenesteloven § 4-2 ikke gjelder for slike avtaler mellom fylkeskommunene og private tannleger. Fylkeskommunen må fortsatt følge reglene i lov om offentlige anskaffelser med tilhørende forskrifter ved anskaffelser av tannhelsetjenester fra private aktører.

Kravet i tilskudsregelverket om bestemte priser ved kjøp av tjenester fra tannleger i privat sektor, er dermed fjernet i tilskudsregelverk per januar 2023. Det vil gjøre at fylkeskommunene lettere kan inngå avtaler med tannleger i privat sektor på de betingelsene som er nødvendige. Det kan spesielt være utfordrende å få i stand avtaler basert på fylkeskommunale takster i utkantstrøk der private tannleger ofte har et godt pasientgrunnlag og mye å gjøre.

Samarbeid med tannleger i privat sektor kan gi pasientene et bedre tilbud i form av kortere ventetider og noen ganger i tillegg en mer stabil pasientbehandlerrelasjon fordi turnover ofte er lavere i privat sektor enn i offentlig. Og nettopp for denne pasientgruppen er forutsigbarhet og en stabil relasjon særlig viktig.

Både representanter fra fylkeskommunal tannhelsetjeneste og NTF er enige om at det er viktig med et samarbeid mellom offentlig og privat sektor for å kunne gi et godt tilbud til TOO-pasientene.

Vestland fylkeskommune opplyser at det ikke er kapasitet i egen tjeneste til å gi et tilstrekkelig tilbud i tannbehandler-team, og det er derfor inngått avtaler med flere private tannleger om tannhelsetilbud til TOO-pasienter. Det samme gjelder flere andre fylkeskommuner, som f.eks. Vestfold og Telemark. Trøndelag fylkeskommune mener at samarbeid med private tannleger er helt avgjørende for at TOO-ordningen skal fungere.

Samtidig mener representanter fra fylkeskommunal tannhelsetjeneste at det krever mye ressurser å inngå og følge opp avtaler inngått med tannleger i privat sektor.

Viken fylkeskommune mener "mange fylkeskommuner har god erfaring med private tannbehandler-team, men at det krever mye ved etablering". Vestland fylkeskommune mener det er så tidkrevende å håndtere avtalene med tannleger fra privat sektor, noe som inkluderer godkjenning av kostnadsoverslag, kontroll av fakturaer og utbetaling, at de heller ønsker en ordning med stønad fra folketrygden for selve tannbehandlingen.

NTF er opptatt av at det finnes mye kompetanse også i privat sektor som i større grad kan benyttes i tilbudet. NTF fremhever at det må være åpenhet rundt inngåelse av avtaler med tannleger i privat sektor. Konkurransen må skje på like vilkår, slik at alle får samme muligheter. Dette er en god mulighet for samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste. NTF mener at egenbetaling for denne pasientgruppen, i forbindelse med eventuelt stønad, vil kunne føre til økonomiske utfordringer.

NTF er videre opptatt av at avtaler om kjøp av tjenester inngås med den enkelte tannlege, ikke større klinikker, klinikkereiere eller kjeder. NTF mener at avtale med den enkelte tannlegen vil gi større forutsigbarhet for pasientene.

Helsedirektoratet anbefaler at fylkeskommunal tannhelsetjeneste og de regionale odontologiske kompetansesentrene i større grad inngår avtaler med tannleger i privat sektor der de ikke selv klarer å etablere et tilfredsstillende tilbud. Avtalene bør inneholde krav om kompetanse slik at pasientene får et likeverdig tilbud i privat og offentlig sektor.

## 4.1

# Forslag om supplerende tilbud

NTF har vært opptatt av ulike supplerende tilbud i privat tannhelsetjeneste som kan bidra til å håndtere denne pasientgruppen. NTF har pekt på at ikke alle disse pasientene har behov for behandling i tverrfaglige behandlerteam. Pasienter med mer uspesifikk tannbehandlingsangst som kan behandles av tannhelseteam uten primær psykologkompetanse kan motta tannbehandling av dedikerte tannleger, med utvidet kompetanse på området, og uten foregående behandling i tverrfaglig behandlerteam. Dette kan avlaste TOO-tilbudet og sikre at det er de rette pasientene som inkluderes der.

Forslaget til presisering «Det forutsettes vesentlige vansker med å motta tannbehandling på grunn av angst i tannbehandlingssituasjonen» vil bidra til denne avgrensningen. Det er viktig for NTF å understreke at denne endringen vil føre til at en del pasienter mister rettigheter de har i dag, også dekning av restaurering av tannsettet. NTF mener at det bør sikres at disse pasientene får rettigheter etter annet regelverk, for eksempel etter innslagspunkt 14 i folketrygdens stønadsordning. NTF peker på at det samme vil gjelde for de pasientene som avbryter behandlingen i TOO-tilbudet fordi de ikke klarer å gjennomføre behandlingen.

Forslaget fra NTF ligner det som omtales i artikkelen [Evaluering av forsøksutdanning av tannleger og psykologer i behandling av odontofobi og intraoral sprøytefobi basert på kognitiv adferdsterapi \(CBT\) \(tannlegetidende.no\)](#) (2012). Evalueringen viser en signifikant reduksjon av både angst for tannbehandling (DFS, DBS-R) og angst/depresjon (HAD).

NPF har nevnt at dette allerede skjer i og med at pasienter med lav angst håndteres av tannleger i privat sektor, utenfor TOO-tilbudet.

Fra referansegruppen har det kommet innspill om mer samarbeid med primærtannhelsetjeneste. Det vises til studien [Tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi versus fire vaner \(wiley.com\)](#) (European Journal of Oral Sciences, 2021), som viser at dette kan være gode og trygge behandlingsløp med lavt "innsteg" der pasienter og behandlere gradvis kan etablere en relasjon som skal vare lenge. Det vil kunne redusere ventetid, og spisse det tverrfaglige TOO-tilbudet for dem som har best nytte av det. Studien viste at det var mange som etter fem timer med behandling ikke trengte TOO. På den andre siden ses pasienter innen TOO-gruppen som er såpass dårlige at de ikke kan nyttiggjøre seg TOO-behandling. Disse er ofte i behandling innen fastlege/psykiatri. Dette åpner derfor også for en modell der pasienter med store belastninger som har behandlingsløp i psykiatrien kan kombinere sin psykologiske eller psykiatriske behandling og tannbehandling. Dersom et slikt opplegg innen primær tannhelsetjenesten skal treffe pasientene må det subsidières f.eks. gjennom en HELFO-takst.

Helsedirektoratet ser positivt på forskningen som er gjort på dette feltet. Helsedirektoratet anerkjenner at det finnes kompetanse i både offentlig og privat sektor som kan nyttiggjøres i forbindelse med tannbehandling av pasientene som ikke trenger tverrfagligheten i TOO-tilbudet. Innføres de anbefalte presiseringene i inklusjonskriteriene, vil nettopp denne gruppen ikke inkluderes i tilbudet og de vil da trenge tannbehandling utenfor tilbudet.



## Om finansiering av ordningen

Øremerkede tilskudd gir vesentlig større administrativ ressursbruk enn rammefinansiering, både for de regionale odontologiske kompetansesentrene og fylkeskommunene i form av søknad om tilskudd og rapportering om bruken av tilskuddene i ettertid, og for helsemyndighetene i form av tilskuddsforvaltning.

Finansiering gjennom øremerkede tilskudd avhenger av de årlige budsjettprosessene og bevilgningene fra Stortinget. For fylkeskommunal tannhelsetjeneste og de regionale odontologiske kompetansesentrene kan det ha bidratt til usikkerhet knyttet til fremtidig finansiering. NTF trekker frem at tannhelsetjenesten har behov for forutsigbarhet for å bygge opp et robust tilbud.

En annen ulempe ved øremerkede tilskudd er at det kan medføre uheldige vridninger av lokale prioriteringer. I stedet for at de regionale odontologiske kompetansesentrene og fylkeskommunene bruker ressursene der de lokale behovene er størst, kan øremerking medføre at ressursene brukes der det finnes statlige øremerkede tilskudd. Øremerkede tilskudd kan også forhindre at fylkeskommunene og de regionale odontologiske kompetansesentrene bidrar med egne midler, men har en forventning om fullfinansiering fra statens side.

### 5.1

## Om tilskuddsordningen for TOO-tilbudet

Ved innføring og oppbygging av det nasjonale TOO-tilbudet om tverrfaglig behandling ved de regionale odontologiske kompetansesentrene og i fylkeskommunene, har det vært formålstjenlig å etablere en øremerket tilskuddsordning for å stimulere til etablering, og etter hvert, utbygging av tilbudet.

Det øremerkede tilskudd har ført til ny bevissthet og økt oppmerksomhet om disse pasientgruppene, både i tannhelsetjenesten og ellers.

I henhold til tilskudsregelverket omfatter tilskuddet lønns- og driftskostnader knyttet til pasientbehandling, opplæring av tverrfaglig team og tannbehandlerteam, systematisk kunnskapsoppbygging og fagutvikling samt deltagelse i faglige nettverk. I tillegg dekkes kostnader knyttet til narkosetjenester og pasienters reiseutgifter. Det er presisert at tilskuddsmidlene ikke kan benyttes til investering og innkjøp av utstyr. Videre er det presisert at det ikke gis tilskudd til lønns- og driftsutgifter knyttet til forskning og andre kostnader knyttet til forskningsprosjekter.

I arbeidsgruppen er det påpekt at kostnader til husleie bør inkluderes i tilskuddsordningen. Som følge av utvidelse av tilbudet er det flere steder behov for utbygging, ombygging eller å leie nye lokaler. Helsedirektoratet er av den oppfatning at kostnadene ved tilbudet må fordeles mellom tilskuddsyter og -mottaker, og at husleie til dels allerede er dekket gjennom rammen til fylkeskommunene og gjennom driftstilskudd til de regionale odontologiske kompetansesentrene.

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste og de regionale odontologiske kompetansesentrene bør også se på mulighetene for en mer effektiv utnyttelse av allerede eksisterende lokaler, for eksempel gjennom en utvidelse av åpningstidene slik det gjøres for mange polikliniske behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten.

I evalueringsrapporten nevnes at det mangler systematisk kunnskap og forskning innenfor TOO-feltet. Flere i arbeidsgruppen peker på manglende finansiering av forskning som årsak, og foreslår at tilskuddsmidlene benyttes til dette formålet.

Helsedirektoratet mener også at det er behov for mer systematisk kunnskap og forskning, men mener ikke at forskning kan finansieres av tilskuddsmidler til TOO-tilbudet. Dette begrunnes dels i at forskningsprosjekter oftest går over flere år og at finansiering med tilskuddsmidler dermed vil binde midler som er tiltenkt et pasienttilbud. Dels begrunnes det i at de regionale odontologiske kompetansesentrene tildeles midler til forskning over en annen tilskuddsordning.

I evalueringen pekes det på at finansiering via tilskuddsmidler medfører en utfordrende uforutsigbarhet, noe som støttes av arbeidsgruppen. I evalueringen er det pekt på at små stillinger og manglete kontinuitet i bemanningen utgjør et problem.

Fra referansegruppen er det stilt spørsmål ved om det brukes for mye TOO-tilskuddsmidler på reise og kurs til faglige samlinger. Det er pekt på at det brukes mye penger når mange med små stillinger skal reise og bruke hele dager på kurs. I tillegg går det tid fra pasientbehandling, og det pekes på at opplæring med fordel kan gjøres med veiledning og klinisk samarbeid lokalt.

Helsedirektoratet oppfatter at små stillinger har vært helt nødvendig i oppstartsfasen, men at det nå med mulighet for bedre utbygget tilbud bør være grunnlag for større stillingsbrøker, og dermed trolig høyere grad av kontinuitet og bedre ressursutnyttelse. En omlegging av finansieringsmodellen til en mer forutsigbar finansiering, vil mest sannsynlig også bidra positivt med hensyn til opprettelse av større stillingsbrøker.

Arbeidsgruppen nevner i tillegg til den uforutsigbare finansiering, at søknadsprosess og rapportering er ressurskrevende. Videre nevnes det at tilbudet anses som et prosjekt så lenge det finansieres via tilskudd, og dermed mangler legitimitet i Den offentlige tannhelsetjenesten. Endelig er det nevnt at rekruttering, interne prioriteringer, investeringer og utbygging vanskeliggjøres med finansiering via tilskudd.

Det er i arbeidsgruppen enighet om at rammefinansiering som et alternativ til tilskudd, ikke er uten utfordringer. Det uttrykkes en bekymring for om midlene vil nå frem til TOO-tilbudet, eller om de vil prioriteres til andre formål.

Innspill fra medlemmer i arbeidsgruppen:

- Ønsker "å framleis ha øyemerka midlar til TOO, då evalueringa viser at det er ein av suksessfaktorane i tilbodet", men skriver samtidig at det innebærer en forutsetning om å skille ut kostnadene til rehabilitering av tannsettet og at dette heller "blir finansiert via Helfo som eit eige og nytt innslagspunkt. Innslagspunktet bør ha krav om at pasienten er tilvist frå tverrfagleg TOO-team og at tannbehandleren har tilleggskompetanse om gruppa (opplæring/sertifisering) for å kunne nytte innslagspunktet." (Vestland fylkeskommune)
- Vestland mener at det er en risiko for at "midlane ikkje når fram til TOO-tilbodet i same grad dersom midlane blir lagt som ein del av den generelle ramma til tannhelsetenesta i staden for at dei er øyemerka".
- Vestland foreslår vidare å endre tilskuddsregelverket til også å dekke angstbehandling for prioriterte grupper i tannhelsetjenesteloven. Helsedirektoratet er av den oppfatning at tilskuddsmidler ikke er ment å dekke lovpålagte oppgaver og tjenester, og mener en slik endring ikke er aktuelt.
- TkØst mener at dersom tilbudet hadde vært finansiert som "en rammefinansiering (overføring av midler i henhold til en fordelingsnøkkel uten at det fra statens side spesifikt er bestemt hva midlene skal brukes til), er det sannsynlig at prioriteringen av TOO hadde vært enda mer varierende i fylkeskommunene og på kompetansesentrene (også omtalt i evalueringsrapporten)."

- Den nasjonale koordineringsgruppen har i sin høringsuttalelse til Dokument 8:200S (2020-2021) foreslått en todelt finansieringsmodell.

Både i evalueringen og i arbeidsgruppen er det foreslått en fremtidig todelt finansieringsmodell, som innebærer at behandlingen i tverrfaglig behandlerteam finansieres via tilskudd, og at rehabilitering av tannsettet finansieres via et nytt innslagspunkt i folketrygden.

Vurdering av fremtidig finansieringsmodell faller utenfor dette oppdraget, men Helsedirektoratet vil påpeke at siden det er fri prisfastsetting for tannhelsetjenester i Norge, kan priser for tannbehandling være høyere enn folketrygdens stønadstakster og pasientene risikerer en betydelig egenbetaling dersom tannbehandlingen skal finansieres via et nytt innslagspunkt i folketrygden.

Helsedirektoratet anbefaler at det vurderes om finansieringen av TOO-tilbudet på sikt skal legges om slik at det blir en permanent og forutsigbar situasjon.

Helsedirektoratets hovedargumenter er at tilskuddsordninger krever mye administrative ressurser, både for tilskuddsmottaker og direktoratet. Videre tilsier behovet for forutsigbarhet i finansieringen at tilskudd ikke egner seg til denne typen tannhelsetilbud til sårbare grupper med omfattende og tverrfaglig behandlingsbehov.

TOO-tilbudet er ikke lovpålagt for fylkeskommunene. Ved siden av at TOO-tilbudet er et avansert, nytt og tverrfaglige tilbud, kan den tilsynelatende "frivilligheten" vedrørende etablering av tilbudet være noe av forklaring på variasjon i tilgangen til tilbudet i de ulike fylkene – og at noen fylker har svært lange ventetider.

Helsedirektoratet mener at en overføring til fylkeskommunenes rammer, ev. øremerket rammefinansiering, vil bidra til å sikre tilstrekkelig utbygging av tilbudet slik at befolkningens behov og myndighetenes krav om akseptable ventetider møtes.

## 5.2

# Rapport om øremerkede tilskudd

En ekspertgruppe leverte i 2017 rapporten Områdegjennomgang av øremerkede tilskudd til kommunesektoren<sup>[21]</sup>, og anbefaler blant annet at antall tilskuddsordninger bør reduseres kraftig gjennom innlemming og sammenslåing. Det gjelder også tilskudd på tannhelsefeltet – og helt konkret anbefaler de at tilskudd til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi bør innlemmes i rammetilskuddet til fylkeskommunene. Den gang var tilskuddet på vel 28 millioner kroner. Ekspertgruppen peker på et behov for en kraftig opprydding og foreslår å etablere et system for fremtiden som samtidig gir en helhetlig og samordnet statlig styring og økt handlefrihet for kommunene til å finne gode og innovative løsninger lokalt.

## Fotnoter

[21]

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omradegjennomgang-av-oremerkede-tilskudd-til-kommunesektore>



## Rapportering på TOO-ordningen

Under oppbyggingen av TOO-tilbudet har det vært viktig å følge med på data for pasientgruppene, personellsituasjonen og bruken av ressurser.

Tilskuddsordningen benytter både Altinn og tilleggsskjema i forbindelse med søknad og rapportering på tilskuddsmidlene.

Rapportering på tilskuddsordningen er manuell og omfattende. Evalueringen peker på at rapportering er for omfattende og ressurskrevende, noe som bekreftes av arbeidsgruppen og Helsedirektoratet.

Arbeidsgruppen har pekt på at søknadsskjema ikke passer med oppsett som ligger i regnskapssystemene som benyttes. Dette er uheldig og medfører unødig ekstraarbeid. Det er enighet om at rapporteringen bør forenkles og i størst mulig grad automatiseres.

For å sikre gode pasientforløp og enhetlig rapportering, bør det stilles krav til registrering og bruk av elektronisk pasientjournal (EPJ), slik at data om milepæler i pasientforløpet, ventetider og tannhelse for de enkelte pasientgruppene blir tilgjengelig.

Data knyttet til personellsituasjonen, antall team osv. bør fremdeles rapporteres.

Helsedirektoratet er i en prosess med å bygge om plattformen som benyttes i forbindelse med søknad og rapportering på tilskuddsordninger. Her vil det bli mulig å tilpasse den digitale løsningen til den enkelte ordningen.

## Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

KPR inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester, og fra 2023 også data for tannhelsetjenester. Formålet med et helseregister er å gi grunnlag for planlegging og styring av helse- og omsorgstjenesten, kvalitetssikring og forskning. Både offentlig og privat tannhelsetjeneste har i henhold til forskrift om kommunalt pasient- og brukerregisteret[22] plikt til å sende inn pasienters helseopplysninger til registeret. Helsedirektoratet skal i 2023 videreføre oppdraget med å samle inn og behandle tannhelsesdata fra offentlig og privat tannhelsetjeneste i KPR.

Innføring av KPR i tannhelsetjenesten med tannhelsesdata fra EPJ vil forenkle ønsket rapportering om pasientgruppen, og spare både de regionale odontologiske kompetansesentrene, fylkeskommunene og staten for mye tid. KPR vil kunne gi fortløpende informasjon om det tilrettelagte tilbudet, enten pasientene får behandling i offentlig eller privat tannhelsetjeneste. Tannhelsesdata og ventetider i pasientforløpet vil etter tilrettelegging i EPJ på sikt kunne genereres ved hjelp av KPR og er anbefalt av Helsedirektoratet. KPR vil på sikt kunne bidra med datagrunnlag for registerforskning også innen odontologi og på ulike pasientgrupper, eksempelvis TOO-pasienter.

Data knyttet til personell registreres ikke i EPJ og vil derfor fortsatt måtte hentes fra personalsystemene.

I påvente av ny tilskuddsplattform og innføring av KPR har Helsedirektoratet per januar 2023 forenklet tilskuddsregelverk, rapporteringskrav og tilhørende manuelle rapporteringsskjemaer.

# Helseregisterforskning

KPR åpner for en ny mulighet for helseregisterforskning for tannhelsetjenesten. Dette kan gi nyttig kunnskap om blant annet disse pasientgruppene.

Helseregistrene er nyttige for å følge utvikling av sykdom over tid og kobling opp mot eksempelvis livsstilsfaktorer gir kunnskap og økt forståelse om sammenheng mellom sykdom og livsstil. I tillegg kan det kobles mot materiale i biobanker.

De regionale odontologiske kompetansesentrene og universitetenes forskningsmiljøer bør være oppmerksom på denne muligheten og sørge for å bygge opp kompetanse på området. Dette kan med fordel gjøres i samarbeid med medisinske fagmiljøer for å bidra til bredt forskningssamarbeid.

Helsedirektoratet anbefaler at de regionale odontologiske kompetansesentrene bygger opp ytterligere kompetanse innen helseregisterforskning for på sikt å kunne nytte data fra KPR til å skaffe mer informasjon om dette tilrettelagte tannhelsetilbudet.

## Fotnoter

[22] [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-08-25-1292#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-08-25-1292#KAPITTEL_1)

## Normerende produkter

Helsedirektoratet er bedt om på sikt å vurdere om det er behov for å utarbeide et nasjonalt faglig normerende produkt for det tverrfaglige psykolog- og tannhelsetilbudet.

## Om Helsedirektoratets normerende produkter [23]

Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 fastslår at Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere for helsetjenestene i Norge. Rådene og anbefalingene vil ikke være rettslig bindende for tjenesteyterne, men kan blant annet beskrive direktoratets oppfatning av hva som er god faglig praksis og hvordan relevant regelverk skal tolkes.

## Faglige veiledere utarbeidet av TOO-koordineringsgruppe og TOO-faggruppe

Evalueringen peker på et behov for en mer enhetlig praksis da det er avdekket uønsket variasjon i TOO-tilbudet.

I arbeidsgruppen er det uttrykt ønske om at det på sikt lages et nasjonalt normerende produkt. I mellomtiden bør det gjøres endringer i tilskuddsregelverket og eventuelt også gjøres presiseringer i et rundskriv slik at tannhelsetjenesten i størst mulig grad kan ha en felles forståelse om hva TOO-tilbudet er, hvordan det bør organiseres, hvilket nivå rehabiliteringen av tannsettet skal legges på og når pasienten er ferdig i tilbudet mm.

For Helsedirektoratet er det ikke naturlig å utvikle et nasjonale normerende produkt så lenge TOO-tilbudet er basert på en tilskuddsordning og ikke et permanent tilbud.

Helsedirektoratet mener det er behov for tydelige felles kriterier som sikrer et likeverdig tilbud og et helhetlige behandlingsforløp; hvem kan inkluderes i ordningen, når er pasientene klar til å skrives ut og så videre. Dette er søkt løst i beskrivelse av et anbefalt pasientforløp ([kap. 1.](#)) samt med presisering av inklusjonskriteriene ([kap. 2.1.](#)). Under forutsetning at dette implementeres vil det kunne bidra til å hindre uønsket variasjon, sikring av god kvalitet i tilbudet og riktige prioriteringer, samt bidra til å løse samhandlingsutfordringer.

På områder der det ikke utarbeides nasjonale faglige retningslinjer ser Helsedirektoratet gjerne at fagmiljøer samarbeider om utarbeidelse av kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. Slike retningslinjer skal godkjennes av ledelsen på hvert tjenestested før de tas i bruk. Retningslinjer vil stå sentralt i virksomhetenes internkontroll etter helselovgivningen og i Helsetilsynets utøvelse av tilsyn.

Retningslinjer som utarbeides i alle deler av helse- og omsorgstjenesten skal være i overensstemmelse med norsk lovverk og bør være i overensstemmelse med nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale veiledere utarbeidet av Helsedirektoratet.

TOO-tjenesten ved koordineringsgruppen og faggruppen har utviklet veiledere for tverrfaglig behandlerteam (2018) og for tannbeholderteam (2022). Disse har i stor grad bidratt til utvikling og samkjøring av tilbudet. Helsedirektoratet ser positivt på arbeidet og anser at det bidrar til deling av erfaringer og utvikling av både kompetanse og tilbudet som sådan.

Ifølge evalueringen og i arbeidet med oppfølgingen har det kommet frem at de to veiledere mangler den legitimiteten som Helsedirektoratets normerende produkter har. Veilederne er ikke tatt i bruk i hele tannhelsetjenesten.

Helsedirektoratet anbefaler noen tiltak som kan iverksettes forholdsvis raskt og som vil kunne bidra til et mer enhetlig og likeverdig tilbud:

- Helsedirektoratet foretar nødvendige presiseringer i tilskudsregelverket knyttet til pasientforløpet, inkludert nivå for behandling av tannsettet
- eksisterende veiledere bør revideres og oppdateres basert på presiseringer i tilskudsregelverket og i denne rapporten. Det bør gjøres av den fylkeskommunal tannhelsetjeneste og de regionale odontologiske kompetansesentrene i et forpliktende samarbeid som sikrer eierskap til, og i neste omgang implementering av veilederne
- fylkeskommunal tannhelsetjeneste og de regionale odontologiske kompetansesentrene bør gjennomføre systematisk kalibrering av anbefalingene som gis i God klinisk praksis i tannhelsetjenesten.

Dersom pasientene i TOO-tilbudet får en rettighet etter tannhelsetjenesteloven eller lignende og det fortsatt er ulik praksis i tilbudet, vil Helsedirektoratet vurdere om det bør utvikles et nasjonalt normerende produkt. En forutsetning er blant annet at det er nok kunnskap om tilbudet og forskning på feltet.

## Fotnoter

[23] <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>

## Vedlegg

[Vedlegg 1: Deltakere i arbeidsgruppen og referansegruppen \(pdf\)](#)

[Vedlegg 2: Tillegg til tildelingsbrev 2022-9 \(pdf\)](#)

[Vedlegg 3: Tilskudsregelverk per april 2021 \(pdf\)](#)

[Vedlegg 4: Tilskudsregelverk per januar 2023 \(pdf\)](#)

[Vedlegg 5: Innspill fra ledere i fylkeskommunal tannhelsetjeneste per august 2022 \(pdf\)](#)

