

Evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi («TOO-tilbudet») – Rapport fra PwC

Først publisert: 09. september 2021

Siste faglige endring: 09. september 2021



PriceWaterhouseCoopers AS (PwC) har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi («TOO-tilbudet»).

Innhold

1. Introduksjon og sammendrag	3
2. Om evalueringen	6
3. Beskrivelse av TOO-tilbudet	18
4. Observasjoner	31
5. Vurderinger	68
6. Samlet vurdering og anbefalinger ...	90
7. Referanser	93
8. Vedlegg og PDF-versjon	97

Introduksjon og sammendrag

Forord

PriceWaterhouseCoopers AS (PwC) har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi ("TOO-tilbudet"). Det overordnede målet med evalueringen har vært å få kunnskap om i hvilken grad TOO-tilbudet har fungert i henhold til intensjonen om å gi et tilrettelagt tannhelsetilbud organisert av fylkeskommunene til tortur- og overgrepsutsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi).

Våre vurderinger bygger på informasjon gjennom dokumentstudier, datamateriale, intervjuer med ansatte og ledere i TOO-tilbudet og en rekke aktører i tilknytning til TOO-tilbudet, samt spørreundersøkelser blant pasienter, ansatte og ledere tilknyttet TOO-tilbudet. PwC har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi innestår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis.

Prosjektet er gjennomført fra februar til juli 2020. Arbeidet er gjennomført av Helge Dønnum, Jonas Lurås Hammer og Karsten Rieck fra PwC med bistand fra Borrik Schjødt (psykologspesialist), Hilde Nordgarden (tannlege, PhD) og Sandra Zerajic (tannlege). Helge Dønnum har vært prosjektleder. Kontaktperson i Helsedirektoratet har vært Lene Helweg-Larsen.

Vi takker for et spennende oppdrag og god kommunikasjon med Helsedirektoratet underveis i prosjektet.

Oslo, 2.juli 2021

Roger Mortensen
Partner, PricewaterhouseCoopers AS

Sammendrag

I 2012 startet oppbyggingen av et tilrettelagte tannhelsetilbud for personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi ved de regionale odontologiske kompetansesentrene i Norge ("TOO-tilbudet"). I 2016 ble tilbudet utvidet til den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunene, og i 2021 er tilbudet landsdekkende. Helsedirektoratet har siden oppstart gitt tilskudd til tannhelsetilbudet gjennom tilskuddsordningen Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi (TOO).

I tildelingsbrevet i 2020 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å evaluere TOO-tilbudet. Det overordnede målet med evalueringen er å få kunnskap om i hvilken grad TOO-tilbudet har fungert i henhold til intensjonen om å gi et tilrettelagt tannhelsetilbud organisert av fylkeskommunene til tortur- og overgrepsutsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi). Evalueringen skal danne et grunnlag for Helse- og omsorgsdepartementet når de skal vurdere om tilbudet skal forlenges, om det skal endres og om det skal bli en del av tannhelsetjenesteloven og rammefinansieres.

Helsedirektoratet har beskrevet en rekke problemstillinger og forhold som de ønsker belyst i evalueringen - til sammen over 70 spørsmål. På grunnlag av problemstillingene og målene for tilskuddsordningen til TOO-tilbudet, har vi utarbeidet 19 evalueringskriterier. Evalueringskriteriene utgjør referansepunktet for

evalueringen og det normative grunnlaget for å vurdere måloppnåelsen til TOO-tilbudet. For å sikre en bred informasjonsinnhenting og et godt grunnlag for analysene har vi benyttet flere metoder - både kvalitative og kvantitative - i evalueringen. I kartleggingen har vi gjennomført dokumentstudier, innhentet datamateriale, foretatt intervjuer med ansatte og ledere i TOO-tilbudet og en rekke aktører i tilknytning til TOO-tilbudet, samt gjennomført spørreundersøkelser blant pasienter, ansatte og ledere tilknyttet TOO-tilbudet.

Evalueringen av TOO-tilbudet viser at tilbudet fremstår som et viktig tilbud for personene i målgruppene. Behandlingen gir pasientene bedre tannhelse, hjelper pasientene med å mestre utfordringene de har med å gå til tannlegen og det har positive ringvirkninger til andre deler av livet. Dette stadfestes både av pasientene selv, ansatte i TOO-tilbudet og andre aktører med tilknytning til tilbudet.

TOO-tilbudet er resultat av et omfattende nybrottsarbeid. Fylkeskommuner og regionale odontologiske kompetansesentre har fra bunn av bygd opp et landsomfattende tverrfaglig pasienttilbud til utsatte grupper i samfunnet. Det eksisterer få tilsvarende tilbud i andre land som tjenesten har kunne lære av. Pionerarbeidet bør være til inspirasjon for øvrig helse- og omsorgstjeneste.

Overordnet sett har regionene organisert TOO-tilbudet likt gjennom tverrfaglige team og tannbehandler-team. Når det gjelder utøvelse av tilbudet i praksis, er det forskjeller mellom regionene. Vi har ikke avdekket beste-praksis i en spesifikk region, men vi har identifisert noen suksessfaktorer på tvers av landet, herunder tilpasning av behandling til den enkeltes behov og situasjon, stabil bemanning, velfungerende fagmiljø, god opplæring og kontinuerlig kompetanseutvikling.

TOO-tilbudet har eksistert i snart ti år og sett under ett har tjenesten klart å bygge opp en del kunnskap om målgruppen og behandlingsmetoder gjennom ulike kunnskapsoppbyggings- og forskningsaktiviteter. Det er imidlertid opparbeidet lite kunnskap om den langsiktige effekten av tilbudet. For å øke kunnskapsoppbyggingen i TOO-tilbudet ser vi behov for en mer systematisk tilnærming. Det burde etableres tilstrekkelige strukturer til å samle og tilrettelegge data som muliggjør deskriptive analyser og vitenskapelig forskning på TOO-tilbudet. Herunder bør det vurderes om den nasjonale faggruppen kan gis mer ressurser til å utøve sin virksomhet og få et tydeligere nasjonalt ansvar. Vi anbefaler også at forskning innenfor TOO-fagområder blir høyere prioritert. Vi er inneforstått med at det er utfordringer som vanskeliggjør effektstudier, men at det i større grad må legges til rette for forskning om det skal være realiserbart.

Det er enkelte forhold ved TOO-tilbudet som i kombinasjon medfører at tilbudet ikke fremstår optimalt innrettet. Inklusjonskriteriene er brede, det er indikasjoner på at TOO-tilbudet er underfinansiert, finansieringen fremstår uforutsigbar for flere av tilskuddsmottakerne, det er utfordringer med å rekruttere fagpersoner, samt indikasjoner på at regionreformen ikke er fullt ut implementert. Oppsummert peker disse forholdene i retningen av at dimensjoneringen av tilbudet og etterspørselen etter TOO-tilbudet er i ubalanse. Finansieringen av TOO-tilbudet er ikke i samsvar med formålet med tilskuddsordningen og det er grunnleggende kapasitetsutfordringer i tjenesten. Resultatet er at ingen av tilskuddsmottakerne innfrir maks grensene for ventetidene og at det har oppstått svært lange ventetider i flere regioner. Den ytterste konsekvensen er at tilbudet til pasientene ikke blir likt på tvers av landet hvor både tilgjengeligheten og kvaliteten på behandlingen varierer mellom regioner.

De nevnte forholdene burde tilnærmes fra flere hold. Innad i tjenesten bør det jobbes kontinuerlig med forbedringer som kan bidra til økt kvalitet og effektivitet i TOO-tilbudet. Herunder bør det vurderes om det skal innføres tydeligere kriterier og rammer for behandlingen. Vedrørende erfaringsutveksling innad i tjenesten foreligger det strukturer hvor ledere av og ansatte i TOO-tilbudet kan lære av hverandre på tvers av team og regioner. Disse bør videreføres, samtidig som det er indikasjoner på at det er rom for økt erfaringsutveksling for å skape ytterligere innsikt på tvers av landet. Når det gjelder utfordringene med rekruttering av fagpersonell, er det viktig å undersøke nærmere hva årsakene til utfordringene er og se om

det finnes eventuelle regionale og/eller nasjonale tiltak for å løse dem. En bærekraftig, stabil og tilstrekkelig fagkompetanse innenfor TOO-tilbudet er avgjørende for et kvalitetsmessig godt tilbud.

Når det gjelder finansiering av TOO-tilbudet, er det viktig med en forutsigbar finansiering for fylkeskommunene, kompetansesentrene og ikke minst pasientene. Vi registrerer at det har blitt foreslått ulike måter å finansiere tilbudet på. Ett forslag er rammefinansiering over fylkeskommunens budsjetter, mens et annet forslag er en todelt finansieringsmodell der behandlingen i tverrfaglige behandlerteam finansieres gjennom tilskudd og et nytt innslagspunkt som finansierer tannbehandlingen hos TOO-pasientene. Vår anbefaling er at det gjøres en grundig utredning av de foreslåtte finansieringsmodellene hvor man også identifiserer eventuelle andre måter å finansiere tilbudet på.

For å skape balanse mellom tilbud og etterspørsel, må bevilgningen til TOO-tilbudet samsvare med ambisjonsnivået i tilbudet. Dette kan tilnærmes på flere måter, herunder øke bevilgningen til tilbudet, redusere ambisjonsnivået, eller tillate lengre ventetider hvor pasienter prioriteres etter behandlingsbehov. Det er også mulig å gjøre kombinasjoner av de ulike tilnærmingene. Vår anbefaling er at det må gjøres en helhetlig vurdering av TOO-tilbudet opp mot andre offentlig finansierte tannhelsetjenester. Omfanget på bevilgning til TOO-tilbudet vil til slutt avhenge av politiske prioriteringer.

Introduksjon

I 2012 startet oppbyggingen av et tilrettelagte tannhelsetilbud for personer utsatt for tortur, overgrep og personer med odontofobi (TOO-tilbudet) ved de regionale odontologiske kompetansesentrene i Norge. I 2016 ble tilbudet utvidet til den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunene, og i 2021 er tilbudet landsdekkende. Helsedirektoratet har siden oppstart gitt tilskudd til tannhelsetilbudet gjennom tilskuddsordningen Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi (TOO).

I tildelingsbrevet i 2020 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å evaluere TOO-tilbudet. Det overordnede målet med evalueringen er å få kunnskap om i hvilken grad TOO-tilbudet har fungert i henhold til intensjonen om å gi et tilrettelagt tannhelsetilbud organisert av fylkeskommunene til tortur- og overgrepsutsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi). Evalueringen skal danne et grunnlag for Helse- og omsorgsdepartementet når de skal vurdere om tilbudet skal forlenges, om det skal endres og om det skal bli en del av tannhelsetjenesteloven og rammefinansieres.

Om evalueringen

Gjennomføring

Evalueringen er gjennomført i fem faser:



Figur 2.1.1 Evalueringens fem faser

I etableringsfasen var målet å sikre at PwC og Helsedirektoratet fikk en felles forståelse av hva evalueringen skulle levere og hvordan arbeidet skulle gjennomføres. Det ble gjennomført et oppstartsmøte og i samarbeid ble det utarbeidet et styringsdokument som blant annet bestod av et prosjektmandat, organisering av prosjektet, fremdriftsplan og planlagt kommunikasjon mellom PwC og Helsedirektoratet. I tillegg ble det etablert en referansegruppe med sentrale ressurser fra TOO-tilbudet som bistod PwC i arbeidet med å utarbeide et godt sluttprodukt i tråd med mandatet for evalueringen. Referansegruppen ga faglige innspill og råd til PwC underveis i evalueringen, men la ikke føringer for evalueringens analyser, vurderinger og anbefalinger. Referansegruppen var uavhengig av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet var representert med en observatør.

Etter at prosjektet og referansegruppen ble etablert, startet fase 2 med utviklingen av evalueringsdesign. Evalueringsdesignet tok utgangspunkt i metodikk som følger en prosess med utarbeidelse av avklaring av formål, ambisjonsnivå og avgrensninger samt detaljert beskrivelse av problemstillinger og utarbeidelse av evalueringskriterier. I tillegg innebar arbeidet en detaljering og planlegging av de ulike metodene for innsamling av informasjon til evalueringen, herunder dokumentstudier, datamateriale, intervjuene og spørreundersøkelser. Det endelige evalueringsdesignet ble diskutert og presentert for både referansegruppen og Helsedirektoratet. Evalueringsdesignet er nærmere beskrevet i kapittel 2.2.

Kartleggingen av TOO-tilbudet ble gjennomført gjennom en kombinasjon av ulike metodiske tilnærminger, herunder innhenting av statistikk, rapporter og andre dokumenter, gjennomføring av intervjuer med en rekke aktører i tilknytning til TOO-tilbudet og gjennomføring av spørreundersøkelser blant pasienter og ansatte. Hensikten med fasen var å gi prosjektgruppen et bredt informasjonsgrunnlag for å kunne gjennomføre gode analyser og vurderinger. Observasjonene ble oppsummert og presentert for både referansegruppen og Helsedirektoratet som fikk mulighet til å komme med innspill til observasjonene og avklare eventuelle misforståelser. Beskrivelse av TOO-tilbudet og observasjonene fra datainnsamlingen er beskrevet i kapittel 3 og kapittel 4.

Etter at informasjon var innhentet og kvalitetssikret, ble arbeidet fokusert mot analysen. Analysen tok utgangspunkt i de etablerte evalueringskriteriene for å vurdere i hvilken grad TOO-tilbudet har fungert i henhold til intensjonen ved bruk av ulike perspektiv: brukerperspektivet, tjenesteperspektivet, kunnskapsperspektivet og økonomiske og administrative forhold. På bakgrunn av analysene gjennomførte prosjektgruppen en vurdering av måloppnåelsen til TOO-tilbudet. De foreløpige vurderingene ble presentert for både referansegruppen og Helsedirektoratet for innspill. Analyse og vurderinger er presentert i kapittel 5.

Basert på kartleggingen, analyser og vurderinger av måloppnåelse konkluderte prosjektgruppen i hvilken grad de mente at TOO-tilbudet har fungert i henhold til intensjonen om å gi et tilrettelagt tannhelsetilbud for tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi). Den samlede vurderingen og anbefalinger er presentert i kapittel 6.

Evalueringsdesign

Et evalueringsdesign tar for seg hvordan en evaluering skal gjennomføres. Det innebærer å ha et aktivt forhold til formålet med evalueringen, herunder ambisjonsnivå og avgrensninger. Videre er det behov for å etablere et sett med problemstillinger med tilhørende evalueringskriterier. Evalueringskriteriene utgjør referansepunktet og grunnlaget for å vurdere måloppnåelse. Kriteriene kan både være av kvalitativ og kvantitativ karakter. Et siste viktig del av evalueringsdesignet er å etablere et sett med metoder som sikrer et robust informasjonsgrunnlag for å kunne vurdere måloppnåelse og hvorledes TOO-tilbudet har fungert etter intensjonen. Nedenfor gis en beskrivelse av vårt evalueringsdesign.

Formål

Det overordnede målet med evalueringen er å få kunnskap om i hvilken grad TOO-tilbudet har fungert i henhold til intensjonen om å gi et tilrettelagt tannhelsetilbud organisert av fylkeskommunene til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi). Evalueringen skal danne et grunnlag for Helse- og omsorgsdepartementet når de skal vurdere om tilbudet skal forlenges, om det skal endres og om det skal bli en del av tannhelsetjenesteloven og rammefinansieres.

Ambisjonsnivå

Evalueringen tar for seg TOO-tilbudet gjennom flere perspektiver: bruker-, tjeneste- og kunnskapsperspektivene, samt økonomiske og administrative forhold. Dette gjøres ved å få frem brukernes opplevelser av TOO-tilbudet, ansattes erfaringer og læring gjennom TOO-tilbudets levetid, samt vurderinger av organiseringen av tilbudet, faglig innretning og forvaltning og etterlevelse av den tilhørende tilskuddsordningen.

Avgrensninger

Evalueringen har følgende avgrensninger:

- Evalueringen er ikke et vitenskapelig studie. Hovedformålet med evalueringen er ikke å avdekke kausale årsakssammenhenger, og metodevalg og fremgangsmetode er ikke innrettet etter dette. Formålet med evalueringen er å få økt kunnskap om TOO-tilbudet har fungert etter intensjonen. Eventuelle sammenhenger avdekket i datainnsamlingen og analysene kan være kausale og/eller spuriøse sammenhenger, men dette kan vi ikke med sikkerhet skille mellom.
- Evalueringen omfatter TOO-tilbudet hos den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og de regionale odontologiske kompetansesentrene, og evalueringen skal ikke drøfte om tilbudet heller burde være organisert som en del av den private tannhelsetjenesten.
- Evalueringen er ikke en organisasjonsgjennomgang av TOO-tilbudet, men kan peke på eventuelle organisatoriske forbedringer som kan bidra til å styrke måloppnåelsen til tilbudet.

2.2.1 Problemstillinger

Helsedirektoratet har beskrevet en rekke problemstillinger og forhold som de ønsker belyst i denne evalueringen - til sammen over 70 spørsmål. I utviklingen av evalueringsdesignet har vi bearbeidet inndelingen av problemstillingene ved å legge til enkelte problemstillinger som vi ønsker å belyse og andre mindre justeringer (bl.a. fjerne duplikater og tydeliggjort enkelte spørsmål).

Problemstillingene er delt inn i brukerperspektiv, tjenesteperspektiv, kunnskapsperspektiv og økonomiske og administrative forhold.

- Innenfor **brukerperspektivet** er det spørsmål knyttet til brukere av TOO-tilbudet, dvs. personer i målgruppene. Herunder kjennetegn ved pasienter som har benyttet seg av tilbudet og deres opplevelser og erfaringer med tilbudet. Grunnet personvern hensyn vil det ikke være mulig å beskrive detaljerte karakteristika ved pasientgruppen som kjønn, alder, utdanning, sosioøkonomisk status, helsestatus og tannstatus.
- **Tjenesteperspektivet** er det mest omfattende perspektivet og er delt inn i ulike temaer, herunder utvikling og innretning av tilbudet, faglig innhold i tilbudet, behandlingsskjeden og samarbeid og samhandling. De fleste spørsmålene som ønskes belyst tar utgangspunkt i aktørene som leverer tjenester i TOO-tilbudet. Det innebærer blant annet at fylkeskommunene, de regionale kompetansesentrene og behandlerne som utfører tjenesten er sentrale aktører her.
- **Kunnskapsperspektivet** tar for seg ulike spørsmål knyttet til oppbyggingen av kunnskap, forskningsaktiviteten og spredningen av den opparbeidede kunnskapen til øvrig tannhelsetjeneste, helse- og omsorgstjenesten, utdanningsinstitusjoner og andre aktører.
- **Økonomiske og administrative forhold** inkluderer spørsmål knyttet til kostnadene ved TOO-tilbudet i fylkeskommunene og kompetansesentrene og administrative forhold knyttet til tilskuddsordningen og organiseringen i fylkeskommunene.

Oversikten over alle spørsmål og problemstillinger fra Helsedirektoratet er vist i vedlegg A.

2.2.2 Evalueringskriterier

Evalueringskriteriene utgjør referansepunktet for evalueringen og det normative grunnlaget for å vurdere måloppnåelsen til TOO-tilbudet. På grunnlag av de nevnte problemstillingene og målene til tilskuddsordningen Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi, har vi utarbeidet 19 evalueringskriterier, jf. tabell 2.1. De fleste av de utarbeidede evalueringskriteriene er kvalitative kriterier, mens enkelte er kvantitative. Kvantitative kriterier har den fordelen at de ofte er enkle å forstå, mens kvalitative kriterier krever en bredere beskrivelse og tilnærming. For å tydeliggjøre hvilke momenter vi vil vurdere under hvert evalueringskriterie, har vi en kort omtale av hvert kriterium under.

Brukerperspektiv

- E1 Det er lave barrierer for å oppsøke TOO-tjenesten og gjennomføre tannbehandling
- E2 Pasientene har opplevd en forbedring i den orale helse tilstanden som følge av behandlingen
- E3 Behandlingen har hjulpet pasientene med utfordringene med tannbehandling
- E4 Pasientene kan motta ordinær tannbehandling etter fullført behandling

Tjenesteperspektivet

Innretning og tilgjengelighet

- E5 TOO-tilbudet er kjent i helse- og omsorgstjeneste.

- E6 TOO-tilbudet har vært treffsikkert
- E7 TOO-tilbudet har vært godt tilgjengelig i fylkeskommunene

Faglig innhold og tilrettelegging

- E8 TOO-tilbudet har vært godt tilrettelagt pasienteneE9 Samhandlingen mellom tverrfaglig team og tannbehandler-team fungerer godt
- E10 Fagkompetansen på behandlingsstedene er sammensatt med tanke på pasientenes behov
- E11 Pasientene er ferdig behandlet i TOO-tilbudet etter fastsatte kriterier

Behandlingskjeden

- E12 Ventetidene i TOO-tilbudet har vært innenfor maksgrensene angitt i delmål (b) i tilbudet

Samarbeid

- E13 Det er samarbeid mellom TOO-tjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten
- E14 Tjenesten samarbeider med ressursentre, odont. læresteder og andre kompetansemiljø

Kunnskapsperspektivet

- E15 Tjenesten har drevet systematisk oppbygging av kunnskap om målgruppen, tannhelsetilstanden, tannhelsetilbud og kostnader E16
- Det nasjonale faglige nettverket har vært videreutviklet innen området

Økonomiske og administrative forhold

- E17 Finansieringen av TOO-tilbudet er i samsvar med formålet med tilskuddsordningen
- E18 Tilskuddsmottakere har etterlevd kravene i tilskuddsordningen
- E19 Helsedirektoratet har en god forvaltning av tilskuddsordningen

Brukerperspektivet

E1: Det er lave barrierer for å oppsøke TOO-tilbudet og gjennomføre tannbehandling

For at personer i målgruppene skal dra nytte av TOO-tilbudet, må tjenesten være lett tilgjengelig. Det innebærer blant annet at personene i målgruppene får informasjon om og kjenner til tilbudet, at det er enkelt å komme i kontakt med tjenesten og at den er geografisk tilgjengelig. I tillegg skal tjenesten være gratis for personer i målgruppene. Vi undersøkte om disse faktorene og evt. andre forhold bidrar til at det er lave barrierer for personer i målgruppene til oppsøke TOO-tjenesten og gjennomføre tannbehandlingen.

For å vurdere måloppnåelsen til dette evalueringskriteriet, har vi kartlagt oppfatninger og erfaringer til personer som har oppsøkt TOO-tjenesten og gjennomført behandling gjennom en spørreundersøkelse. I tillegg har vi kartlagt synspunkter til ansatte i TOO-tjenesten også gjennom en spørreundersøkelse.

E2: Pasientene har opplevd en forbedring i den orale helsetilstanden som følge av behandlingen

Det er sterke indikasjoner på at den orale helsetilstanden i målgruppene er dårlig (Helsedirektoratets rapport IS-1855). Formålet med tilskuddsordningen Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi er god tannhelse i målgruppen, og TOO-tilbudet skal gjøre tannhelsetjenester lettere tilgjengelig for personer i målgruppen slik at de som trenger det kan oppnå akseptabel oral helse.

Det var derfor naturlig å undersøke om pasientene har opplevd en forbedring i den orale helsetilstanden som følge av behandlingen.

For å belyse dette sentrale spørsmålet har vi først og fremst henvendt oss til pasientene og kartlagt deres selvopplevde endring i den orale helsetilstanden gjennom spørreundersøkelsen. I tillegg har vi undersøkt hvilke vurderinger ansatte i TOO-tjenesten (odontologisk personell) har gjort seg om effekter av behandlingen på tannhelsen til pasientene gjennom spørreundersøkelsen og intervjuer.

E3: Behandlingen har hjulpet pasientene med utfordringene med tannbehandling

En viktig del av behandlingen i TOO-tilbudet er å hjelpe pasientene med å mestre utfordringene de har med å gå til tannlegen, slik at de etter hvert kan motta ordinær tannbehandling. Den sentrale behandlingsinstansen er det tverrfaglige behandlerteamet som behandler angst for tannbehandling og/eller den psykiske lidelsen som hindrer pasienten å motta tannbehandling.

Som for evalueringskriterie E2, er den primære informasjonskilden pasientene og deres erfaringer med TOO-tilbudet som vi har kartlagt gjennom spørreundersøkelsen. I tillegg har vi kartlagt vurderinger ansatte i TOO-tjenesten har gjort seg, hvor særskilt det tverrfaglige behandlerteamet står sentralt, og dokumentanalyser av relevant informasjon.

E4: Pasientene kan motta ordinær tannbehandling etter fullført behandling

Gjennom behandling i TOO-tilbudet er målet at pasientene etter hvert skal kunne motta ordinær tannbehandling, dvs. utenfor TOO-tilbudet. Det er derfor naturlig å undersøke hvordan det har gått med pasientene etter behandling i TOO-tilbudet.

For å belyse dette evalueringskriteriet, har vi benyttet flere informasjonskilder. Vi har kartlagt pasientenes forventninger om tannbehandling i etterkant av behandlingen og vurderinger til ansatte i TOO-tjenesten gjennom intervjuene og spørreundersøkelse. Vi har også undersøkt om noen fylkeskommuner, kompetansesentre og/eller behandlingssteder har gjennomført kartlegginger eller samlet inn data.

Tjenesteperspektivet

E5: TOO-tilbudet er kjent i helse- og omsorgstjenesten

For at TOO-tilbudet kan benyttes må tjenesten være kjent. Foruten personene i målgruppene er det fordelaktig at særskilt helse- og omsorgstjenesten (allmennleger, spesialisthelsetjenesten, privatpraktiserende psykologer etc.) kjenner til tilbudet og behandlingssteder ettersom disse kan komme i kontakt med personer i målgruppene gjennom sine helsetilbud.

For å belyse dette evalueringskriteriet, har vi kartlagt erfaringene til aktørene i tjenestene (ansatte på behandlingssteder, ledere av klinikker, kompetansesentre og fylkestannleger) og andre aktører tilknyttet tjenesten. I tillegg har vi kartlagt erfaringene til et utvalg av personer i helse- og omsorgstjenesten (bl.a. fastleger og DPS). Grunnet prosjektets rammer har vi ikke hatt anledning til å gjennomføre større befolkningsundersøkelser.

E6: TOO-tilbudet har vært treffsikkert

I rapport IS-1855 Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi har Helsedirektoratet utarbeidet inngangskriterier til målgruppene i tilskuddsordningen.

Inngangskriterier skal bidra til at personene som tilbudet er ment til får tilbud om behandling, dvs. at tilbudet blir treffsikkert. I praksis er det imidlertid avhengig av at kriteriene er godt utformet, og at de er forstått og praktisk likt av behandlingsstedene.

For å vurdere måloppnåelsen til dette evalueringskriteriet har vi gjort faglige vurderinger av inngangskriteriene til målgruppene. I tillegg har vi kartlagt hvordan kriteriene er forstått og praktisert på de ulike behandlingsstedene (spørreundersøkelse og intervjuene), samt innhentet synspunkter fra odontologiske fagmiljøer (kompetansesentrene og universiteter).

E7: TOO-tilbudet har vært godt tilgjengelig i fylkeskommunene

Et godt tilgjengelig tannhelsetilbud er en del av ett av delmålene i tilskuddsordningen (delmål a). Det er imidlertid ikke spesifisert hva som menes med "godt tilgjengelig". Vi har operasjonalisert begrepet ved at det må være et tilstrekkelig behandlingstilbud i samtlige fylkeskommuner, dvs. at dekningsgraden må være tilfredsstillende. Vurderingen av måloppnåelsen under dette kriteriet må sees i sammenheng med E1 der vi er opptatt av pasientenes opplevelse av tilgjengeligheten til TOO-tilbudet og barrierer for oppsøking.

Den primære informasjonskilden til å vurdere dette evalueringskriteriet har vært foreliggende datamateriale over dekningsgraden i befolkningen i fylkeskommunene. Vi har også belyst evalueringskriteriet ved å kartlegge utbyggingen og dimensjonering av tjenesten hos fylkeskommunene.

E8: TOO-tilbudet har vært tilrettelagt pasientene

Som for E7, er et tilrettelagt tannhelsetilbud en del av delmål a i tilskuddsordningen, men begrepet "tilrettelagt" er ikke spesifisert i regelverket for tilbudet. I denne evalueringen tolker vi "tilrettelagt" som at TOO-tjenesten har utviklet behandlingsmetoder og tilrettelagt behandlingen til den enkelte pasients behov og situasjon. Dette omfatter både behandlingen i tverrfaglig team (psykologisk behandling) og tannbehandler-team (odontologisk behandling).

Veilederen IS-1589 God klinisk praksis i tannhelsetjenesten fra 2011 er en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. Den beskriver en måte å resonnere på både ved undersøkelse, i planlegging og gjennomføring av tannbehandling, og gir uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet. Det er et delmål i tilskuddsordningen (delmål c) at tannbehandlingen skal utføres i tråd med veilederen.

For å belyse dette evalueringskriteriet har vi gjort faglige vurderinger av behandlingsmetodene. I tillegg har vi kartlagt pasientenes oppfatninger av tilretteleggingen av behandlingen (spørreundersøkelse) og ansatte i TOO-tjenesten sine erfaringer og synspunkter (spørreundersøkelse og intervjuene).

E9: Samhandlingen mellom tverrfaglig team og tannbehandler-team fungerer godt

Ettersom TOO-tilbudet består av to typer behandlinger med forskjellig personell og på ulike geografiske steder (tverrfaglig team og tannbehandler-team), er det avgjørende med god kommunikasjon og pasient- og informasjonsflyt mellom behandlingsinstansene. Dersom det har oppstått eventuelle utfordringer i utviklingen av TOO-tilbudet, bør de også ha blitt håndtert underveis i prosjektets levetid.

For å vurdere måloppnåelsen til dette evalueringskriteriet har vi først og fremst kartlagt erfaringene til de ansatte som utfører selve behandlingene på behandlingsstedene, samt ledere for tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og de regionale kompetansesentrene.

E10: Fagkompetansen på behandlingsstedene er sammensatt med tanke på pasientenes behov

Fagkompetansen på behandlingsstedene må være sammensatt slik at personalet kan utføre behandlingen som pasientene har behov for. I forarbeidet til etableringen av TOO-tilbudet ble det skissert hvilke kompetanser man anså det var behov for. I tillegg har tjenesten trolig avdekket hvilke fagkompetanse det er behov for i prosjektperioden, samt opparbeidet seg erfaringer knyttet til tilgjengelighet på arbeidsmarkedet. Videre er det nødvendig at det gis faglig veiledning til personell som har behov for veiledning og at det skjer en kompetanseutvikling på behandlingsstedene.

For å belyse dette evalueringskriteriet har vi kartlagt erfaringene til de ansatte som på behandlingsstedene, samt ledere for tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og de regionale kompetansesentrene.

E11: Pasientene er ferdig behandlet i TOO-tilbudet etter fastsatte kriterier

Når pasientene er ferdigbehandlet, er det viktig med en god pasientflyt ut av TOO-tjenesten. I det henseende må det foreligge tydelige kriterier for når pasientene er ferdigbehandlet og det må være etablert et system for oppfølging av pasientene i etterkant av behandlingen.

For å vurdere måloppnåelsen til dette evalueringskriteriet har vi først kartlagt hvilke utskrivningskriterier som foreligger på behandlingsstedene og deretter gjort en faglig vurdering av disse. I tillegg har vi kartlagt hvordan kriteriene er forstått og praktisert på de ulike behandlingsstedene (gjennom spørreundersøkelse og intervjuene), samt innhentet synspunkter fra odontologiske fagmiljøer (kompetansesentrene og universiteter).

E12: Ventetidene i TOO-tilbudet har vært innenfor maksgrensene angitt i delmål (b) i tilbudet

I tilskuddsordningens regelverk er det angitt mål for ventetider i TOO-tilbudet (delmål b). Mer spesifikt er de maksimale ventetidene fra henvisning til vurderingssamtale 8 uker, fra vurderingssamtale til behandling i tverrfaglig team 4 uker og fra behandling i tverrfaglig team til behandling i tannbehandlerteam 4 uker.

Den primære informasjonskilden til å vurdere dette evalueringskriteriet har vært foreliggende datamateriale over ventetider på behandlingsstedene. Vi har også belyst kriteriet gjennom intervjuene med ansatte på behandlingsstedene, samt ledere for tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og de regionale kompetansesentrene.

E13: Det er samarbeid og/eller samhandling mellom TOO-tjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten

En vellykket behandling av pasienter i målgruppene fordrer et godt samarbeid og eventuell samhandling med andre deler av helse- og omsorgstjenesten, som fastleger, spesialisthelsetjenesten, privatpraktiserende psykologer, andre tannhelsetjenester/-tilbud, helsetjeneste for asylsøkere og flyktninger, krisesentre etc. Dette gjelder flere steder i behandlingsforløpet; inngang til TOO-tjenesten (fange opp personer i målgruppen, spre informasjon, henvise etc.), eventuelt under behandling og i etterkant av behandling (overføring til ordinær tannlegebehandling, eventuelt behandling utenfor TOO-tjenesten, oppfølging i TOO-tjenesten etc.). Tverrfaglig samhandling mellom TOO-tjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten er også et av delmålene til tilskuddsordningen (delmål g).

For å belyse dette evalueringskriteriet har vi kartlagt erfaringene til utvalgte deler av helse- og omsorgstjenesten (gjennom intervju), samt erfaringene til ansatte som på behandlingsstedene og ledere for tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og de regionale kompetansesentrene.

E14: Tjenesten samarbeider med ressursentre, odont. læresteder og andre kompetansemiljø

Et godt TOO-tilbud til pasientene fordrer et godt samarbeid med relevante aktører. Tjenesten har samarbeidet med ressursentre, odontologiske læresteder og andre kompetansemiljø om flere forhold: Utvikling av tjenesten, utvikling av behandlingsmetoder, tilrettelagt behandling, kunnskapsoppbygging m.m. Samarbeid med regionale ressursentre om vold og traumatisk stress (RVTS), sentre mot incest, odontologiske læresteder og andre kompetansemiljø er også ett av delmålene i tilskuddsordningen (delmål e).

For å belyse dette evalueringskriteriet har vi kartlagt erfaringene til ressursentre og odontologiske læresteder, samt erfaringene til ledere for tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og de regionale kompetansesentrene.

Kunnskapsperspektivet

E15: Tjenesten har drevet systematisk oppbygging av kunnskap om målgruppen, tannhelsetilstand, tannhelsetilbud og kostnader

En viktig del av TOO-tilbudet har vært at det skal bygges opp systematisk kunnskap om forskjellige forhold ved tilbudet; målgruppen, tannhelsetilstanden, tannhelsetilbud og kostnader. Dette er derfor et av delmålene i tilskuddsordningen (delmål d). En systematisk oppbygging innebærer både at det har blitt etablert strukturer for å bygge opp kunnskap og at det har blitt utarbeidet kunnskapsprodukter som faglige veiledere, undersøkelser i målgruppen, evalueringer av behandlingsmetoder etc. I kunnskapsoppbyggingen er det en fordel at det er godt samarbeid mellom fylkeskommunene og kompetansesentrene.

Med systematisk oppbygging av kunnskap er det også behov for å formidle og spre kunnskapen om målgruppen, tannhelsetilstanden og tannhelsetilbudet (herunder behandlingsmetoder m.m.). Kunnskapen kan potensielt øke kvaliteten på selve tjenesten, blant annet ved at tverrfaglig team og tannbehandlerteam kan tilpasse behandlingsmetoder til nyervervet kunnskap eller tilpasse opplæringen og veiledningen av nye medarbeidere m.m. Utover TOO-tilbudet kan økt kunnskap benyttes av aktører innenfor samme fagområdet (f.eks. ressursentre) og andre deler av helse- og omsorgstjenesten.

Det er ingen krav i tilskuddsordningen at tjenesten skal bedrive forskning og produksjon av vitenskapelige artikler innenfor fagfeltet. Likevel kan forskning bidra til å bygge opp kunnskap om forskjellige forhold ved tilbudet. Vi har derfor kartlagt om det har vært drevet forskningsaktiviteter om eller i tilknytning til TOO-tilbudet.

For å vurdere måloppnåelsen til dette evalueringskriteriet har vi undersøkt foreliggende datamateriale, herunder årsrapporter fra tilskuddsmottakere og eventuelle utarbeidede kunnskapsprodukter. I tillegg har vi kartlagt erfaringene med kunnskapsoppbyggingen blant ledere for tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og de regionale kompetansesentrene.

E16: Det nasjonale faglige nettverket har vært videreutviklet innen området

Etter vår forståelse består det faglige nettverket av de tverrfaglige teamene i hele Norge. Blant annet samles de på årlige nettverkssamlinger i regi av faggruppen. I tillegg eksisterer det lokale nettverk av tannbehandlingsteam. Dette er også ett av delmålene i tilskuddsordningen (delmål f).

For å vurdere måloppnåelsen på dette evalueringskriteriet har vi kartlagt graden av organisering/struktur, aktiviteter og "leveranser" fra nettverket hos ledere og ansatte i tverrfaglige team, samt utvalgte personer i faggruppen.

Økonomiske og administrative forhold

E17: Finansieringen av TOO-tilbudet er i samsvar med formålet med tilskuddsordningen

Siden 2011 har Stortinget bevilget midler til tilskuddsordningen over statsbudsjettet, hvor bevilgningen har gradvis blitt styrket over tid. Siden midlene over tilskuddsordningen er den viktigste finansieringskilden til TOO-tilbudet i fylkeskommunene og kompetansesentrene, har størrelsen på bevilgningen stor betydning for innretningen av tjenesten og grad av måloppnåelse. Det er derfor sentralt å vurdere om størrelsen på tilskuddsordningen har vært optimalt innrettet mht. etterspørsel etter tjenesten og måloppnåelsen til fylkeskommunene og kompetansesentrene.

Den primære informasjonskilden til å vurdere dette evalueringskriteriet har vært foreliggende datamateriale over kostnadene til behandlingsstedene. I tillegg har vi belyst kriteriet gjennom intervjuene med ledere for tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og de regionale kompetansesentrene, samt sentrale styresmakter.

E18: Tilskuddsmottakere har etterlevd kravene i tilskuddsordningen

Fylkeskommuner/kompetansesentre/behandlingssteder som mottar tilskudd fra staten for å opprette et tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi, må oppfylle visse krav iht. regelverket for tilskuddsordningen. Blant annet må de levere årsrapporter med tilleggsskjemaer, budsjett, regnskap og revisorkontroll og attestasjon fra revisor, samt vurdere hvordan gjennomførte tiltak har ført til oppnåelse av målene i regelverket til tilskuddsordningen.

For å vurdere måloppnåelsen til dette evalueringskriteriet har vi undersøkt foreliggende datamateriale, herunder årsrapporter fra tilskuddsmottakere, regnskap, budsjett og rutiner for revisorkontroll m.m. I tillegg har vi kartlagt erfaringene med tilskuddsordningen blant ledere for tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og de regionale kompetansesentrene, samt sentrale styresmakter.

E19: Helsedirektoratet har en god forvaltning av tilskuddsordningen

Helsedirektoratet er forvalter av tilskuddsordningen. Dette innebærer å utarbeide tilskudsregelverket etter oppdrag fra Helse- og omsorgstjenesten. Regelverket legger premissene for ordningen. I denne sammenhengen er det viktig at regelverket blant annet beskriver mål og målgruppe for tilskuddsordningen, kriterier for måloppnåelse, tildelingskriterier, oppfølging og kontroll og evaluering av tilskuddsordningen.

Som følge av dette skal Helsedirektoratet påse at rapporteringen fra tilskuddsmottakere er tilfredsstillende, utføre kontroll av at bevilgningen brukes etter kravene i regelverk og tilskuddsbrev og at opplysninger som legges til grunn for tildeling og som inngår i den etterfølgende rapporteringen er korrekte. I tillegg kan de stanse tilskudd dersom tilskuddsmottakere ikke oppfyller kravene som stilles i regelverket eller tilskuddsbrevet.

For å belyse dette evalueringskriteriet har vi undersøkt foreliggende datamateriale, herunder Helsedirektoratets korrespondanse med tilskuddsmottakere. I tillegg har vi kartlagt erfaringene med tilskuddsordningen blant ledere for tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og de regionale kompetansesentrene, samt sentrale styresmakter.

2.2.3 Metoder

Overordnet om metoder

For sikre en bred informasjonsinnhenting og et godt grunnlag for analysene har vi benyttet flere metoder - både kvalitative og kvantitative - i evalueringen. I evalueringen er det gjennomført dokumentstudier, innhentet datamateriale (statistikk og rapporteringer), foretatt intervjuer og gjennomført spørreundersøkelser.

Nærmere om dokumentstudier

Hensikten med dokumentstudiene i evalueringen var å få et oppdatert kunnskaps- og erfaringsgrunnlag om TOO-tilbudet. Dokumentstudiene omfattet både overordnet informasjon om tjenesten, men også informasjon og kunnskap innenfor de fire perspektivene som skal besvares gjennom evalueringskriteriene. Dokumentstudiene inkluderte en overordnet analyse av tilgjengelig dokumentasjon om TOO-tilbudet som blant annet ga bakgrunn for opprettelsen av TOO-tilbudet og hvilke føringer som er gitt i styrende dokumentasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

En sentral kilde om TOO-tilbudet som er benyttet er rapporten IS-1855 som utreder grunnlaget og intensjonen bak tilbudet. I tillegg har dokumentstudiene blant annet inkludert regelverket til tilskuddsordningen og materiale som TOO-tjenesten har utarbeidet selv (blant annet faglige veiledere), samt dokumenter som NOU 2005: 11 Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet og St.Meld. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning— Framtidas tannhelsetjenester. Som en del av arbeidet har vi også benyttet oss av fagartikler og forskningsartikler for å belyse og gi supplerende informasjon om TOO-tilbudet. En fullstendig oversikt over benyttet dokumentasjon finnes i referanselisten.

Nærmere om datamateriale

Evalueringen har omfattet arbeid knyttet til innhenting og systematisering av registrerte data knyttet til TOO-behandlingen i fylkeskommunene og kompetansesentrene. I arbeidet har vi benyttet oss av de årlige rapporteringene fra fylkeskommunene og kompetansesentrene. De årlige rapporteringene er et krav som stilles til tilskuddsmottakeren av tilskuddsordningen ifm. TOO-tilbudet. De årlige rapporteringene er detaljerte og inneholder informasjon knyttet til blant annet personellressurser som benyttes, henvisnings- og ventetid, pasientinformasjon i de tverrfaglige teamene og tannbehandlerteamene, det faglige nettverket og økonomi.

I tillegg til de årlige rapportene, har vi benyttet data fra Helsedirektoratet med oversikt over tildelte midler som er gitt ut i forbindelse med tilskuddsordningen, samt data om forskning som er gjennomført.

Nærmere om intervjuene

En sentral og viktig informasjonskilde i evalueringen av TOO-tilbudet var intervjuene av personer som er involvert i TOO-tilbudet, samt relevante aktører tilknyttet tilbudet. Intervjuene ble gjennomført både som enkeltintervjuer og gruppeintervjuer med varighet på en til to timer, avhengig av antall deltakere og temaer.

Intervjuene ble gjennomført i tre bolker. I første omgang ble det gjennomført innledende samtaler med utvalgte nøkkelpersoner for å skape en kontekstuell forståelse av TOO-tilbudet. Samtalene var et viktig

bidrag i utarbeidelsen av evalueringsdesignet (fase 2). Hovedbolken av intervjuene ble gjennomført i kartleggingsfasen av evalueringen (fase 3). Intervjuene var en sentral kilde for å innhente observasjoner om TOO-tilbudet, herunder faktaopplysninger, synspunkter og meninger m.m. Temaene omfattet både bruker-, tjeneste- og kunnskapsperspektivet, samt de økonomiske og administrative forholdene ved TOO-tilbudet. Avslutningsvis ble det gjennomført enkelte supplerende intervjuer, blant annet for å verifisere observasjoner og funn i evalueringen. Dette sikret at vurderingene i minst mulig grad ble basert på misforståelser, feiltolkninger og faktafeil.

Totalt ble det gjennomført 50 intervjuer med nærmere 70 personer. Intervjuobjektene har inkludert Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, fylkestannleger, ledere for de regionale kompetansesentrene, ledere for klinikker og behandlingspersonell i både tverrfaglige team og tannbehandlerteam, herunder psykologer, tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer. I tillegg har vi intervjuet aktører tilknyttet tilbudet som privatpraktiserende tannleger, fastleger, distriktpsikiatriske sentre (DPS), De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Norsk forening for odontofobi (NOFOBI), Den norske tannlegeforening og forskere innenfor odontologi på kompetansesentrene og universitetene. En oversikt er gitt i Vedlegg D.

I rapporten benyttes utelukkende begrepet ansatte når vi henviser til intervjuobjektene svar uavhengig om vedkommende arbeider som behandlingspersonell i tverrfaglig team eller tannbehandlerteam eller har andre roller i tilknytning TOO-tilbudet. Årsaken til dette er personvern hensyn.

Nærmere om spørreundersøkelser

I evalueringen ble det gjennomført to spørreundersøkelser. Den ene spørreundersøkelsen var rettet mot offentlig ansatte og ledere (i fylkeskommuner, kompetansesentre og offentlige tannklinikker) og private tannklinikker og private psykologklinikker som er tilknyttet TOO-tilbudet, mens den andre spørreundersøkelsen ble gjennomført blant pasienter av tjenesten. Begge spørreundersøkelsene var anonyme, opplysningene ble behandlet konfidensielt og ingen svar var mulig å spore tilbake til den enkelte respondent. Gjennomføringen av undersøkelsene, herunder utforming av spørreskjemaene, ble gjort i samråd med personvernombudet i Helsedirektoratet for å ivareta respondentenes personvern og sikre overholdelse av personopplysningsloven og retningslinjer fra Helsedirektoratet.

Spørreundersøkelse blant pasienter

Spørreundersøkelsen blant pasientene i TOO-tilbudet ble gjennomført i perioden 19. april til 1. juni 2021. Undersøkelsen ble gjennomført ved at tverrfaglige team og tannbehandlerteam leverte et informasjonsskriv om spørreundersøkelsen med lenke til det elektroniske spørreskjemaet til pasienter som var til behandling hos teamene. Pasientene tok deretter selv initiativ til frivillig å gjennomføre spørreundersøkelsen på selvvalgt tidspunkt. Spørreundersøkelsen forelå på norsk som følge av personvern hensyn. Dersom pasientene ikke kunne norsk måtte de få hjelp av familiemedlemmer, venner eller andre til å svare på undersøkelsen. Med hensyn til respondentenes personvern var det ingen bakgrunnsspørsmål i spørreskjemaet, herunder hvilke målgruppe pasientene tilhørte, hvilken region de bodde i, alder og kjønn eller hvor langt i behandlingsforløpet pasientene var kommet. Som følge av gjennomføringsdesignet, har vi ikke kjennskap til antallet pasienter som mottok informasjonsskrivet om spørreundersøkelsen. Oversikt over spørsmålene i spørreundersøkelsen er vedlagt rapporten, jf. vedlegg B.

Spørreundersøkelse blant ansatte og ledere

Spørreundersøkelsene blant ansatte og ledere ble gjennomført i perioden 16. april til 28. mai 2021. Undersøkelsen ble gjennomført ved at alle ansatte og ledere i fylkeskommunene, kompetansesentre og offentlige tannklinikker, samt ansatte og ledere i private tannklinikker og psykologklinikker som var tilknyttet TOO-tilbudet, mottok et elektronisk spørreskjema på e-post. Ansatte og ledere tok selv initiativ til frivillig å fylle ut spørreundersøkelsen på selvvalgt tidspunkt. Med hensyn til respondentenes personvern

var det ingen bakgrunnsspørsmål i spørreskjemaet, herunder utdanning, yrke eller tilknytning til TOO-tilbudet (f.eks. i ledelse, i tverrfaglig team eller i tannbehandler-team). Som følge av gjennomføringsdesignet, har vi ikke kjennskap til antallet ansatte og ledere som mottok det elektroniske spørreskjemaet på e-post. I rapporten har vi forenklet omtalen av undersøkelsen til "spørreundersøkelse blant ansatte". Oversikt over spørsmålene

Beskrivelse av TOO-tilbudet

Kapittelet inneholder en beskrivelse av TOO-tilbudet, herunder omtale av bakgrunn, målgruppene, organiseringen, tilskuddsordningen, utviklingen av tilbudet og pasientforløpet.

Bakgrunn for tilbudet

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen. Ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten ligger hos fylkeskommunene, som innebærer at de både skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til gitte grupper i tannhelsetjenestelovens § 1-3, dvs. barn og ungdom 0-18 år, psykisk utviklingshemmede, eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret og andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Fylkeskommunene er også pålagt et samordningsansvar for den offentlige og private tannhelsetjenesten.

Når det gjelder målgruppene i TOO-tilbudet - personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi (sterk tannbehandlingsangst) - har de fått økt oppmerksomhet de senere år. I NOU 2005:11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet vises det til at odontologiske fagmiljøer antar at ca. to til tre prosent av befolkningen har så sterk frykt for tannlegen at de ikke mottar den behandlingen de har behov for. Det stadfesteres at gruppen er liten, men at problemene er store; to av de sentrale forhold er for det første behandlingen av fobien, og for det andre den etterfølgende tannbehandling med eventuell odontologisk rehabilitering av tannsettet på grunn av et oppsamlet behandlingsbehov. Hvilken grad av tannbehandlingsangst som kvalifiserer til diagnosen odontofobi kan imidlertid være uklart ettersom det finnes mange grader av angst for å gå til tannlegen. Utvalget anbefalte at personer med odontofobi ikke gis rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, men at behandlingen av odontofobi bør ligge hos regionale odontologiske kompetansesentre. I sitt høringsvar av 10.11.2005, mente Sosial- og helsedirektoratet at personer som lider av odontofobi som oftest har et stort og oppsamlet behov for tannbehandling, og at disse personene burde få et tilbud om offentlig finansiering av tannbehandling. Direktoratet påpekte at tilbudet burde avgrenses til personer har fått stilt diagnosen odontofobi i diagnosesystemet ICD-10. I høringsvaret vektla også direktoratet at tortur- og overgrepsutsatte ikke var omtalt i utredningen. Gruppene fremheves av direktoratet ved at de kan ha store problemer med oral behandling. Direktoratet la derfor frem forslag om at tortur- og overgrepsutsatte personer burde få et tilrettelagt offentlig tilbud.

I St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelig, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester la regjeringen frem forslag til politikk for tannhelsetjenester til befolkningen. I stortingsmeldingen stadfester regjeringen at de er innforstått med at mange med alvorlig odontofobi er avhengig av behandling av fobien for å bli i stand til å motta tannbehandling. De påpekte at eksisterende kunnskap om omfang, alvorlighet av fobien, behandlingsbehov, forhold knyttet til kostnader og eventuelle kriterier mv. er begrenset, og at de vil sørge for en nærmere kartlegging av forholdene med sikte på en senere vurdering av rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Når det gjelder tortur- og overgrepsutsatte, mente regjeringen at det er utsatte grupper som kan ha behov for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Det ble fremhevet at det er lite kunnskap om antallet personer dette gjelder og hvilke behandlingsbehov de har, og som for odontofobi, vil de sørge for en nærmere kartlegging av forholdene med sikte på senere vurdering av behov for offentlig finansiering av tannhelsetjenester.

I behandlingen av stortingsmeldingen i Stortinget i 2008 ble det fattet et anmodningsvedtak (nr.392) hvor Stortinget ba regjeringen å legge til rette for at tortur- og overgrepsutsatte via henvisning fra fastlege får utredning om terapi og tannbehandling. I brev til Stortinget av 26.08.08 opplyste Helse- og omsorgsdepartementet at de ville vurdere ulike alternative måter å imøtekomme tortur- og overgrepsutsattes behov for tannbehandling som en del av arbeidet med ny tannhelselov. Som oppfølging av dette ga Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 03.04.09 Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide forslag til vilkår for og kostnadsanalyse for tannbehandling for både tortur- og overgrepsutsatte.

Som svar på oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet, utarbeidet Helsedirektoratet rapporten IS-1855 Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. Hoveddelen som ble avlevert departementet i desember 2009, beskriver hvilke tann- og munnhelseproblemer disse personene kan ha, hva som kan hindre dem i å benytte seg av dagens tilbud og hvorfor de trenger tilrettelagte tjenester. Rapporten gir også anbefalinger om hvordan et tilbud kan organiseres og finansieres, og hvordan kompetanseutvikling for tannhelsepersonell kan bygges opp. Tilleggsrapporten som ble avlevert departementet i juni 2010, beskriver mer i detalj kostnader i forbindelse med etablering av behandlerteam, behovet for systematisert samarbeid med blant annet fastlege, psykolog/psykiater og hvilke samarbeidspartnere som er aktuelle vil være avhengig av målgruppen. I forbindelse med rapporten ble det nedsatt en ekstern arbeidsgruppe med representanter fra fagmiljøer ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), universitetene, tannhelsetjenesten, brukerorganisasjoner og yrkesorganisasjoner. Arbeidsgruppen var med å belyse ulike problemstillinger og deltok i drøftinger i arbeidet med rapporten.

I rapporten ble det fremhevet at Helsedirektoratet at helsemyndighetene har som mål om at alle personer i befolkningen skal ha lik tilgang til tannhelsetjenester uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn, personlig økonomi og livssituasjon. Personer som har vært utsatt for tortur eller overgrep og personer som har odontofobi, kan befinne seg i en vanskelig livssituasjon der muligheten til å benytte seg av eksisterende tannhelsetilbud er redusert på grunn av sosiale, økonomiske og/eller helsemessige årsaker. Helsedirektoratet mente derfor at det er formålstjenlig at det etableres ordninger som gjør at tannhelsetjenester blir lettere tilgjengelig for disse personene slik at de som trenger det kan oppnå akseptabel oral helse. I tillegg vil tilbudet kunne være et viktig bidrag til å utjevne sosiale ulikheter i helse.

Helsedirektoratet anbefalte i rapporten en fylkeskommunal modell som bygger på prinsippet om en sterk offentlig tannhelsetjeneste med et klart organisatorisk ansvar og forvaltningsansvar for å sørge for et helhetlig og tilrettelagt tannhelsetilbud. Helsedirektoratet mente at tannbehandling til tortur- og overgrepsutsatte og til personer med odontofobi nå må finansieres fullt ut gjennom rammefinansiering til fylkeskommunene.

Den første bevilgningen til TOO-tilbudet over statsbudsjettet var 2,5 mill. kroner i 2011. Se videre omtale av utviklingen av TOO-tilbudet i kapittel 3.5.

Målgruppene

I regelverket for tilskuddsordningen er målgruppene for tilbudet definert som voksne personer over 20 år som har vært utsatt for tortur, overgrep eller som har odontofobi, jf. Helsedirektoratets definisjoner i rapport IS-1855. Regelverket presiserer at psykolog avgjør hvem som faller inn i de tre målgruppene.

Personer utsatt for tortur

I IS-1855 er personer utsatt for tortur delt inn i fire grupper på bakgrunn av skadehistorie og type skader. I rapporten vurderes det årlige behovet innenfor gruppen til å være omkring 2 750 pasienter årlig. Gruppen omfatter personer utsatt for:

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

I rapporten argumenterer Helsedirektoratet for at tortur kan gi alvorlige fysiske og psykiske senvirkninger, som i de fleste tilfeller innebærer behov for behandling. Tannbehandlingsbehovet for personer som har vært utsatt for tanntortur eller tortur mot hode- / halsregion er vurdert til å kunne ha et omfattende og komplisert tannbehandlingsbehov og flere vil antagelig ha tannbehandlingsvegring eller odontofobi som følge av sine opplevelser. En del av pasientgruppen kan også ha psykiske lidelser som for eksempel posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

Ifølge IS-1855 bør pasientgruppen motta oral rehabilitering slik at de oppnår akseptabel oral helse. Behandlingen bør utføres av tannhelsepersonell med økt kompetanse på behandling av torturutsatte, samt av odontologiske spesialister der dette anses som nødvendig. Det anses videre som svært viktig at torturoverlevende også tilbys psykologisk behandling av sine traumer. Samarbeid mellom psykolog og tannhelsepersonell i forbindelse med tannbehandling kan i noen tilfeller være nødvendig og hensiktsmessig.

Personer utsatt for overgrep

I IS-1855 er seksuelle overgrep definert som hendelser som kan strekke seg over et lengre tidsrom eller mer enkeltstående hendelser som har medført at den utsatte får problemer i relasjonelle sammenhenger eller i forbindelse med tannbehandling. Med seksuelle overgrep inkluderes alle former for tvang eller bruk av vold for å få noen til å utføre eller aktivt eller passivt delta i handlinger av seksuell karakter. Begrepet omfatter voldtekt og forsøk på dette, og omfatter tilfeller med både ukjent og kjent overgriper, herunder intimpartnere. I IS-1855 er gruppen utsatt for overgrep aktuelle for TOO-tilbudet beregnet til å omfatte omkring 2000 pasienter årlig.

Som følge av tidligere overgrep, påpekes det i IS-1855 at deler av pasientgruppen kan ha utfordringer knyttet til munnhygiene og stell og vedlikehold av tenner. Ifølge forskningen er det flere som opplever tannbehandling som problematisk og/eller utvikler tannbehandlingsangst. Utfordringene kommer til syne gjennom svekket tannstatus, unnlattelse av å bestille time hos tannlege, ingen oppmøte til avtalt tannbehandling eller problematiske reaksjoner hos tannlegen. Personer utsatt for overgrep kan derfor ha store utfordringer knyttet til å motta tannbehandling og er derfor krevende å behandle. Det kan være flere likhetstrekk mellom tidligere opplevde overgrep og tannbehandlingssituasjonen. Det er derfor avgjørende å bygge opp et tillitsforhold mellom behandler og pasient. Pasientgruppen har også særlig behov for trygghet og følelse av kontroll for å mestre situasjonen, som kan være en tidkrevende prosess. I tillegg vil personer i denne gruppen ofte ha et oppsamlet og omfattende behandlingsbehov fordi de har unngått tannbehandlingssituasjonen så langt det har vært mulig. Sedasjon er heller ofte ikke aktuelt på grunn av pasientens frykt for å miste kontrollen. Flere overgrepsutsatte har gitt uttrykk for at de har hatt nytte av psykologisk behandling, evt. kognitiv terapi for å mestre tannbehandlingssituasjonen.

Pasientene bør, ifølge IS-1855, motta oral rehabilitering slik at de oppnår akseptabel oral helse. Oral rehabilitering kan utføres av tannhelsepersonell, evt med økt kompetanse på behandling av personer utsatt for seksuelle overgrep, samt av odontologiske spesialister der dette anses som nødvendig. Det vurderes også som hensiktsmessig og tidvis nødvendig med samarbeid mellom psykolog og tannhelsepersonell i forbindelse med tannbehandling.

Personer med odontofobi (samt blod-skade-injeksjonsfobi)

Ifølge IS-1855 benyttes begrepet odontofobi ofte ukritisk som en betegnelse på forskjellige former for angst for tannbehandling (tannlegeskrekk). I profesjonell sammenheng er imidlertid odontofobi en diagnose som i de internasjonale diagnosesystemene (DSM-IV, 300.29; ICD-10, F.40.2) omtales som Spesifikke fobier. I IS-1855 beregnes gruppen med odontofobi til en årlig størrelse på omkring 2 750 pasienter. Gruppen inkluderer voksne personer over 20 år som har hatt en fobisk lidelse over et år og inkluderes i TOO-tilbudet dersom de innfrir følgende vilkår:

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

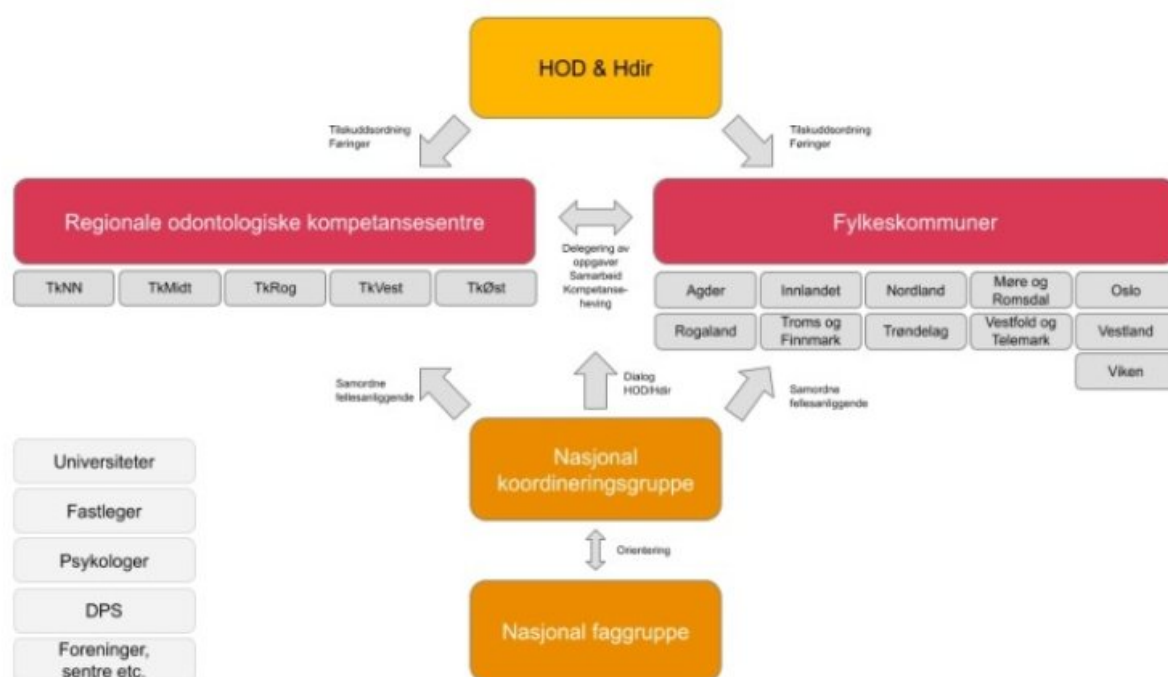
Det er gjennomført lite forskning på personer med odontofobi, men det er sterke indikasjoner på at pasientgruppen har dårligere tannhelse enn resten befolkningen. Forskningen viser imidlertid store variasjoner i tannhelsen i pasientgruppen.

Behandlingen for pasientgruppen foreslås i IS-1855 å være todelt: mestring av tannbehandlingssituasjonen (fobibehandling) og tannbehandling. Hensikten med fobibehandlingen er å behandle pasientens angstproblem, ikke primært å behandle pasientens odontologiske problem. For å mestre tannbehandlingssituasjonen anbefales det derfor at pasienten mottar evidensbasert behandling som bygger på prinsipper for kognitiv atferdsterapi i et team av psykolog/psykiater, tannlege og evt. tannpleier. Det trekkes frem at behandlingen bør tilpasses hver enkelt pasient og bruk av psykolog og tannlege vil derfor variere gitt pasientens behov. Pasienter som kun ønsker tannbehandling i narkose fyller ikke kriteriene for ordningen.

Pasientene bør, ifølge IS-1855, motta oral rehabilitering slik at de oppnår akseptabel oral helse med grunnlag i at gruppen med odontofobi har et større behandlingsbehov enn resten av befolkningen. Eksponeringsbehandling er basis for angstbehandlingen. Omfanget av tannbehandling som blir utført i forbindelse med fobibehandlingen vil variere avhengig av hva som er den viktigste årsaken til manglende mestring av tannbehandlingssituasjonen. Oral rehabilitering kan utføres av tannhelsepersonell, samt av odontologiske spesialister der dette anses som nødvendig. Gruppen bør tilbys oppfølging hos tannpleier etter endt behandling, både for å bidra til at fobien ikke kommer tilbake og å bidra til god tannhelse.

Organisering av TOO-tilbudet

I dag er TOO-tilbudet organisert gjennom de regionale odontologiske kompetansesentre og i hver fylkeskommune. For å sikre koordinering og faglig utvikling på tvers har tjenesten etablert en nasjonal koordineringsgruppe og en nasjonal faggruppe. I tillegg finnes det en rekke andre aktører som til sammen utgjør TOO-tilbudet. Figur 3.3.1 gir en oversikt over de ulike aktørene som inngår i TOO-tilbudet.



Figur 3.3.1 Organisering av TOO

Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter regelverket for tilskuddsordning for Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi og foreslår årlig bevilgning av midler til TOO-tilbudet i statsbudsjettet.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har fått delegert ansvaret for tilskuddsforvaltningen av TOO-tilbudet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Gjennom tilskuddsforvaltningen forvalter Helsedirektoratet regelverket for tilskuddsordningen. De vurderer søknader om tilskudd og følger opp om tjenesten, herunder tilskuddsmottakerne, benytter de tildelte midlene i tråd med føringene og regelverket som er gitt. I tillegg har Helsedirektoratet dialog med Helse- og omsorgsdepartementet og dialog med tjenesten for å avklare uklarheter i regelverket og besvare spørsmål.

Den nasjonale koordineringsgruppen

Den nasjonale koordineringsgruppen består av en representant fra hvert av de fem odontologiske kompetansesentrene, to representanter fra lederne av den offentlige tannhelsetjenesten og to representanter fra faggruppen til TOO-tilbudet. Gruppen har ikke beslutningsmyndighet for TOO-tilbudet, men er konsensusbasert og er etablert for å sikre bedre koordinering på tvers av tilskuddsmottakerne. Koordineringsgruppen holdes løpende oppdatert om faggruppens arbeid. I mandatet for koordineringsgruppen datert 23. oktober 2020 er det presisert at gruppen skal arbeide i tråd med mål og

oppdrag TOO-prosjektet gitt av Helsedirektoratet. Gruppen skal ha to faste årlige møter (evt. flere ved behov) og ha regelmessige dialogmøter med Helsedirektoratet. Videre skal koordineringsgruppen arbeide med å samordne fellesanliggender relatert til TOO-prosjektet som behandlingsveiledere, informasjonstiltak, forskning og politisk påvirkning. I tillegg trekkes det frem at koordineringsgruppen skal ha fokus på prioriteringer, iverksetting og måloppnåelsesvurderinger av tiltak i porteføljepakken. Det presiseres at årlige budsjetter er styrende for gjennomføringen og her trekkes opplæring, oral rehabilitering, narkose, akuttbehandling og søknader/rapportering frem som eksempler. Avslutningsvis i mandatet er det presisert at arbeidet i koordineringsgruppen og faggruppen til enhver tid må tilpasses gjeldende organisering av TOO-prosjektet.

Den nasjonale faggruppen

Den nasjonale faggruppen består av et medlem fra hvert av de fem odontologiske kompetansesentrene, med mål om balanse mellom odontologisk og psykologisk fagkompetanse. I tillegg er to av representantene fra faggruppen representert i koordineringsgruppen. I mandatet for faggruppen, datert 23. oktober 2020 er faggruppens oppgave å være faglig pådriver for kompetansebygging og utdanning innenfor TOO-fagområdet samt være ansvarlig for den årlige faglige nettverkssamlingen. Faggruppen har videre et følge-med ansvar for gjeldende forskningsprosjekt innen TOO-området og skal bidra til at det utarbeides et system for å øke kunnskapsbasert praksis innenfor TOO-området. I tillegg skal faggruppen utvikle og oppdatere felles behandlingsveiledere.

De regionale odontologiske kompetansesentrene

I dag er det fem regionale odontologiske kompetansesentre i Norge, herunder i Nord-Norge (TkNN), Midt-Norge (TkMidt), Rogaland (TkRog), Vestlandet (TkVest) og Øst (TkØ)¹. Innenfor TOO-tilbudet har de regionale odontologiske kompetansesentrene et særskilt ansvar for kunnskapsoppbygging og fagutvikling samt opplæring og kompetanseutvikling av tverrfaglig team og tannbehandler-team. I tillegg gjennomfører alle kompetansesentrene pasientbehandling i tverrfaglig team. Enkelte av kompetansesentrene gjennomfører også tannbehandling i narkose som en del av TOO-tilbudet. De regionale kompetansesentrene har samarbeidsavtaler med fylkeskommuner i sin region.

Fylkeskommunene

Innenfor tilskuddsordningen for TOO-tilbudet har fylkeskommunene et hovedansvar for å behandle innbyggere bosatt innenfor sitt respektive geografiske område. Den øverste ansvarlige leder for TOO-tilbudet er derfor fylkestannlege eller fylkestannhelsesjefen. Organiseringen av TOO-tilbudet varierer per 2020 på tvers av de 11 fylkeskommunene. Alle fylkeskommuner har i dag samarbeidsavtale med kompetansesentrene i sin region. Avtalene varierer og kan omfatte kunnskapsoppbygging og fagutvikling, kompetanseutvikling, pasientbehandling i tverrfaglig team og tannbehandling i narkose.

Alle fylkeskommunene har i dag egne tverrfaglige team. I tillegg har flere samarbeidsavtaler med kompetansesentrene i sin region om pasientbehandling i tverrfaglig team. Tannbehandlingen innenfor TOO-tilbudet gjennomføres enten hos offentlige fylkeskommunale klinikker eller hos private klinikker med samarbeidsavtaler med fylkeskommunen.

Tabell 3.3.1 Oversikt over organisering i fylkeskommunene

--	--	--

Fylke	Organisering	Plassering av behandlingsteam
Agder	Tverrfaglig: 2 team Tannbehandler: Offentlige tannklinikker	Tverrfaglig: Kristiansand, Arendal Tannbehandler: Geografisk spredt
Inn-landet	Tverrfaglig: 3 team, private psykologer Tannbehandler: Offentlige og private tannklinikker	Tverrfaglig: Lillehammer, Hamar og Elverum (samt TkØ) Tannbehandler: Geografisk spredt
Nord-land	Tverrfaglig: 3 team, private psykologer. Tannbehandler: Offentlige tannklinikker	Tverrfaglig team: Bodø, Stokmarknes og Mo i Rana Tannbehandler: Geografisk spredt
Møre og Roms-dal	Tverrfaglig: 1 team Tannbehandler: Offentlige tannklinikker	Tverrfaglig: Molde Tannbehandler: Geografisk spredt (4 steder)
Oslo	Tverrfaglig: 3 team Tannbehandler: Offentlige tannklinikker	Tverrfaglig: TkØ Tannbehandler: Geografisk spredt
Roga-land	Tverrfaglig: 5 team Tannbehandler: Offentlige og private tannklinikker	Tverrfaglig: Stavanger, Haugesund, Sandnes, Nærbø Tannbehandler: Geografisk spredt
Troms og Finn-mark	Tverrfaglig: 8 team Tannbehandler: Offentlige tannklinikker	Tverrfaglig: Tana Bru, Alta, Hammerfest, Tromsø (TKNN), Finnsnes, Harstad, Målselv, Storslett ² Tannbehandler: Geografisk spredt
Trønde-lag	Tverrfaglig: 8 team Tannbehandler: Offentlige og private tannklinikker	Tverrfaglig: TkMidt og Verdal Tannbehandler: Geografisk spredt
Vestfold og Tele-mark	Tverrfaglig: 4 team Tannbehandler: Offentlige og private tannklinikker	Tverrfaglig: Tønsberg og Skien. Tannbehandler: Geografisk spredt
Vest-land	Tverrfaglig: 10 team (alle psykologer ansatt TkVest) Tannbehandler: Offentlige tannklinikker ³	Tverrfaglig: Bergen (TkVest), Stord, Florø, Sogndal og Nordfjordeid Tannbehandler: Geografisk spredt
Viken	Tverrfaglig: 8 team Tannbehandler: Offentlig tannklinikker (samt private i gml. Buskerud)	Tverrfaglig: TkØ, Dønski, Fredrikstad, Lier, Lillestrøm og Moss Tannbehandler: Geografisk spredt

Andre aktører

Innenfor TOO-tilbudet består de andre aktørene av universitetene, fastleger, psykologer utenfor TOO-tilbudet, DPS og foreninger, sentre etc. Disse har ulike grad av involvering innenfor TOO-tilbudet.

Fotnoter

¹ Det regionale odontologiske kompetansesenteret på Sørlandet (TkS) ble lagt ned 1.1. 2020.

² Team i Målselv og Storslett består kun av tannhelsesekretær og tannpleier i små stillinger

³ Nylig inngått avtale med private tannklinikker.

Beskrivelse av tilskuddsordningen

Tilskuddsordningen for *Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi* forvaltes av Helsedirektoratet med et regelverk fra 2018. Det første regelverket ble utarbeidet i 2011 og oppdatert i 2016. I henhold til regelverket kan kun regionale odontologiske kompetansesentre (ROK) og fylkeskommuner søke om tilskudd.

Regelverket for tilskuddsordningen beskriver det overordnede målet for tilbudet som god tannhelse i målgruppene. I regelverket er det presisert at personer i målgruppen omfattes av tilbudet og betaler ikke vederlag/egenandel frem til tannsettet er rehabilitert. Barn og unge under 21 år og andre med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, samt flyktninger og asylsøkere som ikke er utplassert i en kommune, er ikke omfattet av tilbudet. Behandlingen skal hjelpe pasienten slik at de etter hvert skal kunne motta ordinær tannbehandling. Delmålene for tilskuddsordningen er:

- Tilrettelagt, gratis og godt tilgjengelig tannhelsetilbud organisert i fylkeskommuner og/eller regionale odontologiske kompetansesentre.
- Ventetider:
 - Maksimalt 8 uker fra henvisning til vurderingssamtale
 - Maksimalt 4 uker fra vurderingssamtale til behandling i tverrfaglig team
 - Maksimalt 4 uker fra behandling i tverrfaglig team til behandling i tannbehandler-team
- Tannbehandlingen skal utføres i tråd med Helsedirektoratets veileder "God klinisk praksis i tannhelsetjenesten".
- Systematisk oppbygging av kunnskap om målgruppen, tannhelsetilstand, tannhelsetilbud og kostnader.
- Samarbeid med regionale ressursentre om vold og traumatisk stress (RVTS), sentre mot incest, odontologiske læresteder og andre kompetansemiljø.
- Videreutvikling av nasjonalt faglig nettverk innen området; samordning av kunnskapsoppbygging, utvikling og evaluering av behandlingsmetoder og koordinering av forskning (jfr. [Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet \(2017-2027\)](#), [Sammen om kunnskapsløft for oral helse](#), Helse- og omsorgsdepartementet).
- Tverrfaglig samhandling mellom behandler-team og øvrig helsetjeneste (fastleger, psykologer spesialisthelsetjeneste).

I regelverket er det presisert at tilskuddet omfatter lønns- og driftskostnader knyttet til pasientbehandling, opplæring av tverrfaglig team og tannbehandler-team, systematisk kunnskapsoppbygging og fagutvikling samt deltagelse i faglige nettverk. I tillegg dekkes kostnader knyttet til narkosetjenester og pasienters reiseutgifter. Det er presisert i regelverket at lønn det søkes tilskudd til ikke er høyere enn Helsedirektoratets lønnsnorm.

Tilskuddsberegningen er en skjønnsmessig vurdering med utgangspunkt i forventet måloppnåelse og vekt mellom tre kategorier med underliggende kriterier: tilrettelagt tilbud TOO, søknad og budsjett. Tilskuddsmottaker plikter å sende rapportering av måloppnåelse senest 1. april året etter tilskuddsmidlene er tildelt samt en statusrapport per 30.september senest 15.oktober. Årsrapporteringen har detaljerte rapporteringskrav knyttet til blant annet pasientbehandling, personell og økonomi samt andre tiltak knyttet til opplæring, samhandling med øvrig helsetjeneste, systematisk kunnskapsoppbygging og tiltak for å informere og nå ut til målgruppen. Regelverket presiserer at dersom tilskuddsmottakere ikke oppfyller kravene som stilles bortfaller tilskuddet.

I tilskuddsregelverket er kriteriene for måloppnåelse definert på følgende måte:

- Fra tilskuddsmottaker

- Antall behandlede pasienter i forhold til befolkningen i regionen/fylket, f.eks per 1000 innbyggere
- Ventetid fra henvisning til vurderingssamtale
- Ventetid fra vurderingssamtale til behandling i Tverrfaglig team og deretter til oppstart i Tannbehandler-team
- Kunnskap om målgruppene og behandlingsmetoder
- Samhandling innad i tannhelsetjenesten og utad mot helsetjenesten for å sikre gode pasientforløp
- Fra andre kilder
 - Utvikling i målgruppenes tannhelse etter hvert som tilbudet bygges ut og blir tilgjengelig for befolkningen
 - Målgruppenes tannhelse sammenlignet med gjennomsnittet i den voksne befolkning

Utvikling av TOO-tilbudet

I statsbudsjettet for 2011 ble det bevilget 2,5 mill. kroner til å bygge opp et tannlege-/psykologteam for utredning og ev. behandling av personer utsatt for tortur og overgrep og pasienter med odontofobi. Helsedirektoratet startet etableringen av prøveprosjektet. Det ble utarbeidet et tilskuddsregelverk for TOO-tilbudet som ble godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet 11.april 2011. Regelverket presiserte at kun de regionale odontologiske kompetansesentrene kunne søke om tilskudd. Ved oppstart var det stor bevissthet at TOO-tilbudet måtte bygges opp i flere faser. I begynnelsen skulle fagpersonell ved kompetansesentrene først i samarbeid med universitetene og RVTS utarbeide planer for opplæring av tverrfaglig team. I denne sammenhengen var det viktig å etablere et nasjonalt faglig nettverk.

I 2012 ble det etablert en nasjonal arbeidsgruppe med mål om å etablere og bygge opp et TOO-tilbud i tråd med regelverket for tilskuddsordningen på tvers av landet. Den nasjonale arbeidsgruppen møttes på 5 samlinger. I løpet av 2012 hadde TkØ, TkS, TkVest og TkNN etablerte tverrfaglige team som en del av TOO-tilbudet.

I begynnelsen ble mye av ressursene benyttet til å bygge kompetanse og spre kunnskap gjennom TOO-samlinger og kurs. TkØ ledet arbeidet med å utvikle et nasjonalt kompetansehevingsprogram for medarbeidere i TOO-prosjektet med ansvar for både organisatorisk og faglig program for fire samlinger. I TkVest arrangerte Senter for odontofobi i Bergen to opplæringsdager i kognitiv atferdsterapi med totalt 16 deltagere fra TkVest Rogaland og TkVest Sogn og Fjordane. I tillegg ble det gjennomført tverrfaglig samarbeid med blant annet RVTS, brukerorganisasjon for torturoverlevende og andre relevante aktører.

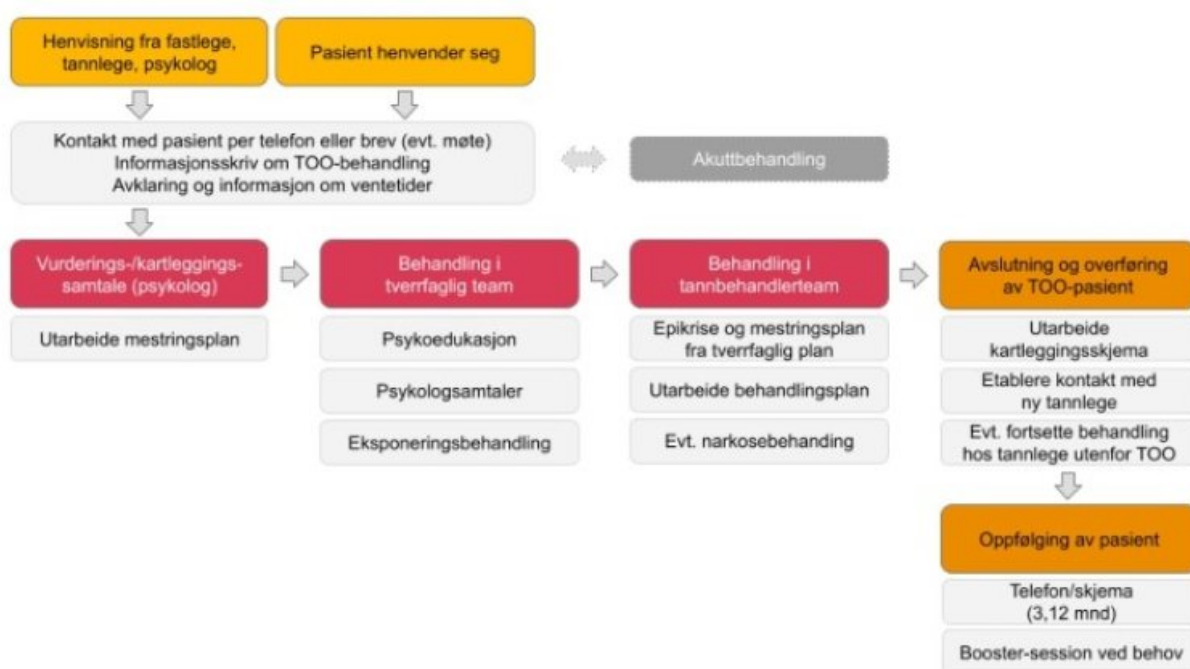
I 2013-2014 ble det etablert en styringsgruppe, en faggruppe og en forskningsgruppe med ansvar for henholdsvis administrasjon og organisering, fagutvikling og metode og forskning på TOO-fagområder. Et viktig fokus var å bygge opp et felles behandlingsløp, felles faglig ståsted og organisere tilbudet for å gi et tilrettelagt tilbud for målgruppen. Forskningsgruppen ble etterhvert lagt ned. Den første nasjonale veilederen for tverrfaglig team ble utarbeidet i 2014. I begynnelsen ble tverrfaglig behandling gjennomført hos de tverrfaglige teamene på kompetansesentrene, mens tannbehandlingen ble gjennomført i paraplyteam (nå kalt tannbehandler-team) hos både offentlig og private tannklinikker. Tannbehandlingen i paraplyteamene ble finansiert gjennom innslagspunkt 14 i folketrygdloven.

I 2016 ble TOO-tilbudet utvidet med desentraliserte team gjennom den offentlige tannhelsetjenesten i hver fylkeskommune. Kompetansesentrene beholdt sin sentrale faglige rolle i regionene. Tilskuddsregelverket ble oppdatert ved at både de regionale kompetansesentrene og fylkeskommunene kunne søke om finansiering. Ved endringen ble også finansiering av forskning om TOO-tilbudet flyttet ut av tilskuddsordningen. I regelverket ble det presisert at midler til forskning kunne søkes via tilskuddsordningen «Etablering og drift av regionale odontologiske kompetansesentra».

Den hittil siste oppdateringen av tilskuddsregelverket kom i 2018. En av endringene i regelverket var innføring av maksimale ventetider. I 2018 kom det også en presisering av innslagspunkt 14. På daværende tidspunkt var TOO-tilbudet finansiert gjennom tilskuddsordningen og de tverrfaglige teamene, mens tannbehandlingen ble finansiert gjennom innslagspunkt 14. Fra dette tidspunktet ble både tverrfaglig og tannbehandling finansiert via tilskuddsordningen. I 2018 ble også veilederen for behandling i tverrfaglig team oppdatert.

Behandlingsforløpet i TOO-tilbudet

Hovedtrinnene i behandlingsforløpet av pasienter i TOO-tilbudet er beskrevet i Behandlerveileder for tverrfaglig TOO team⁴. Overordnet består behandlingsforløpet av en vurderingssamtale, behandling i et tverrfaglig team og tannbehandling i et tannbehandlerteam. Det tverrfaglige teamet behandler angsten for tannbehandling. Teamet består normalt sett av psykologer, tannleger og tannhelsesekretærer og i noen tilfeller tannpleier. Når pasienten har fått behandlet angsten for tannbehandling, overføres pasienten til et tannbehandlerteam som utfører tilrettelagt tannbehandling inntil tannsettet er rehabilitert. Teamet består normalt sett av tannlege med eller uten spesialisering, tannpleier og tannhelsesekretær. For å sikre oppfølging av pasientene underveis, og i etterkant, av tilbudet samarbeider behandlingsteamene med annet helse- og sosialpersonell og andre miljøer der det er relevant. Figur 3.6.1 illustrerer behandlingsforløpet og etter figuren følger en detaljert beskrivelse av de ulike delene av forløpet.



Figur 3.6.1 Hovedtrinn i behandlingsforløpet av pasienter

Henvising eller kontakt

Det standardiserte behandlingsforløpet i TOO-tilbudet starter ved at pasienten henvender seg selv eller blir henvist fra fastlege, tannlege, psykolog eller annet helsepersonell. Pasienten blir så kontaktet via telefon eller brev av det tverrfaglige teamet ved tannhelsesekretær som informerer om TOO-behandling. Kontakt via telefon anbefales og hovedhensikten med intervjuet er å etablere kontakt mellom pasient og tverrfaglig team samt å gi pasienten informasjon om behandlingstilbudet inkludert ventetider. I etterkant av telefonintervju kan det oversendes skriftlig informasjon dersom ønskelig og man kan vurdere om man

legger ved kartleggingsskjema til pasienten i forkant av vurderingssamtalen. Ved behov for akuttbehandling i ventetiden følger vanlige retningslinjer som ellers for voksne betalende pasienter i tannhelsetjenesten.

Vurderingssamtale

Pasientens første møte med det tverrfaglige teamet er i vurderingssamtale med psykolog. Psykologen benytter et standardskjema for screening og intervju. I vurderingssamtalen vurderer psykologen om pasienten er i målgruppen for tilskuddsordningen i henhold til regelverk og veileder. I veilederen er det presisert at behandlingen bør utsettes dersom pasientens livssituasjon er uforenelig med å forplikte seg til behandlingsforløpet eller om pasienten har alvorlig depressiv lidelse, manisk episode eller aktiv psykose som vil hindre vedkommende å gjennomføre behandlingen.

I etterkant av vurderingssamtalen stiller psykologen diagnose og det utarbeides en faglig begrunnet arbeidsfordeling mellom profesjonene for videre behandling i det tverrfaglige teamet. Tannlegen i det tverrfaglige teamet vurderer alle pasienter odontologisk og med hensyn til mestring av tannbehandlingssituasjon før de henvises videre.

I veilederen er det beskrevet fire mulige behandlingsløp for pasienter som inkluderes i TOO-tilbudet.

Behandlingsforløp 1: Henvisning direkte til tannbehandlerteam

Pasienter utsatt for tortur eller overgrep med moderat eller ingen angst for tannbehandlingssituasjon blir henvist direkte til tannbehandlerteam innenfor TOO-tilbudet. Behandlingen i tannbehandlerteam er beskrevet lenger ned.

Behandlingsforløp 2: Behandling i tverrfaglig team

Det tverrfaglige teamet består av psykolog, tannlege og tannhelsesekretær. Målet med behandlingen er å gjøre pasienten rustet til å motta tannbehandling i tannbehandlerteamet. I det tverrfaglige teamet er eksponeringsterapi i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi den foretrukne metoden, men det benyttes også andre teknikker som psykoedukasjon⁵. Antallet behandlingstimer (inkl. vurderingssamtale hos psykolog) er begrenset til 12 og ved behov for behandling utover dette skal det faglig begrunnes. I veilederen for behandling i tverrfaglig team står det: TOO-behandlingen skal være relevant for tannhelse, dvs. ha målbar symptomreduserende effekt på odontofobi og/eller generell mestring av tannbehandling for personer med overgreps- og/eller torturerfaring som ikke oppfyller kriteriene for odontofobidiagnose.

Behandlingsforløp 3: Angstbehandling før eksponering eller i etterkant av generell anestesi

Ved psykologiske utfordringer eller symptomer med direkte relevans for tannbehandling anbefales tidsavgrenset angstbehandling. Veilederen nevner eksempler på diagnoser som katastrofe- eller tvangstanker, angstdrevet brekning, bearbeiding av traume og edukasjon om dissosiasjon. I tilfeller der pasienten har terapeut i psykisk helsevern oppfordres det til samarbeid. I tillegg oppfordres psykolog i tverrfaglig team til å henvise pasient til videre oppfølging knyttet til problemstillinger som ikke har direkte relevans for tannhelse eller annen problematikk som hindrer behandling i tverrfaglig team.

Behandlingsforløp 4: Generell anestesi

Bruk av generell anestesi anbefales i tre tilfeller. Det første tilfellet er bruk av narkose før kognitiv atferdsterapi ved store og krevende behandlinger med multiple åpne kaviteter og mistanke om apikale periodontitter hvor faren for smerte i nær fremtid er overhengende. I slike tilfeller anbefales det å gjennomføres de mest kompliserte tannbehandlingsprosedyrene, men det presiseres at bare deler av tannbehandlingsbehovet gjennomføres i narkose. Det andre tilfellet er bruk av narkose etter kognitiv atferdsterapi. Dette anbefales dersom det etter gjennomført behandlingsplan hos tannbehandlerteam fortsatt gjenstår kompliserte og krevende behandlinger pasienten ikke mestrer i våken tilstand. Det tredje tilfellet narkose anbefales er for "non-responders" der kognitiv atferdsterapi ikke fungerer, og man vurderer at pasienten må behandles for å unngå smerter, infeksjoner eller andre akutte tilstander innen kort tid. I veilederen presiseres det at alle som henvises til behandling i generell anestesi skal ha et planlagt videre behandlingsforløp med oppfølging og at pasienter som søker seg til prosjektet utelukkende for narkose skal avvises fra prosjektet.

Henvisning til tannbehandlerteam TOO

Etter endt eksponeringsterapi hos tverrfaglig team eller direkte for pasienter med lav eller moderat angst for tannbehandling, utarbeides en henvisning og/eller epikrise til tannbehandlerteam. Henvisningen inneholder hva pasienten ble henvist for, hva som er jobbet med, tannbehandling som er gjort som en del av angstbehandlingen og en mestringsplan. Mestringsplanen inneholder blant annet informasjon om de verste triggerne til pasienten, behov for tilrettelegging og hvilke andre tiltak som kan gjøres for å bedre behandlingssituasjon for pasienten. Ved utskriving fra tverrfaglige team til tannbehandlerteam fyller pasientene ut kartleggingsskjemaene før de forlater klinikken.

Behandling i tannbehandlerteam TOO

Rehabilitering av pasientens tannsett og det forebyggende tannhelsearbeidet gjennomføres i tannbehandlerteamet. I det første møtet med tannbehandlerteamet opprettes det kontakt med pasienten og mestringsplanen gjennomgås sammen med pasienten. I tillegg utarbeides en behandlingsplan for å rehabilitere tannsettet. Antallet behandlinger er gitt av rehabiliteringsbehovet og behandlingen skal følge God klinisk praksis i tannhelsetjenesten IS-1589. Personer i målgruppen omfattes av tilbudet og betaler ikke vederlag/egenandel frem til tannsettet er rehabilitert og vedkommende mestrer behandling innenfor ordinær tannhelsetjeneste. Det er ikke presisert et maksimalt kostnadsbeløp for behandlingen.

Avslutning og overføring av TOO-pasient

Når pasienten er ferdig rehabilitert odontologisk (eller avslutter behandlingen) melder tannbehandlerteamet ifra til tannhelsesekretær i tverrfaglig team. Tannhelsesekretæren i tverrfaglig team følger opp pasienten etter melding om avsluttet odontologisk rehabilitering samt et år senere. I oppfølgingen benyttes telefonintervju og kartleggingsskjema. Etter fullført rehabilitering hos tannbehandlerteam i TOO-tilbudet tilbys pasienten regelmessig innkalling som betalende pasient eller får bistand til å kontakte en annen tannlege. Ved behov for ytterligere eksponeringsterapi tilbys 1-3 "booster-sessions" (oppfriskningstimer) hos tverrfaglig team.

Fotnoter

⁴ Veilederen ble utarbeidet i 2014 og oppdatert i 2018.

⁵ Psykoedukasjon er en behandlingsform hvor pasienter får kunnskap og informasjon omkring deres diagnose. Hensikten er å gi realistiske forventninger til bedring og prognose, informasjon og opplæring i lidelsen som igjen kan bidra til å redusere og forebygge sykdommen.

Observasjoner

Observasjonskapittelet danner grunnlaget for analysene og vurderingene som gjennomføres i evalueringen. Observasjonene er basert på dokumentstudier, tilgjengelig datamateriale, intervjuene og spørreundersøkelsene som er gjennomført blant pasienter, ansatte og andre aktører i tilknytning til TOO-tilbudet. Kapittelet er delt i fire delkapitler; brukerperspektiv, tjenesteperspektiv, kunnskapsperspektiv og økonomisk og administrative forhold. I rapporten benyttes utelukkende begrepet ansatte når vi henviser til intervjuobjektene svar som følge av personvern hensyn.

Brukerperspektiv

Betydningen av tilbudet

I intervjuene med både personer innad i tilbudet og med eksterne personer som har tilknytning til tilbudet, fremheves det at TOO-tilbudet er et viktig tilbud til sårbare grupper i befolkningen som har utfordringer med å oppsøke tannlege, gjennomføre tannbehandling og opprettholde en god tannhelse. Det vises til at det er mange i målgruppene - personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi - som ikke klarer å benytte seg av det private tannhelsetilbudet i Norge og at det er flere personer har relativt store udekkede tannbehandlingsbehov. Det kan være flere og sammensatte årsaker til at personer i målgruppene ikke klarer å oppsøke eller gjennomføre tannbehandling. Helsedirektoratet (2010) viser til både sosiale, økonomiske og helsemessige årsaker.

Barrierer for å oppsøke TOO-tilbudet

I spørreundersøkelsen blant pasienter har vi kartlagt hvorvidt pasientene opplever at det er barrierer for å oppsøke TOO-tilbudet. Figur 4.1.1 viser at angst for tannbehandling skiller seg markant ut som den viktigste årsaken til at det er vanskelig for pasientene å oppsøke TOO-tilbudet. Andre psykologiske eller medisinske årsaker og at det er vanskelig å finne kontaklinformasjon trekkes også frem som sentrale årsaker, men av en mindre andel pasienter.

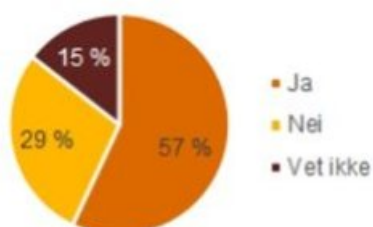


Figur 4.1.1 Resultater fra spørreundersøkelsen blant pasienter: Er det forhold som gjorde det vanskelig for deg å oppsøke TOO-tilbudet? Flervalg mulig

Kilde: Spørreundersøkelse blant pasienter i TOO-tilbudet. Totalt 135 respondenter.

Resultatene fra spørreundersøkelsen blant ansatte underbygger pasientenes meninger. I overkant av halvparten av ansatte har pasienter som har uttrykt at det er utfordrende å oppsøke TOO-tjenesten, jf. figur 4.1.2. Av disse oppgir ni av ti at pasientene har gitt uttrykk for eller oppgitt angst for tannbehandling som årsak. Andre årsaker som pasientene har gitt uttrykk for, men i et mindre omfang, er at tjenesten ikke er lett tilgjengelig, at det er vanskelig å finne kontaktinformasjon og andre medisinske årsaker. I intervjuer trekker flere av de ansatte frem både lang reisevei og lange ventetider som barrierer for pasientene. I tillegg er det flere ansatte som mener at TOO-tilbudet ikke er godt nok kjent og at den underliggende etterspørselen etter tjenesten i målgruppene er langt større enn de som hittil har henvendt seg til tilbudet, jf. omtale i kapittel 4.2.

A. Har brukere av tjenesten som du har vært i kontakt med uttrykt at det er utfordrende å oppsøke TOO-tilbudet?



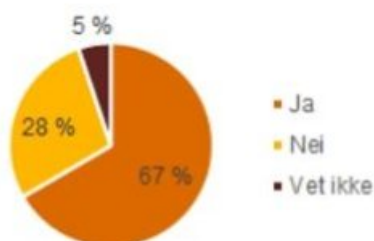
B. Dersom ja, hvilke årsaker har pasienten oppgitt eller gitt uttrykk for? Flervalg mulig



Figur 4.1.2 Resultater fra spørreundersøkelse blant ansatteKilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.

I spørreundersøkelsene har vi også kartlagt hvorvidt det har betydning for pasientene at TOO-tilbudet er gratis. I underkant av syv av ti pasienter oppgir det har påvirket deres valg om å oppsøke tilbudet, mens i underkant av tre av ti pasienter mener at det ikke har påvirket deres valg. Når det gjelder de ansatte, er i underkant av åtte av ti ansatte enige eller svært enige i påstanden om at tjenesten er gratis har påvirket pasientenes valg om å oppsøke TOO-tilbudet. Resultatene er illustrert i figur 4.1.3.

A. TOO-tilbudet er gratis for pasienter. Har det påvirket ditt valg om å oppsøke tilbudet?



B. Ta stilling til følgende påstand: At tjenesten er gratis har påvirket brukerens valg om å oppsøke tjenesten

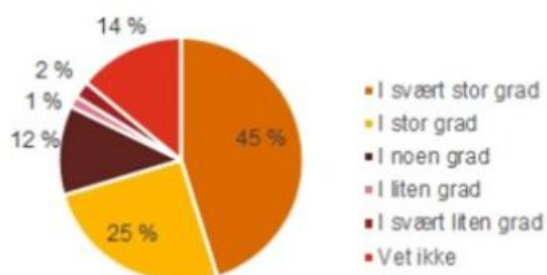


Figur 4.1.3 Resultater fra spørreundersøkelse blant pasienter (A) og ansatte (B) Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte og pasienter i TOO-tilbudet. Totalt hhv. 200 og 135 respondenter.

Behandlingens effekt på den orale helsetilstanden

I spørreundersøkelsene til pasienter og ansatte, samt intervjuene med personer i og i tilknytning til TOO-tilbudet, gis det uttrykk for at TOO-tilbudet har en positiv effekt på den orale helsetilstanden til pasientene. I spørreundersøkelsen blant pasientene oppgir i underkant av syv av ti pasienter at de opplever en stor eller svært stor forbedring i sin egen tannhelse som følge av behandlingen, jf. figur 4.1.4A. Blant ansatte i tjenesten oppgir over åtte av ti ansatte at de er enige eller svært enige i at pasientene har opplevd en forbedring i tannhelsen som følge av behandlingen, jf. figur 4.1.4B. I intervjuene uttrykker ansatte at behandlingsbehovet til pasientene varierer og at de som fullfører behandlingen åpenbart får bedre tannhelse.

A. I hvilken grad opplever du en forbedring i tannhelsen din som følge av behandlingen?

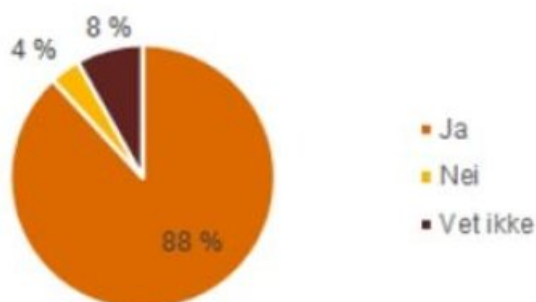


B. Ta stilling til følgende påstand: Pasientene har opplevd en forbedring i tannhelsen som følge av behandlingen



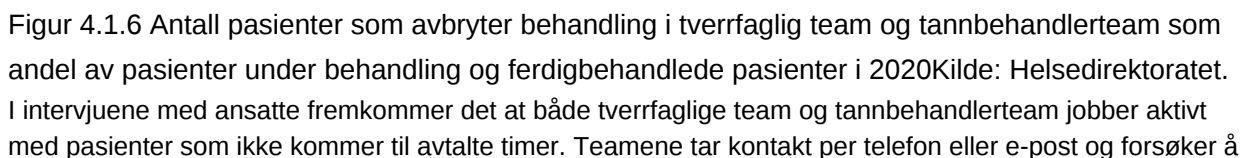
Figur 4.1.4 Resultater fra spørreundersøkelse blant pasienter (A) og ansatte (B) Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte og pasienter i TOO-tilbudet. Totalt hhv. 200 og 135 respondenter.

Resultatene fra spørreundersøkelsen blant pasientene viser at over åtte av ti pasienter opplever at behandlingen har svart til forventningene de hadde, jf. figur 4.1.5. Når det kommer til behandlingsomfang, påpeker samtidig flere ansatte at det er behov for å forventningsstyre pasientene i forkant av tannbehandlingen. Pasientene kan ønske seg best mulig behandlingsmetoder/-løsninger som det ikke nødvendigvis er budsjettmessig handlingsrom for å utføre, som ikke tilbys innenfor TOO-tilbudet eller som ansatte vurderer at ikke er den mest hensiktsmessige behandlingen. Med en tidlig forventningsstyring, kanskje allerede i den innledende vurderingssamtalen med psykolog, opplever ansatte at behandlingsforløpet "glir" bedre og at pasientene blir mer fornøyd med behandlingen.



En utfordring som ansatte trekker frem i intervjuene, er at en del pasienter har lange behandlingsforløp. Når pasientene ikke blir ferdigbehandlet, men blir gående i ordningen i over et år reduseres gjennomstrømningen og det blir en "opphopning" av pasienter i tilbudet. Et resultat av dette er lengre ventelister ettersom teamene ikke har kapasitet til å ta inn nye pasienter, men må bruke tid til å behandle eksisterende pasienter. Denne utfordringen gjelder i hovedsak tannbehandlingen i tannbehandler-teamene, og at traumepasientene er overrepresentert blant dem som blir værende. I intervjuene trekkes flere årsaker frem. For det første er tannbehandlingen av TOO-pasienter generelt mer tidkrevende enn tannbehandlingen hos andre pasientgrupper. Tannlegene må eksempelvis sette av mer tid til å forklare prosedyrer, snakke om utfordringer hos pasienten og dele opp behandlingen i flere bolker sammenlignet med andre pasientgrupper. For det andre kan tannbehandlingsbehovet være relativt omfattende og det kan derfor være vanskelig å planlegge det totale behandlingsomfanget på forhånd. Tannlegen kan bli nødt til å gjøre vurderinger underveis i behandlingen, som gjør at behandlingsforløpet blir mer uforutsigbart. Et eksempel er at tannlegen gjør innledende vurderinger at en tann kan rotfylles, men underveis i behandlingen viser det seg at tannen har for dårlig kvalitet og må trekkes og eventuelt erstattes. Det kan medføre mer ressurskrevende behandling enn forutsett. For det tredje kan lange behandlingsforløp føre til at det oppstår nye problemer i munnhulen som nye hull eller infeksjoner. Om tannlegen må behandle disse problemene i tillegg vil behandlingsforløpet trekke ut i tid.

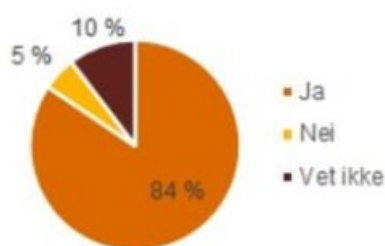
Pasientene som faller fra er som oftest de som har mest sammensatte og komplekse utfordringer, dvs. en sammensetning av orale, somatiske og/eller psykiske plager, og således de som har størst problemer med å gjennomføre behandlingen. I 2020 var det omkring 12 prosent som avbrøt behandling i tverrfaglig behandling og nærmere 6 prosent som avbrøt behandling i tannbehandler-team. Det er imidlertid variasjoner på tvers av fylkeskommunene. I behandlingsveilederen for tverrfaglige team presiseres det at dersom pasienten velger å avslutte behandlingen er det viktig at årsaken til bortfallet loggføres og kartlegges. I årsrapportene trekkes årsaker som ikke-møtt, angst, manglende motivasjon og flytting som årsaker til avbrudd. En oversikt over andelen avbrutt hos de ulike tilskuddsmottakerne er vist i figur 4.1.6.⁶ Noen av tilskuddsmottakerne har ikke gitt fullstendige tall i sine rapporteringer.



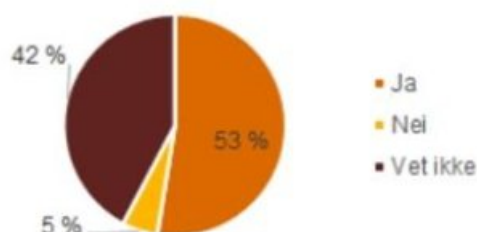
få dem til å komme tilbake. Dersom pasientene faller fra under tannbehandling, kan det være aktuelt å sende de til ytterligere behandling hos det tverrfaglige teamet. I 2020 ble totalt 57 pasienter henvist tilbake til det tverrfaglige teamet fra tannbehandler-teamene.

Det overordnede målet i regelverket for tilskuddsordningen er "god tannhelse i målgruppene". Det foreligger likevel lite kunnskap om den langsiktige effekten av TOO-behandlingen på pasientenes orale helsetilstand, dvs. hvordan det går med pasientene når de er ferdige i TOO-tilbudet. Det gjelder både om de klarer å gå til ordinær tannlege og deres evne til ivaretagelse av egen tannhelse. Det eksisterer lite eller ingen forskning og andre kunnskapsprodukter som sier noe om hvordan tannhelsen til pasientene er på lang sikt etter behandlingen, jf. omtale i kapittel 4.3. I spørreundersøkelsen blant pasienter har vi stilt spørsmål som er relatert til deres fremtidige tannhelse. Åtte av ti pasienter svarer at de opplever å ha blitt bedre rustet til å ivareta egen tannhelse, jf. figur 4.1.7A. Samtidig er det bare fem av ti pasienter som sier at de vil klare å gå til en ordinær tannlege etter endt behandling, jf. figur 4.1.7B. Andelen som svarer at de ikke vil klare å gå til en ordinær tannlege er imidlertid lav (under en av ti), mens fire av ti pasienter vet ikke om de vil klare å gå til en ordinær tannlege.⁷

A. Opplever du å ha blitt bedre rustet til å ivareta din egen tannhelse?



B. Vil du klare å gå til en ordinær tannlege utenfor TOO-tilbudet etter at du er ferdig med behandlingen?



Figur 4.1.7 Resultater fra spørreundersøkelsen blant pasienter Kilde: Spørreundersøkelse blant pasienter i TOO-tilbudet. Totalt 135 respondenter. Kilde: Spørreundersøkelse blant pasienter i TOO-tilbudet. Totalt 135 respondenter.

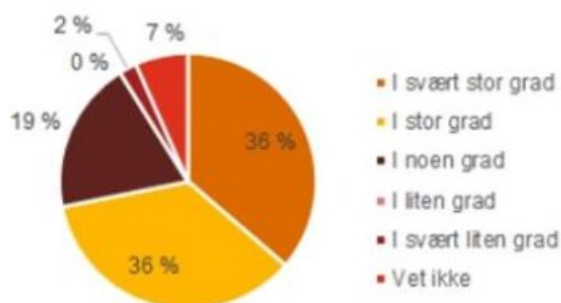
Behandlingens effekt på utfordringene med å gå til tannlege

I spørreundersøkelsene til pasienter og ansatte, samt intervjuene med personer i og i tilknytning til TOO-tilbudet, gis det uttrykk for at TOO-tilbudet hjelper pasientene med å mestre utfordringene de har med å gå til tannlegen. I spørreundersøkelsen blant pasientene oppgir over åtte av ti pasienter at behandlingen har i stor eller svært stor grad hjulpet de med å mestre utfordringene de har med å gå til tannlegen, jf. figur 4.1.8A. Blant ansatte i tjenesten oppgir også over åtte av ti ansatte at de er enige eller svært enige i at behandlingen har hjulpet pasientene med å mestre utfordringene med tannbehandling, jf. figur 4.1.8B. I spørreundersøkelsene kan vi ikke skille mellom de ulike målgruppene.

I intervjuene gir ansatte uttrykk for at behandlingen har positiv effekt både for personer med odontofobi og personer som har vært utsatt for overgrep. Pasientgruppene har imidlertid ikke behov for den samme behandlingen. Alle pasienter får innledningsvis en vurderingssamtale hvor det blir utarbeidet en mestringsplan. Mestringsplanen gir oversikt over behandlingen til pasienten og den tilpasses hver enkelt individuelt. Overfor pasienter som har odontofobi og klarer å sette ord på hva de er redd for, er det enklere og raskere for behandlingspersonell å konsentrere behandlingen mot det pasienten er redd for. Er pasienten redd for sprøyter, er det eksempelvis relativt enkelt å fokusere behandlingen direkte mot dette

tidlig i behandlingen. I tilfeller med pasienter med mer komplekse og sammensatte utfordringer og som har utfordringer med å sette ord på problemene sine, som i større grad er pasienter utsatt for overgrep, må personalet ofte bruke lengre tid. Den økte tidsbruken gjelder både å bli kjent med pasientene og å snakke om og nøste opp i utfordringene som er knyttet til munnhulen. I tillegg må personalet ofte benytte flere behandlingsmetoder og selve behandlingen kan ta lengre tid, noe som fører til at behandlingen totalt sett blir mer tidkrevende for denne gruppen.

A. I hvilken grad opplever du at behandlingen har hjulpet deg med å mestre utfordringene du har med å gå til tannlegen?



B. Ta stilling til følgende påstand: Behandlingen har hjulpet pasientene med å mestre utfordringene med tannbehandling (angst m.m.)



Figur 4.1.8 Resultater fra spørreundersøkelse blant pasienter (A) og blant ansatte (B) Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte og pasienter i TOO-tilbudet. Totalt hhv. 200 og 135 respondenter.

Når det gjelder behandling i narkose, er det delte meninger om behandlingsformen blant de ansatte. På den ene siden argumenteres det for at narkosebehandling kan være en hensiktsmessig behandlingsform. Veilederen peker på tre situasjoner hvor det er vesentlige indikasjoner for å benytte narkose (narkose før og etter kognitiv atferdsterapi samt tilfeller der kognitiv atferdsterapi ikke fungerer), samt ved akuttbehandling. Fellestrekk ved situasjonene er at behandlingene er komplisert og krevende, at pasienten har store smerter eller infeksjoner eller at pasienten ikke vil klare å gjennomføre tannbehandling uten narkose. På den andre siden pekes det på at narkosebehandling ikke løser utfordringene pasientene har med å gå til tannlegen. Når pasientene får behandling i narkose, vil de få behandling uten å adressere utfordringene og jobbe aktivt med disse. Sjansen for at pasientene dermed klarer å gå til ordinær tannlege etter behandling i TOO-tilbudet blir dermed mindre. Narkosebehandling er videre omtalt i kapittel 4.2.

I spørreundersøkelsene og intervjuene fremkommer det også at behandlingen i TOO-tilbudet har positive effekter på andre deler av livet. Syv av ti pasienter som har svart på spørreundersøkelsen, opplever at behandlingen har gitt dem økt livskvalitet, jf. figur 4.1.9. I intervjuene meddeler ansatte at pasientene opplever at skammen knyttet til dårlige tenner blir betydelig redusert eller borte når tannsettet blir rehabilitert, og at de klarer å utfolde seg i større grad enn før. Det trekkes både frem at pasientene kan smile igjen og at det er lettere å være sosial for dem. I tillegg gir pasientene uttrykk for at behandlingen gir dem økt mestring på andre arenaer og at de kan bruke metoder, teknikker ol. fra behandlingen i andre situasjoner de opplever som krevende.





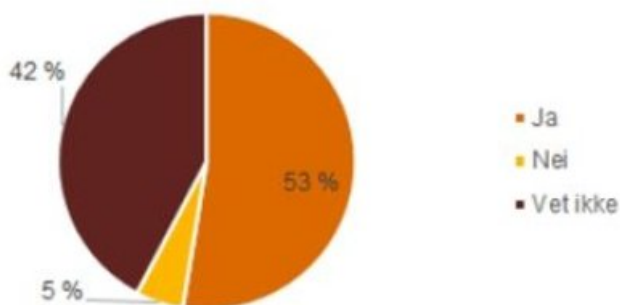
Figur 4.1.9 Resultater fra spørreundersøkelsen blant pasienter: Opplever du at behandlingen har gitt deg økt livskvalitet? Kilde: Spørreundersøkelse blant pasienter i TOO-tilbudet. Totalt 135 respondenter.

Tannbehandling hos ordinær tannlege

Etter at behandlingen i TOO-tilbudet er ferdig og pasientene er ferdig rehabilitert odontologisk, er målet at pasientene skal klare å gå til tannbehandling hos ordinær tannlege. Ansatte fremhever i intervjuene at det er viktig at pasientene raskt får etablert kontakt med ny tannlege, at de møter vedkommende innen relativt kort tid og kanskje gjennomfører en kontroll av tennene. Det er viktig at pasientene får bygget et tillitsforhold til den nye tannlegen og at det ikke blir for langt avbrudd i eksponeringen. Ved et langt avbrudd øker sannsynligheten for at pasientene ikke vil klare å gjennomføre tannbehandling på et senere tidspunkt. En stor utfordring som ansatte peker på er at det er pasienten selv som er ansvarlig for å ta kontakt med ordinær tannlege etter endt TOO-behandling, og at det kan være vanskelig for pasienten å ordne på egenhånd. Flere ansatte opplyser om at de derfor har etablert rutiner for å bistå pasientene med overgangen. Det kan innebære å finne en ny tannlege i nærheten av pasientens bosted, ta kontakt med tannlegen for å få vedkommende til å ta kontakt med pasienten eller avtale den første timen hos ny tannlege sammen med pasienten. I intervjuer etterspør flere behandlingspersonell imidlertid tydeligere veiledning for å sikre en god overgang ut av TOO-tilbudet for pasientene.

Enkelte tannleger tilbyr pasientene å fortsette tannbehandlingen etter endt TOO-behandling som betalende pasient til normale takster. Praksisen varierer på tvers av fylkeskommunene og på tvers av private og offentlige tannklinikker. Dette skyldes både prinsipielle forhold og kultur, kapasitetsbegrensninger hos tannlegene/tannklinikken og økonomiske forhold.

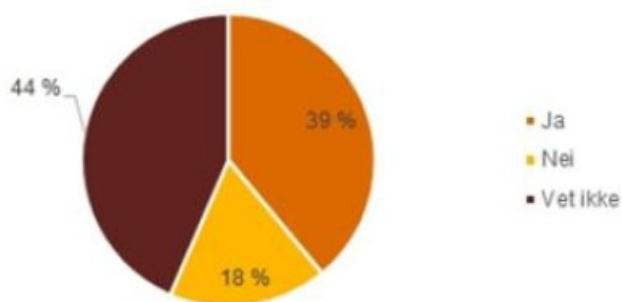
I spørreundersøkelsen blant pasienter har vi kartlagt hvorvidt pasientene tror de vil klare å gå til ordinær tannlege etter at de er ferdig med behandlingen i TOO-tilbudet. Om lag halvparten av pasientene er av den oppfatning av at de vil klare dette, samtidig svarer fire av ti pasienter at de ikke vet om de vil klare å gå til ordinær tannlege etter endt behandling, jf. figur 4.1.10.



Figur 4.1.10 Resultater fra spørreundersøkelsen blant pasienter: Vil du klare å gå til en ordinær tannlege utenfor TOO-tilbudet etter at du er ferdig med behandling? Kilde: Spørreundersøkelse blant pasienter i TOO-tilbudet. Totalt 135 respondenter.

I TOO-tilbudet er det også etablert rutiner for å følge opp pasientene etter endt TOO-behandling. I intervjuene informerer ansatte om at de følger opp pasientene 3-12 måneder etter at behandling i er ferdig. De fleste oppgir at de følger veilederen til tverrfaglige team ved at de har en samtale eller telefonintervju

etter 3-6 måneder, mens det er ulikt fra region til region hvorvidt de sender et kartleggingsskjema til pasientene ett år etter behandlingen er ferdig. I tillegg er det flere tverrfaglige team som tilbyr “booster sessions” (oppfriskningstimer) dersom pasientene har behov for ytterligere eksponeringsterapi eller friske opp elementer fra behandlingen. I spørreundersøkelsen blant pasientene har vi stilt spørsmål om hvordan de opplever oppfølgingen fra TOO-tilbudet, men antallet som har mottatt oppfølging er for lavt til at vi kan benytte resultatene. I spørreundersøkelse blant ansatte oppgir i underkant av fire av ti ansatte at de opplever at pasientene blir fulgt opp etter endt behandling i TOO-tjenesten, jf. figur 4.1.11.



Figur 4.1.11 Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte: Opplever du at pasientene blir fulgt opp etter behandling i TOO-tjenesten? Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet.

Totalt 200 respondenter.

I hvilken grad pasientene klarer å gå til ordinær tannlege etter endt TOO-behandling er uklart. Til tross for at det er etablert rutiner for oppfølging av pasientene, herunder en kartlegging etter ett år, har vi ikke funnet systematisert kunnskap om hvor mange av pasientene som kan motta ordinær tannbehandling etter fullført behandling hverken på kort eller lang sikt. Se videre omtale under kunnskapsperspektivet i kapittel 4.3.

Fotnoter

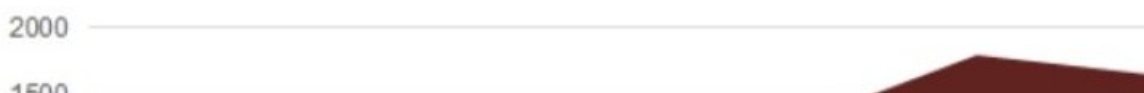
⁶ Andel av totalt antall ferdigbehandlet eller under behandling per 31.12.

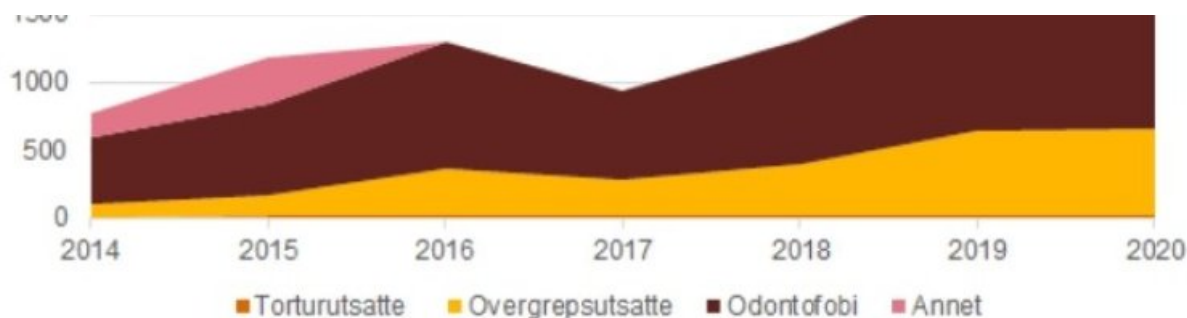
⁷ Spørreundersøkelsen er stilt til pasienter i både tverrfaglig behandling og tannbehandlerteam der det er rimelig å anta at noen av pasientene er tidlig i behandlingsforløpet.

Tjenesteperspektiv

Pasientgrunnlag

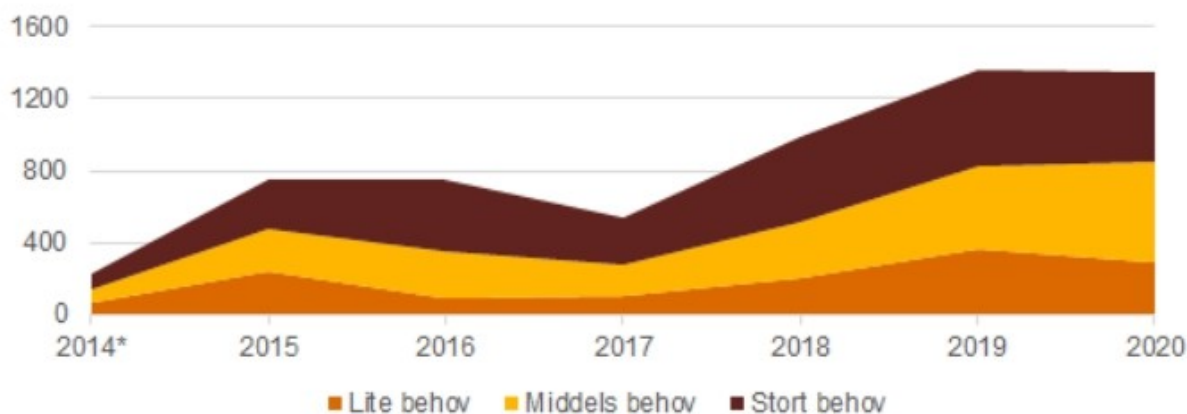
Antallet pasienter innenfor TOO-tilbudet har økt siden 2014. I perioden 2016 til 2020 har over 5 300 pasienter vært inkludert i TOO-tilbudet (målt ved antall pasienter vurdert av psykolog fratrukket antall pasienter som ikke kvalifiserte for tilbudet). Pasientgruppen med odontofobi er den største og utgjør omkring 65 prosent av pasientgrunnlaget. Omkring 30 prosent av pasientene har vært utsatt for overgrep, mens antall pasienter utsatt for tortur har vært lav i hele perioden. I gjennomsnitt har det vært registrert omkring 20 pasienter årlig innenfor tortur. En oversikt over utviklingen i antall pasienter innenfor de ulike målgruppene er vist i figur 4.2.1. I 2014 og 2015 var det omkring 500 pasienter som ble registrert som “Annet” i statistikken.



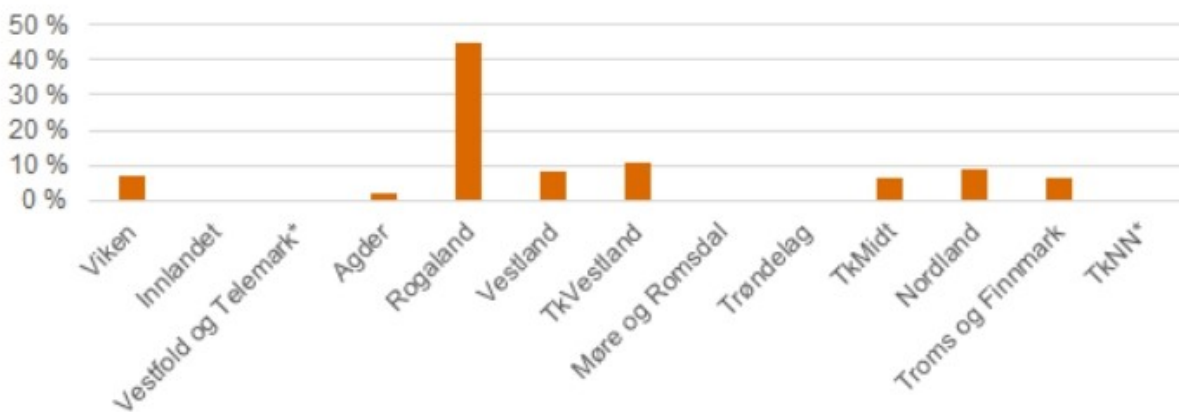


Figur 4.2.1 Utviklingen i antall registrerte pasienter per år fordelt på målgruppe 2014 - 2020 Kilde Helsedirektoratet.

I de årlige rapporteringene fra tilskuddsmottakere til Helsedirektoratet har fylkeskommunene og kompetansesentrene anslått pasientenes tannbehandlingsbehov i tre kategorier, jf. figur 4.2.2. Figuren viser at antall pasienter innenfor hver kategori - lite, middels og stort behov - har økt fra 2014 til 2020. Når det gjelder fordelingen mellom kategoriene, har andelen pasienter med stort tannbehandlingsbehov økt mest i tidsperioden, mens andelen med lite behov har hatt lavest vekst.



Figur 4.2.2 Utvikling i pasientenes tannbehandlingsbehov 2014-2020.11Ikke alle tilskuddsmottakere rapporterte pasientenes tannbehandlingsbehov i 2014. Kilde: Helsedirektoratet. De årlige rapporteringene fra tilskuddsmottakere til Helsedirektoratet gir også oversikt over henvisninger til tannlegespesialist, jf. figur 4.2.3. Rogaland fylkeskommune hadde høyest antall henviste pasienter som andel av personer under behandling og ferdigbehandlede pasienter i 2020. Tallet inkluderer pasienter som hadde behov for akuttbehandling. Hos flere av tilskuddsmottakerne var andelen henviste pasienter mellom 5 og 10 pst. Ser vi perioden fra 2018 til 2020 under ett, lå andelen som ble henvist til tannlegespesialist mellom 8 og 10 pst. på tvers av alle tilskuddsmottakerne.



Figur 4.2.3 Henvisninger til tannlegespesialist som andel av pasienter under behandling og ferdigbehandlede pasienter i 2020.11 Oslo fylkeskommune, tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ), Vestfold og Telemark fylkeskommune og tannhelsetjenestens kompetansesenter Nord-Norge (TkNN) har ikke rapportert antall henvisninger til tannlegespesialist. Kilde: Helsedirektoratet.

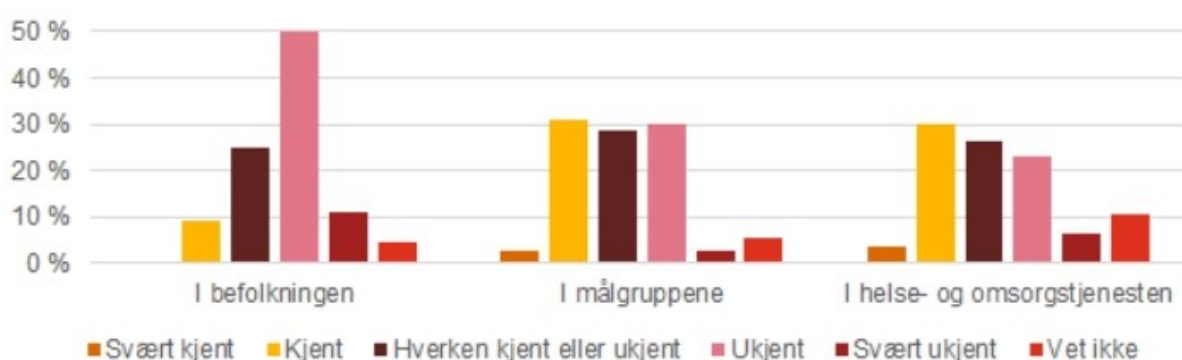
Helsedirektoratet har stilt spørsmål ved om det er andre pasientgrupper med lignende problemstillinger som burde vært omfattet av et offentlig tilbud og hvorledes TOO-tilbudet har bidratt til å avdekke dette. I intervjuer med ansatte har enkelte andre pasientgrupper blitt nevnt, herunder beboere på asylmottak og ruspasienter, uten at dette har vært drøftet inngående.

Innretning og tilgjengelighet

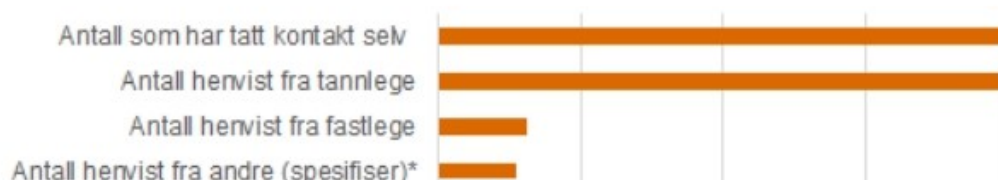
Kjennskap til tilbudet

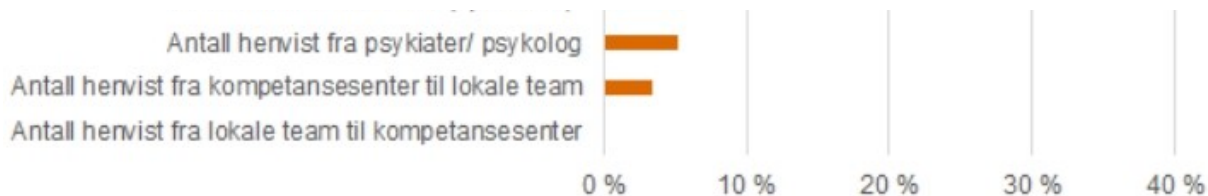
I intervjuer med ansatte fremkommer det at kunnskap om TOO-tilbudet varierer på tvers av helse- og omsorgstjenesten, dvs. mellom privatpraktiserende tannleger, privatpraktiserende psykologer, fastleger, distriktpsyrkiatriske senter (DPS) og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Mens enkelte av aktørene har inngående kjennskap til TOO-tilbudet og hva det omfatter har andre knapt hørt om tilbudet. Observasjonen går igjen i spørreundersøkelsen blant ansatte. Mellom 20 og 30 pst. av respondentene oppgir at de opplever at TOO-tilbudet er kjent, hverken kjent eller ukjent og ukjent i helse- og omsorgstjenesten, jf. figur 4.2.4. I tillegg viser statistikk at relativt få blir henvist fra psykologer, fastleger og andre aktører, jf. figur 4.2.5. Omkring fire av ti blir henvist fra tannlege som indikerer at kjennskapen til tilbudet i tannhelsetjenesten er relativt høy i tannhelsetjenesten.

Flere ansatte sier i intervjuer at TOO-tilbudet ikke er godt nok kjent i befolkningen. Dette reflekteres i spørreundersøkelsen blant ansatte hvor 50 pst. av respondentene opplever at TOO-tilbudet er *ukjent* i befolkningen, jf. figur 4.2.4. Meningene blant de ansatte er mer delt vedrørende i hvilken grad TOO-tilbudet er kjent i målgruppene. Her har om lag 30 pst. av respondentene svart henholdsvis *kjent*, *hverken kjent eller ukjent* og *ukjent*. I intervjuene trekker flere ansatte frem at de opplever at tilbudet er særlig ukjent blant personer utsatt for tortur og delvis kjent blant personer utsatt for overgrep og personer med odontofobi.



Figur 4.2.4 Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte: I hvilken grad opplever du at TOO-tilbudet er kjent? Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.





Figur 4.2.5 Oversikt over pasienter som har tatt kontakt med og blitt henvist til TOO-tilbudet i 2020 Kilde: Helsedirektoratet.

Det er gjennomført varierende grad av informasjonsarbeid i de ulike fylkeskommunene. I de årlige rapporteringene til Helsedirektoratet oppgir både fylkeskommunene og kompetansesentrene hvilke tiltak de har gjennomført for å informere og nå ut til målgruppen. Her listes opp ulike tiltak som informasjonsbrosjyrer, utarbeidelse av nettsider, direktekontakt med henvisningsinstanser og andre (fastlege, psykologer, Nav, Blå Kors etc.) annonser og mediedekning på lokalradio og lokalaviser. De senere årene har flere fylker hatt et lavere fokus på informasjonsspredning, der lange ventetider oppgis som en vesentlig årsak.

En del av informasjonsspredningen til pasienter og pårørende skjer gjennom nettsiden *tooinfo.no* og fylkeskommunenes egne nettsider. Hjemmesiden *tooinfo.no* ble utviklet for noen år siden og her er det nå samlet en del informasjon om TOO-tilbudet og lenker til fylkeskommunenes hjemmesider.

Kompetansesenter Øst (TkØ) er ansvarlig redaktør for nettsiden. I kartleggingen har vi blitt informert om at det er økt bevissthet omkring viktigheten av søkemotoroptimalisering for at nettsiden skal komme tidlig ved eksempelvis søk på "tannlegeskrek" eller tilsvarende søkeord.

Treffsikkerhet i tilbudet

Inklusjonskriteriene til målgruppene i TOO-tilbudet er identiske med definisjonene fra IS-1855 og har ligget fast siden oppstarten av tilbudet i 2011. Helsedirektoratets presiseringer er gjort i hovedsak etter spørsmål fra tjenesten. Et eksempel er presiseringen at odontofobi ikke er et krav for personer utsatt for tortur og overgrep for å kvalifisere for tilbudet.

I statistikken finner vi at relativt få personer er avvist etter å ha tatt kontakt eller blitt henvist til TOO-tilbudet. I perioden 2016 til 2020 viser tallene at mellom 3 og 11 prosent av de som ble vurdert av psykolog, ble vurdert til å ikke være inkludert i målgruppen for tilbudet. Figur 4.2.6 gir en fullstendig oversikt over antall utredet og andelen avvist hos psykolog.



Figur 4.2.6 Antall vurderte pasienter (venstre akse) og andelen avviste pasienter som andel av antall vurderte pasienter (høyre akse) i 2016 til 2020 Kilde: Helsedirektoratet.

I intervjuene uttrykker ansatte innenfor TOO-tilbudet at inklusjonskriteriene er brede og at mange inkluderes i ordningen. Noen stiller derfor spørsmål ved om det er behov for fastere rammer for hvem som skal motta tilbudet. En mulig løsning som har blitt lansert er krav om henvisning fra helsepersonell som f.eks. fastlege. Det kan føre til at tilstrømningen til tilbudet blir mindre. På den andre siden peker enkelte på at det også kan hindre at de som har størst behov for hjelp og f.eks. ikke vil gå til en fastlege, ikke vil få hjelp.

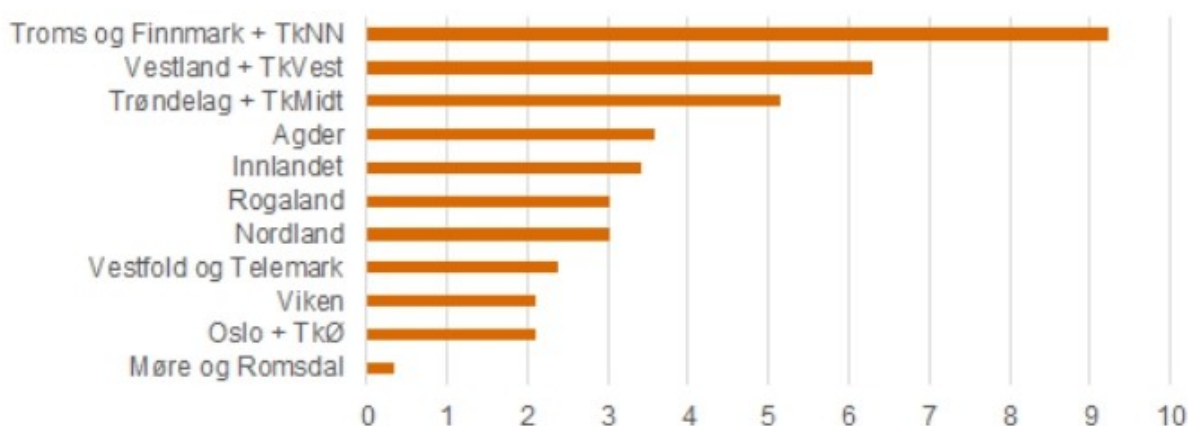
I spørreundersøkelsen blant de ansatte oppgir nærmere 85 pst. at de er kjent med inklusjonskriteriene og omkring 50 pst. mener inklusjonskriteriene er treffsikre i målgruppene. Likevel oppgir 55 prosent at det er personer i målgruppene med behov for behandling som ikke får benyttet seg av TOO-tilbudet. I intervjuene trekker flere av de ansatte frem at svært få torturutsatte har mottatt tilbudet siden oppstart, men om dette skyldes inklusjonskriteriene eller lite kunnskap i målgruppene har de ikke et godt svar på.

I vår dokumentgjennomgang har vi ikke funnet vesentlige endringer i inklusjonskriteriene for TOO-tilbudet siden oppstart. Det har imidlertid vært presiseringer av regelverket for å avklare misforståelser med hensyn til hvordan kriteriene skal benyttes for å sikre lik praksis på tvers av landet. Den siste presiseringen av regelverket ble gitt våren 2021 der hvilke målgrupper som er inkludert ble presisert ytterligere samt at setningen hver av tilstandene er selvstendige vilkår som alene gir tilgang til det tilrettelagte tilbudet ble inkludert i regelverket. Presiseringen ble gitt av Helsedirektoratet og sendt ut på e-post til tjenesten i løpet av evalueringsperioden våren 2021.

Tilgjengelighet i fylkeskommunene

TOO-tilbudet er organisert gjennom fylkeskommunene der alle fylkeskommunene og kompetansesentrene har valgt samme løsning for tilgjengelighet. De tverrfaglige teamene er lokalisert på sentrale steder i regionen, mens tannbehandler-teamene er flere og lokalisert nærmere pasientens bosted. I spørreundersøkelse blant de ansatte oppgir omkring 55 prosent at de opplever at tilbudet er geografisk tilgjengelig i sitt fylke.

I statistikken for antall behandlet og under behandling per 10 000 innbyggere over 20 år er det stor variasjon mellom fylkeskommunene. Ved bruk av denne statistikken hadde Troms og Finnmark, inkl. TkNN størst tilgjengelighet i 2020 med omkring 9 personer behandlet eller under behandling per 10 000 innbyggere. Møre og Romsdal har det laveste tallet med 0,3 per 10 000. Tall for alle fylkeskommunene er vist i figur 4.2.7.



Figur 4.2.7 Antall behandlede pasienter og pasienter under behandling per 10 000 innbyggere over 20 år i 2020 Kilde: Helsedirektoratet.

Flere ansatte trekker frem i intervjuene at de ikke har fått tatt ut alle synergier etter regionreformen. I flere regioner refereres det i stor grad til hvordan TOO-tilbudet er organisert etter den gamle inndelingen i

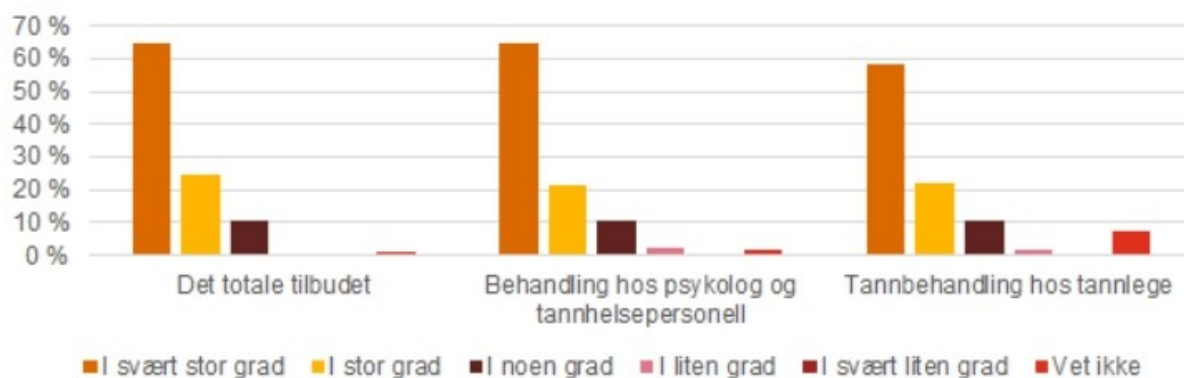
fylkeskommuner. I tillegg forteller ansatte at de ikke har fått koordinerte seg ordentlig på tvers av de grensene og optimalisert struktur og innretning.

En problemstilling flere har trukket frem i intervjuene er at det er vanskelig å vite hva den reelle etterspørselen etter TOO-tilbudet, og således det reelle behovet for tannbehandling, er på tvers av befolkningen og i de ulike fylkeskommunene. I intervjuene har flere oppgitt at de opplever at personer ikke tar kontakt eller setter seg på venteliste pga. lange ventetider. Et inntrykk flere har er også at tannleger heller ikke ønsker å henvise til TOO-tilbudet i frykt for at de "mister" pasienten i ventetiden før de kan motta tilbudet.

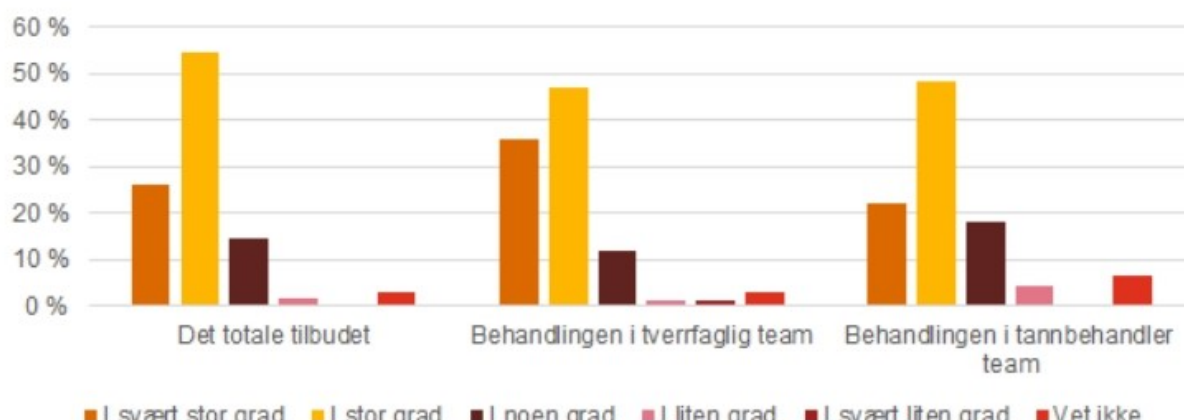
Faglig innhold og tilrettelegging av behandling

Tilrettelegging av behandling

Overordnet mener både pasienter og ansatte at behandling i TOO-tilbudet er godt tilpasset pasientens behov. I spørreundersøkelsen blant pasienter oppgir over åtte av ti at TOO-tilbudet i stor eller svært stor grad er tilpasset deres behov. Seks av ti svarer at tilbudet i svært stor grad er tilrettelagt deres behov og dette er uavhengig om det gjelder det totale tilbudet, behandling i tverrfaglig team (hos psykolog og tannhelsepersonell) og tannbehandling hos tannlege. I spørreundersøkelsene er de ansatte mer nøkterne i sine opplevelser av tilbudet sammenlignet pasientene. I likhet med pasientene svarer nærmere åtte av ti svarer at tilbudet i stor eller svært stor grad er tilrettelagt og tilpasset pasientenes behov. Til forskjell fra pasientene er hovedvekten av besvarelsene på stor grad av tilpasningen og ikke svært stor grad slik som pasientene. Besvarelsene fra pasientene og de ansatte er vist i figur 4.2.8 og figur 4.2.9.

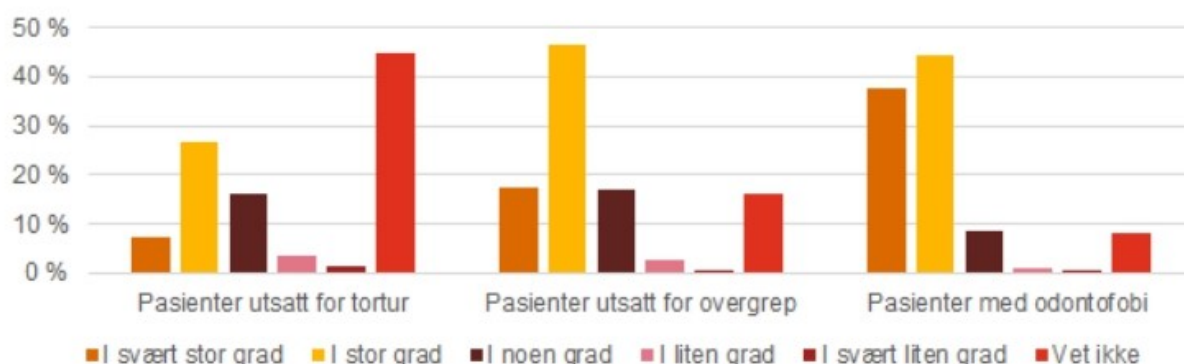


Figur 4.2.8 Resultater fra spørreundersøkelsen blant pasienter: I hvilken grad opplever du at TOO-tilbudet er tilrettelagt dine behov? Kilde: Spørreundersøkelse blant pasienter i TOO-tilbudet. Totalt 135 respondenter.



Figur 4.2.9 Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte: I hvilken grad opplever du at TOO-tilbudet er tilrettelagt og tilpasset pasientenes behov? Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.

I intervjuene opplyser de tverrfaglige teamene at de tilpasser behandlingen til pasientenes situasjon og behov og at pasientenes behov varierer på tvers av målgruppene. Pasienter med lett odontofobi er relativt enkle å behandle hvor ansatte i større grad kan gå rett til eksponering, mens mer komplekse traumepasienter er mer tids- og ressurskrevende og krever normalt sett større behandlingsomfang. Når det gjelder personer utsatt for tortur er pasientgrunnlaget så lite at flere ansatte ikke opplever at de har særlig innsikt i pasientgruppen og deres behov. Dette underbygges av spørreundersøkelsen blant de ansatte der over fire av ti svarer vet ikke på spørsmål om de opplever at behandlingsstedet klarer å tilpasse de psykologiske behandlingsmetodene til pasienter utsatt for tortur, jf. figur 4.2.10. For pasienter utsatt for overgrep og pasienter med odontofobi oppgir derimot over 60 pst at de opplever tilbudet i stor eller svært stor grad er tilpasset pasientenes behov. For pasienter med odontofobi svarer over åtte av ti av de ansatte at de psykologiske metodene er tilpasset i *stor* eller *svært stor* grad målgruppens behov.



Figur 4.2.10 Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte: I hvilken grad opplever du at behandlingsstedet klarer å tilpasse de psykologiske behandlingsmetodene til målgruppens behov? Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.

I intervjuene opplyser de tverrfaglige teamene at den mest benyttede behandlingsmetoden er kognitiv atferdsterapi og at eksponeringsterapi er et sentralt element. Når pasienten har vært utsatt for tortur eller overgrep er en traumeforståelse av symptombildet relevant, og i tillegg ta i bruk traumerelaterte behandlingsmetoder. Begreper som symptomreduksjon, toleransevinduet og stabilisering er eksempler på det.

Tilretteleggingen av behandlingen i tannbehandler-teamene er i stor grad samsvarende med observasjoner fra de tverrfaglige teamene. Hvert behandlingsforløp tilpasses den enkelte pasientens behov og situasjon. Ved første time vurderes behandlingsbehovet og det utarbeides en plan for videre oppfølging. Tannleger vi har snakket med forteller at det generelt er enklere å behandle pasienter med odontofobi sammenlignet med pasienter med traumer. En generell tilbakemelding er behandling av pasienter innenfor TOO-tilbudet krever kunnskap og god erfaring og er mer tidkrevende enn andre pasientgrupper.

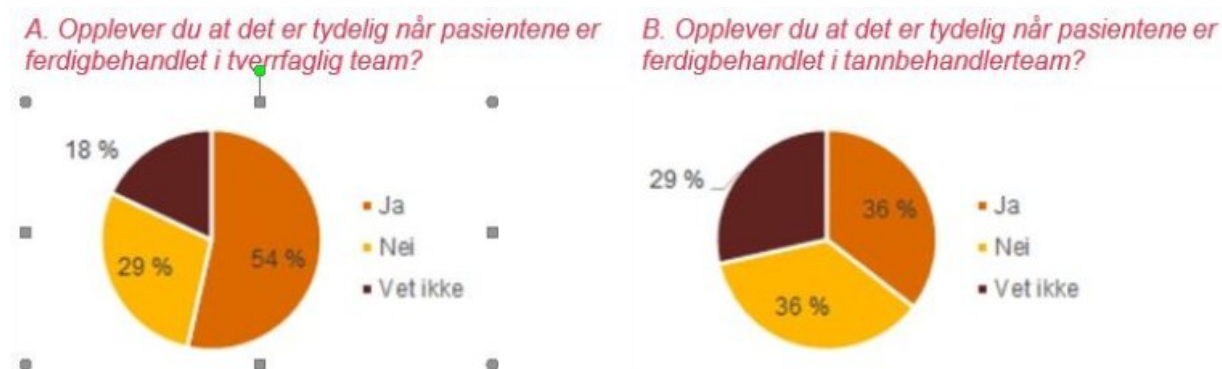
Avgrensning av behandling

I regelverket til tilskuddsordningen er det presisert at personer i målgruppen omfattes av tilbudet og betaler ikke vederlag/egenandel frem til tannsettet er rehabilitert og vedkommende mestrer behandling innenfor ordinær tannhelsetjeneste.

I spørreundersøkelsen blant de ansatte svarer fem av ti at det er tydelig når pasienten er ferdigbehandlet i tverrfaglig team, mens tre av ti ansatte mener at det ikke er tydelig, jf. figur 4.2.11A. I intervjuene gir flere

av de ansatte i tverrfaglige team tilbakemelding om at det ofte kan være krevende å avgrense behandlingen til utfordringer knyttet til tannbehandling for enkelte pasienter. Dette gjelder spesielt pasienter med traumer og store utfordringer generelt i livet. Flere trekker frem at mange pasienter aldri vil kunne mestre behandling innenfor ordinær tannhelsetjeneste og blir derfor med dagens regelverk værende i TOO-tjenesten, som igjen medfører en oppsamling av krevende pasienter. Dette gjelder hovedsakelig traumepasienter. Personer med lett odontofobi og mindre utfordringer er enklere å definere som ferdigbehandlet når tannsettet er rehabilitert ferdig og de har lært teknikker for å takle odontofobien på en bedre måte. Enkelte ansatte trekker også frem at det er vanskelig å si med sikkerhet når pasientene vil kunne mestre ordinær tannbehandling.

Det er delte meninger om behandlingen i tannbehandler-team. Det utarbeides en individuell behandlingsplan når pasienten kommer til tannbehandler-teamet og når behandlingsplanen er gjennomført, skal pasientene være ferdig i TOO-tilbudet. I spørreundersøkelsen blant ansatte svarer 35 pst. at de opplever at det er tydelig når pasientene er ferdigbehandlet i tannbehandler-team, mens 35 pst. svarer at de ikke opplever det er tydelig når pasienten er ferdigbehandlet, jf. figur 4.2.11B. I intervjuene mener enkelte at kriteriet for rehabilitert tannsett er tilstrekkelig, mens andre etterspør tydeligere kriterier for når pasientene skal avslutte behandlingen i TOO-tilbudet. Blant annet er det utfordrende å forutsi når tannsettet er ferdig rehabilitert. F.eks. kan nye problemstillinger oppstå underveis i et langt behandlingsforløp. I tillegg oppgir ansatte at dagens regelverk overlater for mye av vurderingen til behandlerne. Noen tannleger med flere års erfaring med tannbehandling i TOO-tilbudet forteller at de knapt har ferdigbehandlet pasienter siden de startet. Over tid vil dette medføre en begrenset kapasitet til å motta nye pasienter. I tillegg utgjør avgrensningen av behandling både et faglig og etisk dilemma for den enkelte behandler. Faglig i form av at det alltid er noe "mer" å gjøre med tennene og etisk ved at man ønsker å hjelpe personer med store utfordringer i livet.

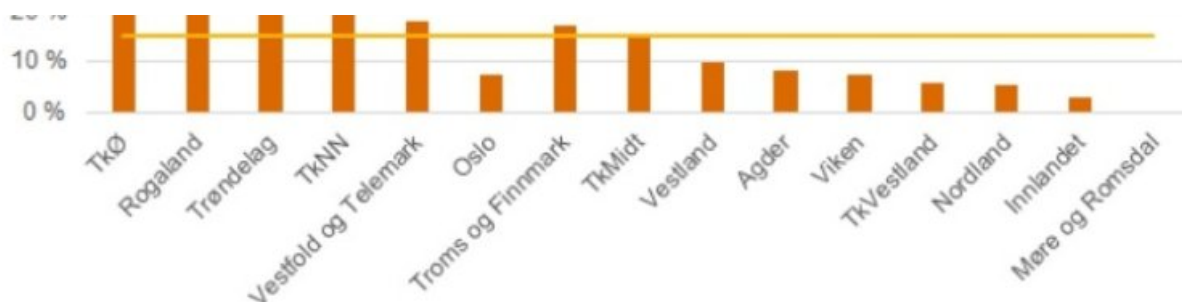


Figur 4.2.11 Resultater fra spørreundersøkelse blant ansatteKilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.

Tannbehandling i narkose

Mange av pasientene innenfor TOO-tilbudet har behov for tannbehandling i narkose. I 2020 viser statistikken at 245 pasienter mottok tannbehandling i narkose innenfor TOO-tilbudet. Dette innebærer at omkring 15 prosent av pasientene som ble ferdigbehandlet eller var under behandling innenfor TOO-tilbudet mottok tannbehandling i narkose. I intervjuene forteller ansatte at disse pasientene har store smerter og større inngrep som må gjennomføres, og at det ikke er hensiktsmessig å gjennomføre tannbehandlingen i våken tilstand. Enkelte behandlere estimerer at de bruker omkring halvparten av tiden på tannbehandling i narkose sammenlignet med at våken tilstand. Figur 4.2.12 viser andelen som mottok tannbehandling i narkose innenfor TOO-tilbudet i 2020.





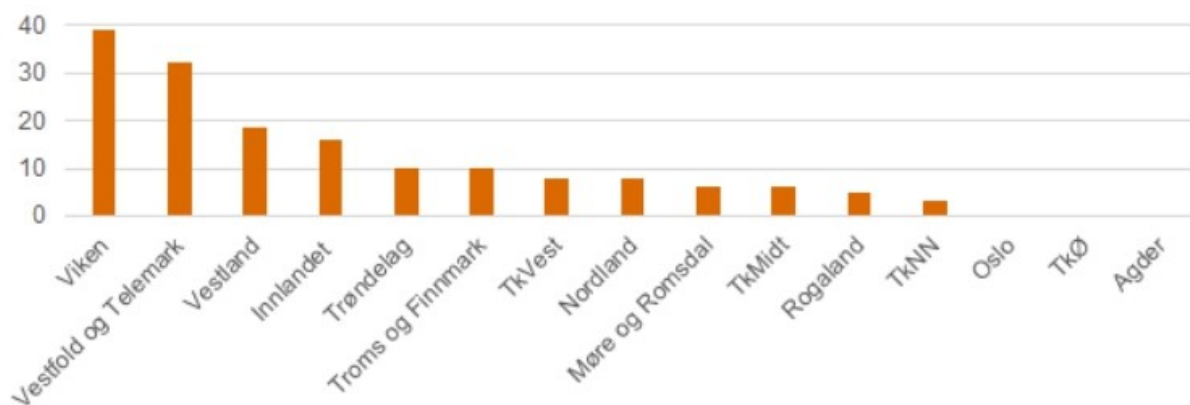
Figur 4.2.12 Andel pasienter som mottok tannbehandling i narkose i TOO-tilbudet som andel av ferdigbehandlede pasienter og pasienter under behandling i 2020 Kilde: Helsedirektoratet.

I behandlingsveilederen for tverrfaglige team er det presisert at akutt tannbehandling må tilrettelegges av tverrfaglig team i forkant eller etterkant av eksponeringsterapi dersom dette vurderes som nødvendig. Akutt behandling i denne sammenheng er pasienter som har behov for enten bruk av lystgass, sedasjon eller narkose for å kunne gjennomføre den akutte tannbehandlingen. Narkose er å foretrekke ved store og krevende tannbehandlinger. Samtidig er det viktig at det tydeliggjøres for pasienten at bare deler av tannbehandlingsbehovet vil bli behandlet under narkosen og at noe av behandlingen vil være midlertidige løsninger. Brukerperspektivet for tannbehandling i narkose er dekket i kapittel 4.1.

I intervjuene har flere ansatte sagt at de følger veilederen og påpeker at det er viktig at tannbehandling i narkose gjennomføres som en integrert del av TOO-tjenesten. Flere trekker frem at det er viktig at TOO-tilbudet ikke blir et gratistilbud for personer som ønsker gratis tannbehandling i narkose og ikke er interessert i å bli kvitt utfordringene sine. Dette er også trukket frem i veilederen der det er presisert at "...pasienter som søker seg til prosjektet utelukkende for narkose og ikke er interessert i å prøve psykologisk tilnærming, skal avvises fra prosjektet med beskjed om de private alternativene som finnes".

Flere ansatte forteller i intervjuene at de lange ventetidene i TOO-tilbudet er en utfordring for pasienter med behov for akutt behandling og tannbehandling i narkose. De forteller om pasienter som har store smerter og ønsker henvisning til TOO-tilbudet, men må dekke kostnader til tannbehandlingen i narkose av egen lomme da de ikke får dekket behandlingen når de står på venteliste til vurderingssamtale (selv om det er "åpenbart" at de er innenfor inklusjonskriteriene til TOO-tilbudet).

Ved utgangen av 2020 rapporterte flere tilskuddsmottakerne om kort ventetid for tannbehandling i narkose for pasienter innenfor TOO-tilbudet. Blant annet TkØ rapporterte om høy kapasitet og minimal ventetid for narkosebehandling. Tilgjengeligheten varierer i flere regioner mellom de tverrfaglige teamene innenfor samme region og den rapporterte statistikken gir derfor ikke nødvendigvis et godt bildet på situasjonen for hele regionen. I 2020 var det høyest ventetid i fylkeskommunene Viken og Vestfold og Telemark med henholdsvis 39 uker og 32 uker for behandling i narkose, jf figur 4.2.13.



Figur 4.2.13 Ventetider for tannbehandling i narkose innenfor TOO-tilbudet (antall uker) Kilde: Helsedirektoratet.

Bruk av veiledere i behandlingen

I intervjuene opplyser de tverrfaglige teamene at de følger veilederen for tverrfaglige team som er utarbeidet av tjenesten. Veilederen gir en veiledende ramme for antallet behandlingstimer i den tverrfaglige behandlingen til 12 timer og i de fleste tilfeller blir dette overholdt. I noen tilfeller er det behov noen flere behandlingstimer for å fullføre, men å holde seg innenfor de veiledende rammene ved komplekse kasuser kan være krevende. Gjennomsnittlig anslår teamene at den tverrfaglige behandlingen tar mellom fem og ti timer for pasientene.

Det er ikke utarbeidet en egen behandlingsveileder for behandling i tannbehandler-team⁸. I henhold til delmålene i TOO-tilbudet skal arbeidet følge veilederen God klinisk praksis i tannhelsetjenesten og alle tannbehandler-teamene opplyser i intervjuene at de følger denne. Det er likevel en utfordring knyttet til hvor omfattende tannbehandling pasientene skal motta og hvor kostnadskrevende behandlingen kan være knyttet til implantat, bro, protetik etc. I dag er det tannbehandler-teamene som i første behandlingstime med pasientene vurderer hvilken behandling de ser på som hensiktsmessig for pasienten for å gi dem et ferdig rehabilitert tannsett. Fylkeskommunene har etablert ulike praksiser for kostnadsdekning og rammer for tannbehandler-teamene. Prosessen for godkjenning kan oppleves tidkrevende for både tannbehandler og fylkeskommunen. I intervjuene har vi fått vite om fire ulike praksiser (på tvers av private og offentlige tannbehandler-team):

- Fører i journalen hvilken behandling som er gjennomført
- Sender faktura etter endt behandling
- Sender kostnadsoverslag dersom behandling overstiger en gitt sum
- Sender kostnadsoverslag uavhengig av sum for behandling

Enkelte regioner oppgir i intervjuene at de har utarbeidet egne veiledere. Blant annet har TkØ utviklet en veileder for hvordan de organiserer selve eksponeringstreningen.

Samhandling mellom tverrfaglig team og tannbehandler-team

Overordnet fungerer samarbeidet mellom tverrfaglig team og tannbehandler-team bra. I spørreundersøkelsen til de ansatte oppgir over 75 prosent av de spurte at samarbeidet fungerer bra eller svært bra, jf figur 4.2.14. Fra intervjuene har vi fått vite at dialogen mellom teamene hovedsakelig foregår via detaljerte henvisninger og vedlagt mestringsplan ved overføring av pasient. Den generelle tilbakemeldingen i intervjuene er at samarbeidet fungerer bra. I noen fylker er det avtalt en "forvarsel" om at pasienten snart er ferdigbehandlet i tverrfaglig team, slik at tannbehandler-teamet kan passe inn pasienten i sine timebøker for å unngå lang ventetid og oppstart av tannbehandling.

På spørsmål om det er etablert rutiner for å sikre god pasientovergang mellom teamene oppgir omkring 50 prosent av ansatte at de i stor grad eller svært stor grad opplever gode rutiner. I intervjuene opplyser flere team at det ved behov for diskusjon ved eksempelvis mer krevende kasus er mulig for tannlege i tannbehandler-team å få kontakt med tverrfaglig team via telefon eller møte.

I intervjuene fremkommer det at det er vanlig at tannbehandler-team forholder seg til et eller to tverrfaglige team. Temaene de har kontakt med er fortrinnsvis innenfor de tidligere fylkeskommunene. De tverrfaglige teamene forholder seg ofte til mange tannbehandler-team avhengig av fylkeskommune og organisering.

A. Hvordan opplever du at samarbeidet mellom tverrfaglig team og tannbehandler-team fungerer?

B. I hvilken grad opplever du at det er etablert rutiner som skal bidra til å sikre god pasient-overgang mellom tverrfaglige team og tannbehandler-team?



Figur 4.2.14 Resultater fra spørreundersøkelse blant ansatteKilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.

Fagkompetanse og kompetanseheving

Sammensetning av fagkompetanse

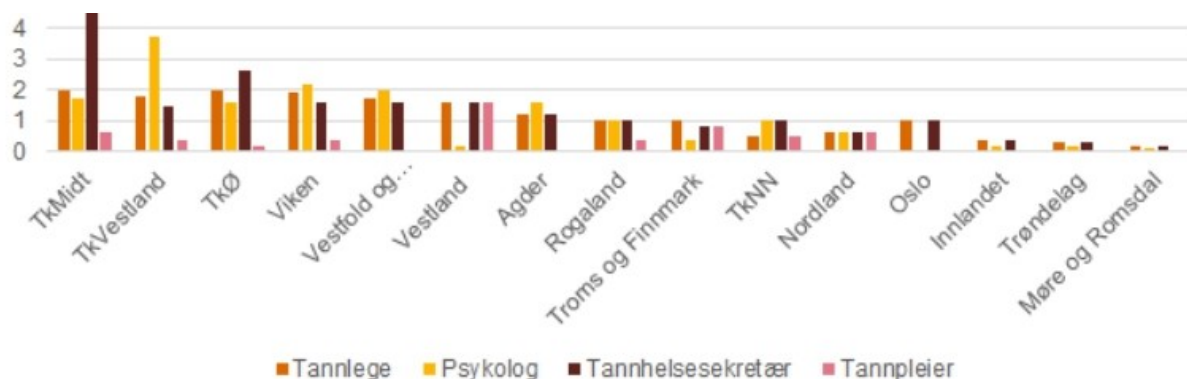
I 2020 var det totalt 50 tverrfaglige team innenfor TOO-tilbudet fordelt på de ulike fylkeskommunene i Norge. Blant tilskuddsmottakerne var flest team i Vestland fylkeskommune med 8 team. Møre og Romsdal, Trøndelag fylkeskommuner (ekskl. TkMidt) og kompetansesenteret i Nord-Norge (TkNN) rapporterte om kun et tverrfaglig team. I denne sammenheng er det viktig å påpeke at TkMidt er en integrert del av tilbudet i Trøndelag og det totale antall team i regionen er åtte team. TkNN er på sin side eid av Troms og Finnmark fylkeskommune og det totale antall team i regionen er åtte team.

Årsverkene er spredt på ulike fagkompetanser: tannleger, psykologer, tannhelsesekretærer og tannpleiere. TkØ er eneste tilskuddsmottaker som har ansatt egen pasientkoordinator som fungerer som administrativ koordinator og kontaktperson mot fylker, samarbeidspartnere etc⁹. Tabell 4.2.1 gir en oversikt over antall årsverk for hver fagkompetanse i tverrfaglige team i 2020. Som vi ser, er det flest årsverk knyttet til tannhelsesekretærer, mens det relativt små forskjeller i årsverk mellom tannleger og psykologer.

I behandlingen av pasientene er det regionale forskjeller i hvordan fagkompetansen benyttes i de tverrfaglige teamene. I enkelte team benyttes psykologene i hovedsak til å vurdere pasientene innledningsvis i behandlingsforløpet ("vurderingssamtalen") og tannlegene utfører behandlingen. I andre regioner, som f.eks. i Vestfold og Telemark fylkeskommune, er psykologene i langt større grad integrert i det tverrfaglige teamet og tettere involvert i pasientens behandling.

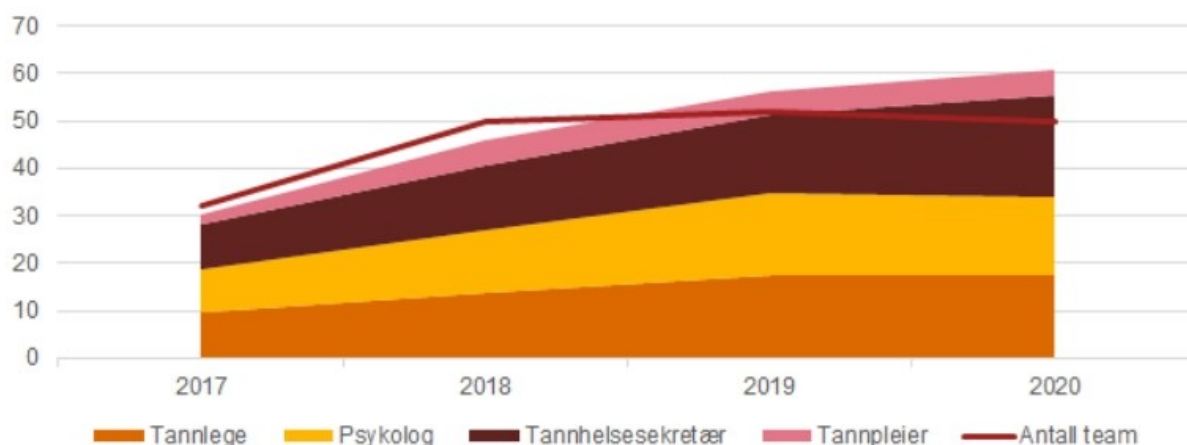
Type fagkompetanse	Antall årsverk
Tannlege	17,3
Psykolog	16,6
Tannhelsesekretær	21,5
Tannpleier	5,5

Tabell 4.2.1 Oversikt over antall årsverk for hver fagkompetanse i tverrfaglige team i 2020
Kilde: Helsedirektoratet



Figur 4.2.15.1 Årsverk i tverrfaglig team fordelt på tilskuddsmottakere i 2020 Kilde: Helsedirektoratet.

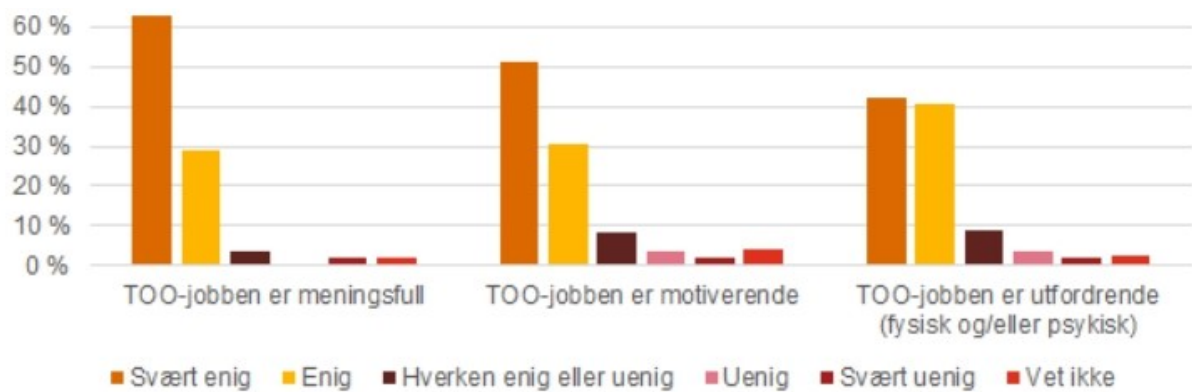
Antall årsverk i tverrfaglig team økte fra 30 årsverk til omkring 60 årsverk i perioden 2017 til 2020. Samtidig stabiliserte antall team seg på omkring 50 team og gjennomsnittlig årsverk for tannleger og psykologer i 2020 var henholdsvis 0,35 og 0,33. Utviklingen er illustrert i figur 4.2.15.



Figur 4.2.15.2 Utvikling i antall årsverk i tverrfaglige team 2017 - 2020 Kilde: Helsedirektoratet.

Statistikken for årsverk i tannbehandlerteam er for mangelfull til å trekke konklusjoner. Gjennomgangen av årsrapportene fra tilskuddsmottakerne viser imidlertid at det totalt er nærmere 100 offentlige og private tannbehandlerteam spredt på de ulike fylkeskommunene. Totalantallet trolig er høyere pga. ufullstendig rapportering i flere regioner, samt at flere av fylkeskommunene har avtale med klinikker og private tannbehandlere som fakturerer etter takst.¹⁰ Det er derfor rimelig å anta at det er vesentlig flere team enn hva statistikken viser. Tilskuddsmottakere blir også bedt om å rapportere på antall årsverk hos henholdsvis offentlige og private tannbehandlerteam. Her er statistikken også mangelfull og det kan ikke trekkes ut relevant informasjon fra innrapporteringen. Basert på antall team er det rimelig å anta at mesteparten av teamene har et lavt antall årsverk. Tar vi utgangspunkt i antall ferdigbehandlede og pasienter under behandling i 2020 og 100 team innebærer dette et gjennomsnitt på omlag 12 pasienter per team i 2020, i tillegg til dem som har avbrutt behandlingen.

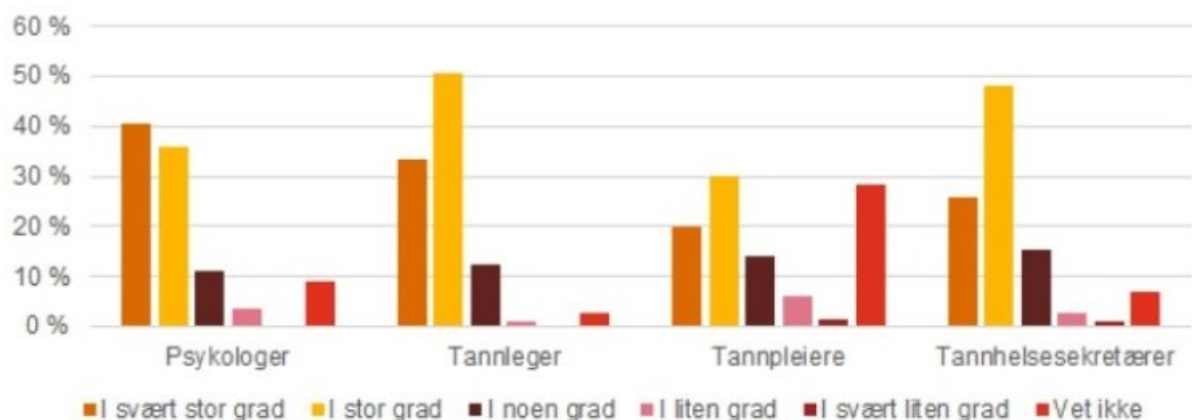
I intervjuene oppgir flere ansatte at det er krevende med små stillingsprosenter. I intervjuene svarer både tverrfaglige team og tannbehandlerteam at jobb innenfor for TOO-tilbudet er meningsfull og motiverende. I spørreundersøkelsen oppgir omkring 60 prosent at de er svært enige i at TOO-jobben er meningsfull og over 80 prosent oppgir at TOO-jobben er motiverende (enig eller svært enig). På den andre siden anerkjenner både de tverrfaglige teamene og tannbehandlerteamene at TOO-jobben er utfordrende både fysisk og psykisk. I intervjuene trekker flere tannhelsepersonell frem at tannlegeutdannelsen ikke gjør de like godt rustet som psykologene til å bearbeide sterke inntrykk i løpet av arbeidsdagen. Svarene fra spørreundersøkelsen blant ansatte er illustrert i figur 4.2.16.



Figur 4.2.16 Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte: Ta stilling til følgende

påstander Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.

Ansatte innenfor TOO-tilbudet opplever at TOO-tilbudet i stor grad har riktig fagkompetanse med hensyn til pasientenes behandlingsbehov. I spørreundersøkelsen blant ansatte oppgir mellom 70 og 90 pst. at de opplever i *stor* eller *svært stor* grad at det er tilstrekkelig fagkompetanse både når det gjelder psykologer, tannleger og tannhelsesekretærer, jf. figur 4.2.17. Omkring 50 pst. av de ansatte opplever i *svært stor* eller *stor grad* at de har tilstrekkelig tannpleierkompetanse. Andelen som svarer *vet ikke* er vesentlig høyere (30 pst.) enn for de andre fagkompetansene. Denne observasjonen kan ha sammenheng med at mange team ikke har egen tannpleier-ressurs.



Figur 4.2.17 Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte: I hvilken grad opplever du at det er

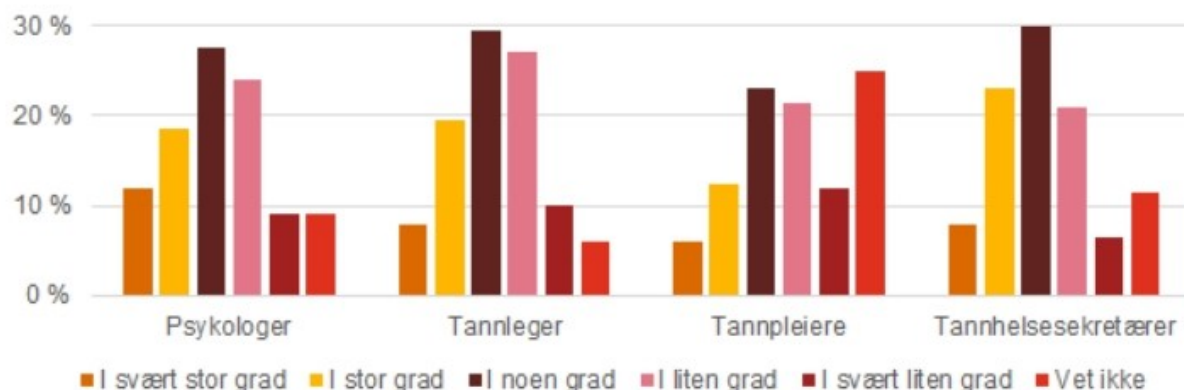
tilstrekkelig fagkompetanse i TOO-tjenesten? Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i

TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.

Rekruttering

Flere regioner forteller i intervjuene at det er krevende å rekruttere fagressurser til TOO-tilbudet. Spesielt utfordrende har det vært å rekruttere psykologer til de tverrfaglige teamene. I intervjuene forteller ansatte at arbeidet krever motivasjon og interesse for pasientgruppen og fagfeltet. Behandlingen av pasientene er krevende og mange opplever at arbeidet de gjør ikke verdsettes i form av gode muligheter for kompetanseheving eller kompensasjon i form av høyere lønn. Helsedirektoratets lønnsnorm er trukket frem av flere ansatte som en begrensende faktor for rekruttering. TOO-tjenesten har behov for erfarent og kunnskapsrikt personell for å gi et godt tilbud til pasientgruppen, og de krever ofte høyere lønn enn lønnsnormen. For psykologer trekkes også små stillingsprosenter og mangel på fagmiljø som medvirkende årsaker. Flere regioner har derfor løst rekruttering med å ha privatpraktiserende psykologer som arbeider med de tverrfaglige teamene.

I spørreundersøkelsen blant de ansatte er respondentene splittet om de opplever at det er tilstrekkelig med personell i TOO-tjenesten, jf. figur 4.2.18. Omkring tre av ti svarer at det i *stor* eller *svært stor* grad er tilstrekkelig personell i TOO-tjenesten innenfor yrkesgruppene psykologer, tannleger og tannhelsesekretær. Nærmere tre av ti oppgir at det i noen grad er tilstrekkelig personell og over tre av ti svarer at det i det i *liten* eller *svært liten* grad er tilstrekkelig personell. I likhet med besvarelsene fra tidligere er svarene mer splittet for tannpleiere, der over to av ti svarer *vet ikke* på spørsmålet



Figur 4.2.18 Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte: I hvilken grad opplever du at det er tilstrekkelig personell i TOO-tjenesten Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.

Kompetanseutvikling

I TOO-tjenesten har kompetansesentrene hatt et særskilt ansvar for kompetanseutvikling av tverrfaglige team og tannbehandlerteam. Den faglige pådriveren for kompetanseoppbygging og innenfor TOO-feltet har vært faggruppen, som er nærmere beskrevet i kapittel 4.3. Innenfor TOO-tjenesten har det vært gjennomført kompetanseheving i form av opplæring gjennom hospitering ved kompetansesentrene, kurs, veiledning og årlig samling i det nasjonale fagnettverket. I tillegg til kompetansesentrene, har også enkelte tverrfaglige team arrangert egne samlinger for tverrfaglige team og tannbehandlerteam i sin region.

I spørreundersøkelsen blant de ansatte oppgir omkring 60 prosent at de har fått tilstrekkelig veiledning og opplæring til å kunne utføre arbeidsoppgavene i TOO-tilbudet, mens rundt 25 prosent svarer at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring. I intervjuene forteller flere at de blant annet har tatt NOFOBI-eksamen og deltatt i opplæring på senter for odontofobi i Bergen.

I intervjuene får vi opplyst at behovet for opplæring er stort ved ansettelse av både tverrfaglig team og tannbehandlerteam. Behovet er størst for tverrfaglig team, men det er også behov for en god innføring av behandlingen og nødvendige teknikker for tannbehandlerteam. Det er derfor innført en introduksjonspakke for hva som bør gjennomføres av kurs og opplæring før oppstart i TOO-tjenesten. I forbindelse med de årlige nettverkssamlingene er det også innført et dagskurs dagen i forveien alle tannbehandlerteam deltar på. En ulempe ved dette flere trekker frem er at flere tannbehandlerteam kan fungere som tannbehandlerteam et helt år før de mottar opplæringen.

I intervjuene gir private tannbehandlerteam uttrykk for at de gjerne ønsker å delta på kompetanseutvikling og samlinger som arrangeres, men at de i varierende grad er inkludert. I enkelte intervjuer blir det opplyst at private tannbehandlerteam tidligere har fått dekket kompetanseutviklingstiltak i enkelte fylker som deltakelse på NOFOBI tidligere og at dette fungerte som en motivasjonsfaktor da inntjening for TOO-pasienter er vesentlig lavere enn hos andre pasientgrupper.

De fleste opplever at opplæring, kurs og faglige møtepunkter er relevante og av god kvalitet, men at det gjerne skulle vært mulighet for mer kompetanseheving og erfaringsutveksling enn i dag. Årsaker til begrenset deltakelse flere trekker frem er både tid og ressurser. Dette gjelder både for å utarbeide kursene, gjennomføre kursene for kursholder og deltakelse fra de ansatte. En medvirkende årsak noen trekker frem er at de små stillingsprosentene legger begrensninger for hvor mye tid som kan benyttes til kompetanseheving da dette går utover pasientbehandling.

Muligheten for deltakelse på opplæring, kurs og faglige samlinger har vært begrenset i 2020 pga. Covid-19. Som et kompenserende tiltak arbeides det i faggruppen for øyeblikket med blant annet digitale presentasjoner.

Behandlingskjeden

Behandlingsforløp

Behandlingsforløpet innenfor TOO-tjenesten er beskrevet i veilederen til tverrfaglige team, jf. omtale i kapittel 3.6. I veilederen omtales fire ulike behandlingsforløp avhengig av pasientens behov og situasjon. I intervjuene opplyser ansatte at pasientene i stor grad følger det samme forløpet, dvs. først vurderingssamtale, deretter behandling i tverrfaglig team og til slutt behandling i tannbehandlerteam, og at pasientflyten overordnet fungerer fint. I tverrfaglig team gjennomføres normalt psykoedukasjon og psykologsamtaler, samt eksponeringsbehandling, avhengig av pasientenes behov. Ansatte forteller at få pasienter blir henvist direkte til tannbehandlerteam fra vurderingssamtalen.

Flere regioner oppgir at de tilpasser tidspunkt for vurderingssamtalen med pasientene. Når ventetidene for oppstart i tverrfaglige team er lange, jf. omtale under, er det flere steder som har valgt å endret ordning av tilbudet og tilby vurderingssamtale til pasientene først når tverrfaglig team er tilgjengelig. Det innebærer at ventetiden "flyttes" før vurderingssamtalen. Den viktigste årsaken som trekkes frem i intervjuene er at man ønsker å unngå frafall hvis ventetiden fra vurderingssamtale til oppstart av behandling er for lang.

Ventetider

Maksimale ventetider ble innført i tilskuddsregelverket i 2018, jf. kapittel 3.4. Ved utgangen av 2020 var det ingen av tilskuddsmottakerne som overholdt de gjeldende ventetidene. De fleste tilskuddsmottakerne har prioritert å ha lang ventetid fra henvisning til vurderingssamtale for å sikre kort tid fra inklusjon i TOO-ordningen til behandling i tverrfaglig team (2020). Ved utgangen av 2020 var det 1 527 personer på venteliste for vurderingssamtale til TOO-tjenesten og 461 på venteliste for oppstart i behandling i tverrfaglig team. Lengst ventetid var det i Møre og Romsdal som oppgir ventetid på 208 uker (4 år). I intervjuene forteller flere ansatte at Covid-19 har medført lengre ventetider og flere pasienter på venteliste for tilbudet. Samtidig var det heller ingen av tilskuddsmottakere som overholdt regelverkets fastsatte maksimale ventetider i 2019, dvs. før Covid-19. I 2019 var det omkring 1 000 på venteliste for vurderingssamtale.

I 2020 innfridde 11 av 16 fristene fra vurderingssamtale til oppstart behandling i tverrfaglig behandling og 5 av 16 fristene for tid fra avsluttet behandling i tverrfaglig team til oppstart behandling tannbehandlerteam. Det er verdt å notere seg at bruddene er klart størst for ventetidene fra henvisning til vurderingssamtale. I intervjuene trekkes flere årsaker frem for å forklare de lange ventetidene. Mange trekker frem at tjenesten fremstår underdimensjonert med for høy etterspørsel sammenlignet med tilbudet. Andre trekker frem ressursmangel i form av rekrutteringsutfordringer og de små stillingsprosentene for de tverrfaglige teamene. I intervjuer med tannleger oppgir flere at de pga lange ventetider behandler pasientene selv på grunn av mer akutte behov og at pasientene ikke ønsker å bli henvist til TOO-tilbudet da de ikke lenger har et "tannbehandlingsbehov". En oversikt over ventetidene er gitt i figur 4.2.19. Ventetidene fra tverrfaglig team til tannbehandlerteam varierer mellom 2 uker i Møre og Romsdal til 208 uker ved TKNN.

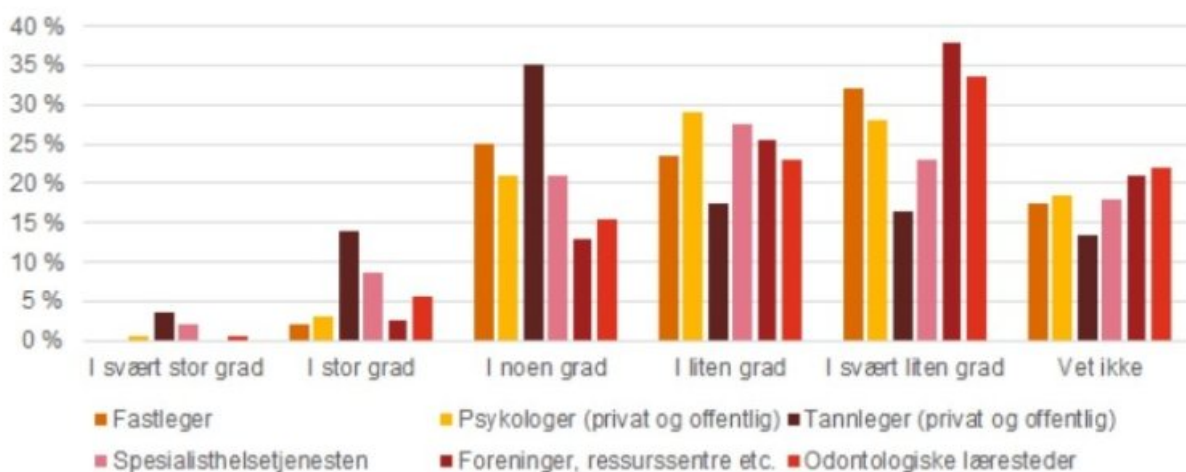


Figur 4.2.19 Ventetid hos de ulike tilskuddsmottakerne ved utgangen av 2020 (antall uker) Kilde: Helsedirektoratet.

Samarbeid i behandling av pasienter med andre deler av helse- og omsorgstjenesten

I spørreundersøkelsen blant de ansatte svarer de fleste at det er relativt lite samarbeid med andre deler av helse- og omsorgstjenesten, vist i figur 4.2.20. Over 50 pst i spørreundersøkelsen svarer at det i noen, liten eller svært liten grad er samarbeid med fastleger, psykologer, spesialisthelsetjenesten, foreninger, ressursentre etc., og odontologiske læresteder. Samarbeidet med offentlige eller private tannleger er aktører det samarbeides mest med og nærmere 50 pst. svarer at de i stor eller noen grad samarbeider med denne gruppen. Mellom 15 og 20 pst. svarer vet ikke på spørsmålet.

I intervjuene forteller flere av de ansatte at de har litt dialog med fastlege eller andre psykologer for pasienter med større behandlingsomfang utover TOO-tilbudet. Likevel forteller de fleste at behandlingene følger to ulike behandlingsforløp uten at det er mye koordinering på tvers, men at dette vurderes fra pasient til pasient. Samarbeid med aktører utover fastlege eller psykolog er også lite ifølge intervjuobjektene. I intervjuene bemerker flere ansatte at de ser fordelen av et større samarbeid i pasientbehandlingen. De trekker frem spesielt samarbeid med overgrepsutsatte og skulle gjerne hatt en tettere samarbeid med privatpraktiserende psykologer og/eller DPS sammenlignet med i dag. En utfordring flere trekker frem som begrensende for samarbeid er behov for samtykke fra pasientene.



Figur 4.2.20 Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte: Samarbeid i behandling av pasienter med andre deler av helse- og omsorgstjenesten i behandlingen og oppfølgingen av pasienteneKilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.

⁸Faggruppen opplyser at en veileder for tannbehandlerteam er under utvikling

⁹TkØ er organisert som et interkommunalt samarbeid mellom fylkeskommunene Viken og Innlandet, samt at de samarbeider med Oslo. Dette kan være med å forklare at det har egen pasientkoordinator

¹⁰ Totalantallet inkluderer ikke tannbehandlerteam fra TkVest, Nordland, Troms og Finnmark og TkNN. Nordland oppgir i sin rapporteringen at det pga. geografisk spredning i fylket ikke er hensiktsmessig med faste tannbehandlerteam.

Kunnskapsperspektiv

Kunnskapsoppbygging

Ett av delmålene i tilskuddsordningen (delmål d) er at det skal bygges opp systematisk kunnskap om forskjellige forhold ved TOO-tilbudet, herunder målgruppen, tannhelsetilstanden, tannhelsetilbud og kostnader. I intervjuene har ansatte til dels ulike oppfatninger av hva "systematisk kunnskap" innebærer og omfatter av aktiviteter.

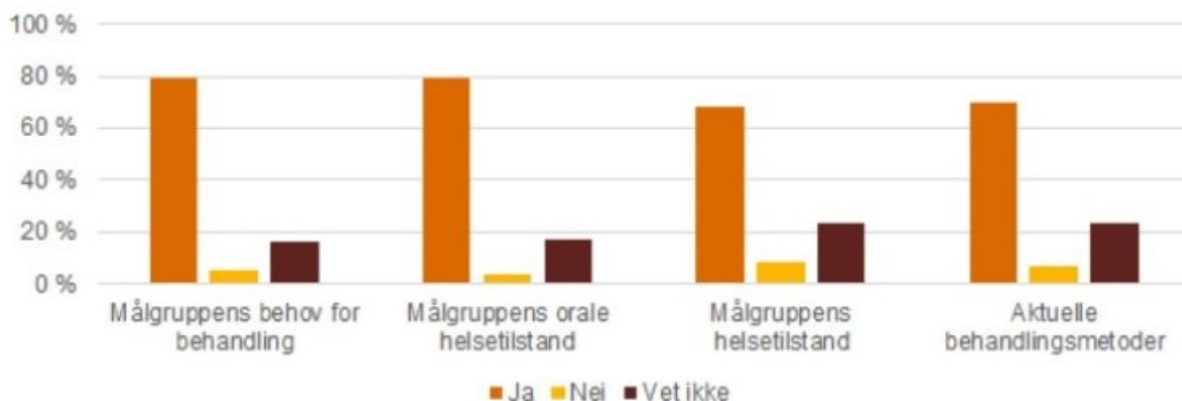
Flere ansatte peker på at det skjer en kontinuerlig klinisk erfaringsoppbygging i tverrfaglige team og tannbehandlerteam innenfor TOO-tilbudet. Det er i hovedsak gjennom arbeidet de gjør hver dag hvor de bygger opp kunnskap om forskjellige forhold ved tilbudet. Dette gjelder kunnskap om pasientene, herunder tannhelsetilstand og behandlingsbehov, hvilke behandlinger som fungerer i ulike situasjoner, om hva kostnaden ved behandlingsmetoder m.m. Erfaringsoppbyggingen trekkes frem som viktig kunnskap for å forstå og tolke pasientenes situasjon og behov og for å tilrettelegge og innrette behandlingen til pasientens beste.

Videre pekes det på at kompetansesentrene har drevet stort omfang av systematisk oppbygging av kunnskap ved at de har ansvar for opplæring, kursvirksomhet og utarbeiding av fagmateriell. Sammen med erfaringsoppbyggingen generer dette kunnskap gjennom TOO-tilbudet som bidrar til å utvikle tjenesten og faget (kvalitetsforbedringsarbeid).

Gjennom et samarbeidsprosjekt for TOO-tilbudet nasjonalt, i regi av Universitetet i Oslo (Tiril Willumsen) og kompetansesenteret i Midt-Norge (Jostein Lein), har det blitt utviklet en lærebok for tannleger under utdanning eller som kompetansehevende bok for tannhelsepersonell i sitt daglige arbeid ("Odontologisk psykologi"). Læreboken omhandler de psykologiske sidene ved tannhelse og tannbehandling, og gjør at alle studenter kan tilegne seg den teoretiske kunnskap som er opparbeidet innenfor fagområdet.

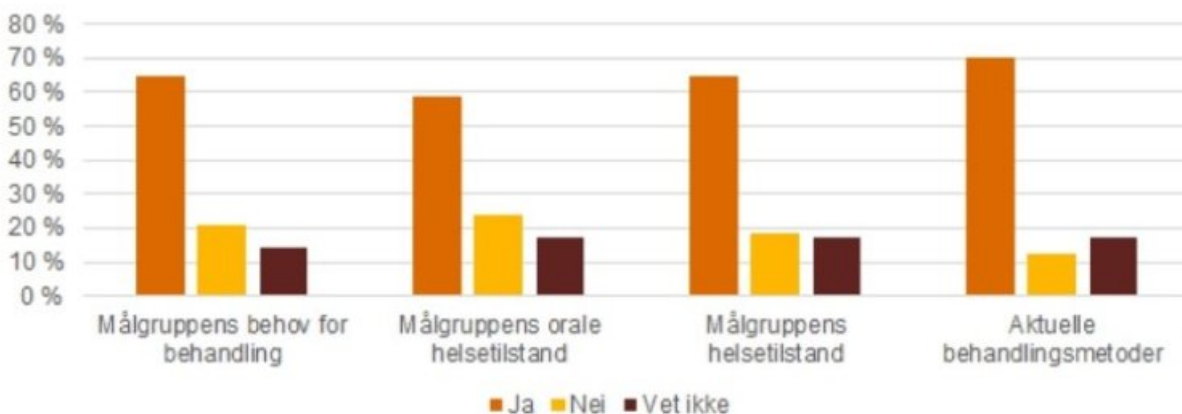
I intervjuene informerer flere ansatte om at de registrerer data om pasientene på flere områder. Områder som registreres er blant annet årsaker til at pasienter avbryter behandling, hvordan det går med pasientene etter at TOO-behandlingen er ferdig eller hva pasientene synes om behandlingen (brukerundersøkelser el.). De ansatte opplyser samtidig om at de i liten grad har systematisert og analysert dataene og formidlet opparbeidet innsikt og kunnskap til andre i TOO-tjenesten eller aktører utenfor tjenesten.

I spørreundersøkelsen blant ansatte har vi kartlagt deres meninger om kunnskapsoppbyggingen i TOO-tjenesten. Figur 4.3.1 viser at flertallet av respondentene opplever at TOO-tjenesten har klart å bygge opp kunnskap om målgruppen og behandlingen av pasientene. Mens åtte av ti ansatte mener at TOO-tjenesten har bygd opp kunnskap om behandlingsbehov og orale helsetilstand til målgruppen, mener syv av ti ansatte at det samme gjelder for målgruppens helsetilstand og aktuelle behandlingsmetoder.



Figur 4.3.1 Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte: Opplever du at TOO-tjenesten har klart å bygge opp kunnskap om...Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.

Spørreundersøkelsen viser også at flertallet av ansatte mener at det er behov for mer kunnskap på de samme områdene, jf. figur 4.3.2. Flest mener at det er behov for kunnskap om aktuelle behandlingsmetoder (syv av ti) etterfulgt av behandlingsbehovet og helsetilstanden til målgruppen og til slutt den orale helsetilstanden (seks av ti).



Figur 4.3.2 Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte: Opplever du at det er behov for mer kunnskap om...Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.

Nasjonal faggruppe for TOO-tilbudet

Den nasjonale faggruppen for TOO-tilbudet har ifølge flere ansatte hatt en sentral rolle i det faglige arbeidet i TOO-tilbudet og således den systematiske kunnskapsoppbyggingen.

Faggruppen har utarbeidet en behandlingsveileder for tverrfaglig team. Den første versjonen ble utarbeidet i 2014 og en oppdatert versjon ble ferdigstilt i 2018. Anbefalingene i veilederen er basert på empiri og forskning innenfor fagområdet. I intervjuene uttrykker flere ansatte at veilederen er et godt hjelpemiddel i behandlingen av pasientene og at den bidrar til at tilbudet blir mer likt på tvers av fylkeskommunene.

Faggruppen arbeider for øyeblikket med en veileder for tannbehandler-team. Veilederen er ment som et supplement til veilederen God klinisk praksis i tannhelsetjenesten fra Helsedirektoratet, og tar i større grad opp psykologiske og andre problemstillinger som ikke eller i liten grad er dekket i veilederen fra direktoratet.

Faggruppen er ansvarlig for den årlige faglige nettverkssamlingen som er en samling for alle ansatte i tverrfaglige team i Norge. Nettverkssamlingene har normalt sett vært arrangert som en fysisk 2-dagers samling i Oslo-området hver høst. Samlingen 2020 ble arrangert som en digital en-dagssamling. Faggruppen har prøvd å være systematisk når de har plukket områder og emner som er blitt forelest. I tillegg har de aktivt etterlyst ønsker hos tverrfaglige team om spesifikke mangler i kunnskap. I intervjuene uttrykker flere ansatte at samlingen er en viktig arena for å dele kunnskap og bygge kompetanse. På samlingene har også teamene fått anledning til å snakke om "stort og smått" om TOO-tilbudet, herunder problematikk rundt frafall og hvordan man løser akuttpasienters behov.

Ifølge mandatet skal gruppen være en faglig pådriver for kompetanseoppbygging og utdanning på TOO-fagområdet og ha ansvar for den årlige faglige nettverkssamlingen. Faggruppen har også et følge-med-ansvar gjeldende forskningsprosjekter innen TOO-tilbudet, og bidra til at det utarbeides et system for å øke kunnskapsbasert praksis innen TOO-tilbudet. I tillegg dukker det opp faglige spørsmål som gruppen fortløpende må vurdere og ta stilling til.

Faglig nettverk

I den årlige rapporteringen blir tilskuddsmottakerne bedt om å fylle ut antallet samlinger i form av møter og kurs de har deltatt på den årlige faglige nettverkssamlingen og lokale/regionale samlinger for henholdsvis tverrfaglige team og tannbehandler-team.

I 2020 rapporterte de fleste fylkeskommunene og kompetansesentrene at flere samlinger og kurs ble avlyst pga Covid-19. Noen av fylkeskommunene arrangerte digitale regionale samlinger for de tverrfaglige teamene, mens antall kurs for tannbehandler-team var mer begrenset. I 2019 opplyste de fleste fylkeskommunene om deltakelse på et eller to kurs i det nasjonale nettverket. Det totale antallet regionale møter og kurs for alle tilskuddsmottakere i 2019 er oppsummert i tabell 4.3.1

Tabell 4.3.1 Deltakelse på kurs og møtevirksomhet

	Møter	Kurs
Lokalt/regionalt nettverk for lokale Tverrfaglige behandler-team	47	37
Lokalt/regionalt nettverk for lokale Tannbehandler-team	17	26

Samarbeid med andre aktører

Når det gjelder samarbeid med eksterne aktører relatert til kunnskaps- og kompetanseoppbygging, fremkommer det av intervjuene at det i varierende grad har vært samarbeid med eksterne aktører over tid og på tvers av regioner.

En sentral aktør har vært regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). RVTS forvalter flere spisskompetanseområder hvor vold og traumer er ett av disse. I

oppstartsfasen av TOO-tilbudet bidro RVTS med å bygge opp kompetansen i TOO, hvor samarbeidet var en del av oppdragsbrevet til RVTS-sentrene. Samarbeidet var relativt omfattende i flere steder/regioner og bestod av fagdager, regionale kompetansedager, foredrag etc. I intervjuene opplevde flere at samarbeidet var viktig for kompetanseoppbyggingen i TOO, og at det var et positivt samarbeid hvor RVTS var flinke til å tilpasse tilbudet sitt og skreddersy kompetanseutviklingstiltak overfor TOO-ansatte. Etter hvert som TOO-tjenesten bygde opp erfaring med målgruppene og deres situasjon og behov, samt at kompetansesentrene tok ansvar for opplæring og kompetansebygging internt i tjenesten, ble samarbeidet mindre omfattende og bar i større grad preg av kompetanseoverføring mellom begge parter. I dag er fortsatt noe samarbeid mellom enkelte RVTS-sentre og TOO-tjenesten i noen regioner.

Når det kommer til forskning, pågår det samarbeid mellom kompetansesentrene og universiteter i Norge og forskningsinstitusjoner som SINTEF, jf. omtale under.

Forskning

Ifølge ansatte er forskning innenfor orale helse og fagområder innunder TOO-tilbudet viktig for å utforme og videreutvikle et godt behandlingstilbud til pasienter. For å utvikle TOO-tilbudet er det nødvendig med evidensbasert forskning om målgruppene, hva som fungerer i behandlingen, hvilken behandlingsmetode som gir størst effekt m.m. Forskning på TOO-fagområder pågår i hovedsak på kompetansesentrene og delvis i de odontologiske forskningsmiljøene på universitetene. Tabell 4.3.2 gir en oversikt over publiserte vitenskapelige artikler på fagområder som omhandler TOO-tilbudet.

Vitenskapelig artikler som omfatter TOO-tilbudet

Forfatter	Tittel	Tidsskrift
Bjørkvik J	Tannlegen og pasienten: En oppfølgingsstudie av pasienter som har gjennomført behandling av tannbehandlingsangst	Den norske tannlegeforenings tidende, 2016; 126: 350-4
Bryne E, Hean S, Evensen KB, Bull VH	Exploring the Contexts, Mechanisms and Outcomes of a Dental Anxiety Service in Norway: A Realist Evaluation	Upublisert manuskript, 2021
Haugbo HO, Rydning L, Torper J	Tilrettelagt tannhelsetilbud: Erfaringer med tverrfaglig behandling av pasient med sammensatt odontologisk og psykologisk problematikk	Den norske tannlegeforenings tidende, 2018, 128: 98-103
Hauge MS, Stora B, Vassend O, Hoffart A, Willumsen T	Dentist-administered cognitive behavioural therapy versus four habits/midazolam: An RCT study of dental anxiety treatment in primary dental care	European Journal of Oral Sciences, 2021, Online Version of Record before inclusion in an issue, DOI: 10.1111/eos.12794

Vitenskapelig artikler på fagområder i TOO-tilbudet¹

Forfatter	Tittel	Tidsskrift
Høyvik CA, Lie B, Willumsen T	Dental anxiety in relation to torture experiences and symptoms of post-traumatic stress disorder	European Journal of Oral Sciences, 2019, 127, ¹
Høyvik AC, Lie B, Grijbovski AM, Willumsen T	Oral Health Challenges in Refugees from the Middle East and Africa	A Comparative Study. Journal of Immigrant and Minority

		Health, 2018, DOI: 10.1007/s10903-018-0781-y
Nermo, H, Willumsen T, Johnsen J-A	Changes in dental anxiety among 15- to 21-year-olds. A 2-year longitudinal analysis based on the Tromsø study: Fit futures	Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2019, 47(2); 127-133
Nermo H, Willumsen T, Johnsen J-A	Prevalence of dental anxiety and associations with oral health, psychological distress, avoidance and anticipated pain in adolescence: a cross-sectional study based on the Tromsø study, Fit Futures	Acta Odontologica Scandinavica, 2018, DOI: 10.1080/00016357.2018.1513558
Kranstad V, Søftestad S, Fredriksen TV, Willumsen T	Being considerate every step of the way: a qualitative study analysing trauma-sensitive dental treatment for childhood sexual abuse survivors	European Journal of Oral Sciences, 2019, 127: 539–546
Strom K, Ronneberg A, Skaare AB, Espelid I, Willumsen T	Dentists' use of behavioural management techniques and their attitudes towards treating paediatric patients with dental anxiety	European Archives of Paediatric Dentistry, 2015, 16(4):349–55
Søftestad S, Kranstad V, Fredriksen TV, Willumsen T	Invading Deeply into Self and Everyday Life: How Oral Health-Related Problems Affect the Lives of Child Sexual Abuse Survivors	Journal of Child Sexual Abuse, 2020, 29:1, 62-78, DOI: 10.1080/10538712.2019.1682096
Varvin T, Søftestad S, Kranstad V, Willumsen T	Preparing for attack and recovering from battle: Understanding child sexual abuse survivors' experiences of dental treatment	Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2020, 48(4): 317-327, DOI: 10.1111/cdoe.12536

¹ Vitenskapelig artikler publisert etter at TOO-tilbudet ble etablert.

I intervjuene blant ansatte er det flere som mener at det har vært forsket lite innenfor TOO-fagområder tatt i betraktning at TOO-tilbudet har eksistert i om lag 10 år. Det har ikke vært gjennomført multisenterstudier e.l. for å avdekke effekten av TOO-tilbudet, og det er relativt få kliniske studier, følgestudier av pasienter m.m. Samtidig påpekes det at det tar tid å bygge opp forskningsmiljø og flere forhold må være på plass, herunder interesse, økonomi og god organisering, og at forskningsaktiviteten har tatt seg opp de senere årene.

Det er flere flere årsaker til at det har vært lite forskning innenfor TOO-tilbudet som trekkes frem i intervjuene. Over tid har det vært få ressurser i TOO-tjenesten som har forskerkompetanse og pasientbehandling har hatt hovedprioritet i tjenesten. Det har således vært liten tid og lite oppmerksomhet til forskningsrelaterte aktiviteter, herunder datainnsamling og initiativ til kliniske studier. I tillegg trekkes finansiering frem som en viktig forutsetning at det kan drives vitenskapelig arbeid. I starten av TOO-tilbudet ble det gitt tilskudd knyttet til forskning innenfor tilskuddsordningen til TOO-tilbudet, men på et tidspunkt ble forskning ikke lenger dekket gjennom tilskuddsordningen. I nåværende regelverk for tilskuddsordningen er det presisert at det ikke gis tilskudd til lønns- og driftsutgifter knyttet til forskning og andre kostnader knyttet

til forskningsmidler. Det kan derimot søkes om midler til forskning via tilskuddsordningen til kompetansesentrene. Forskning er likevel fortsatt beskrevet under delmål f i regelverket for tilskuddsordningen.

Flere ansatte savnes dedikerte midler til forskning innenfor TOO-fagområder for å stimulere til mer forskning. På kompetansesentrene må TOO-fagområder "konkurrere" med andre fagområder i tildeling av midler, som kan vanskeliggjøre forskningen. Samtidig uttrykkes det at TOO-tilbudet er et forskningsområde flere ønsker å ta tak i og at man har gjort grep for å stimulere til økt forskning, f.eks. målrettede ansettelser, og at man forsøker å benytte eksterne finansieringskilder som Forskningsrådet, EU-midler, regionale forskningsfond og utlysninger fra helseforetak.

En annen årsak som har blitt trukket frem av enkelte ansatte, er at behandlingen av pasientene tar ulike former på tvers av team. Psykologer har forskjellige oppfatninger av hvordan pasienten bør møtes med bakgrunn i ulike psykologiske tradisjoner og de har ulik tilnærminger i behandlingen. For eksempel er det et stort spenn av tilnærminger innenfor kognitiv adferdsterapi. Når det ikke er en felles behandlingsform så vanskeliggjøres forskning. For å gjennomføre et randomisert, kontrollert eksperiment er forskere avhengig av at det er en felles behandlingsform der utfallet av behandlingen kan sammenlignes med utfallet i en kontrollgruppe. Her trekkes Sverige frem som et eksempel hvor man i større grad har vært tydeligere på behandlingsmetode og har en mer unison tilnærming. En annen problemstilling i Norge er at randomisert kontrollerte eksperimenter generelt er vanskelige å få godkjent hos myndighetene (regional etisk forskningskomite).

Da TOO-tilbudet startet oppbyggingen i 2011 ble det opprettet en nasjonal forskningsgruppe, hvor man forsøkte å bli enige om forskningsprosjekt og igangsette en multisenterstudie. Forskningsgruppen ble imidlertid relativt raskt avviklet. I intervjuene vises det til at det var en del utskiftninger av forskningspersonell på ulike institusjoner og at det var vanskelig å samkjøre forskning på området samtidig som man bygget opp forskningsmiljøene på kompetansesentrene. I tillegg var det en generell usikkerhet rundt organisering, roller og ansvar ettersom dette var i oppstarten av TOO-tilbudet og arbeidet var relativt prematurt.

Gjennom intervjuene så fremkommer det fra flere personer at det har vært ulik grad av samarbeid og koordinering på tvers av kompetansesentrene og forskningsmiljøene på universitetene innenfor forskning på oral helse. Samarbeidet i oppstartsfasen av TOO-tilbudet var i stor grad sporadisk og personavhengig, og samarbeidsmiljøet var av ulike årsaker ikke så godt. I den senere tid har samarbeidsklimaet blitt bedre og det er nå mer kontakt mellom sentrene og forskningsmiljøene, selv om det ikke er satt i gang felles prosjekter. Det arbeides aktivt for å bygge opp en forskningsgruppe innen TOO-fagområdet og bedre utnytte eksisterende nettverk for økt kontakt og samarbeid.

Ansatte påpeker at det foreligger en del data om pasienter på flere områder spredt rundt i behandlerteam og fylkeskommuner, men at få eller ingen har tatt ansvar for å systematisere dataene og sørge for at de er av forskningsvennlig format. Dataene har derfor i svært liten grad blitt benyttet i forskning eller andre former for kunnskapsoppbygging. Her uttrykker flere at det ligger et uutnyttet potensiale til å lære mer om målgruppene og effekten av ulike behandlingsmetoder. Enkelte steder har man satt i gang tiltak. F.eks. har kompetansesenteret i Midt-Norge klart å etablere et kvalitetsregister hvor de blant annet innhenter synspunkter fra pasienter gjennom spørreskjemaer. Dette er verdifullt regionalt, samtidig som det stilles spørsmål om hvorvidt dette også burde gjøres nasjonalt.

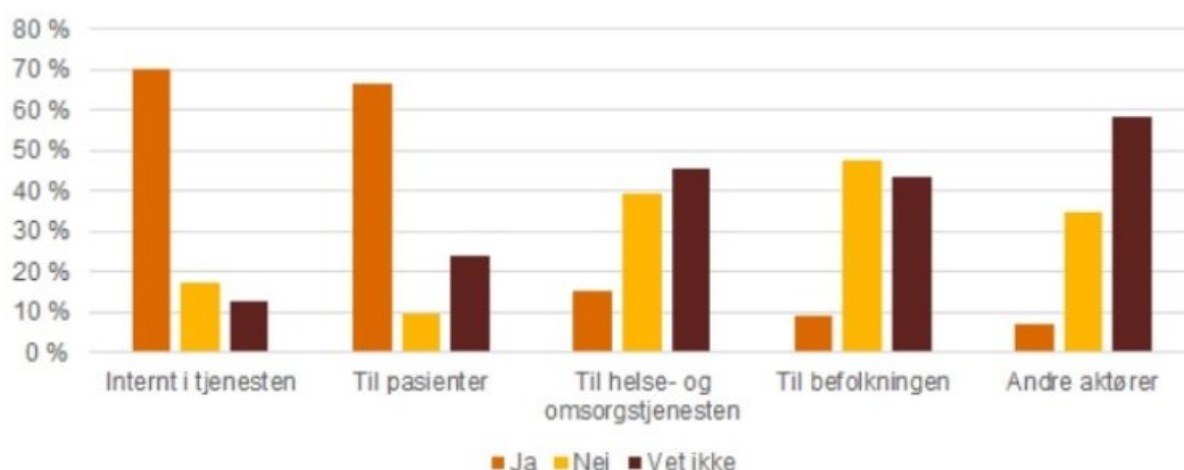
Formidling av kunnskap

Ifølge ansatte skjer det en betydelig formidling av opparbeidet kunnskap internt i tjenesten gjennom kompetansesentrene. De gir opplæring, kurs og veiledning til fagpersonell i tverrfaglige og tannbehandlerteam. Gjennom opplæring av nyansatte og heving av kompetansen til erfarne medarbeidere

spres kunnskap om både målgruppen, behandlingsbehov, behandlingsmetoder m.m. som er basert på erfaringer, forskning og utredninger.

I tillegg er det utviklet strukturer for erfaringsutveksling og kunnskapsspredning gjennom nasjonalt faglig nettverk (årlige nettverkssamlinger) og regionale samlinger. På samlingene er det både foredrag av interne eller eksterne aktører, og ansatte får mulighet til å diskutere faglige og praktiske problemstillinger. I intervjuene uttrykker flere ansatte at samlingene er sentrale arenaer for å få mer kunnskap og utveksle erfaringer om forhold i TOO-tilbudet, herunder pasienter og behandlingsmetoder, og at de fungerer som god kvalitetssikring. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser også at syv av ti ansatte opplever at TOO-tjenesten har klart å formidle opparbeidet kunnskap internt, jf. figur 4.3.3.

Når det gjelder kunnskapsformidling utenfor TOO-tjenesten, er det større variasjon i svarene fra spørreundersøkelsen. Figur 10 viser at om lag syv av ti ansatte opplever at TOO-tjenesten har klart å formidle opparbeidet kunnskap til pasienter, mens kun om lag en av ti ansatte opplever at tjenesten har klart å formidle kunnskap til helse- og omsorgstjenesten, befolkningen og andre aktører. Andelen ansatte som har svart *vet ikke* er imidlertid høy (mellom fire og seks av ti ansatte) på de tre sistnevnte gruppene.



Figur 4.3.3 Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte: Opplever du at TOO-tjenesten har klart å formidle opparbeidet kunnskap? Kilde: Spørreundersøkelse blant ansatte i TOO-tilbudet. Totalt 200 respondenter.

Økonomiske og administrative forhold

Beregningsgrunnlag for TOO-tilbudet

I IS-1855 Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi (2010) har Helsedirektoratet gjennomført vurderinger av forventet omfang av pasienter og kostnader innenfor de tre målgruppene i TOO-ordningen. Tabell 4.4.1 gir en samlet oversikt over vurderingene som ble gjennomført i 2010.

Tabell 4.4.1 Estimert forventet kostnad for drift og etablering av TOO-tilbudet

	Pasientgruppe		

	Torturutsatte	Overgrepsutsatte	Odontofobi
Antall pasienter	2 750	2 000	2 750
Forventet behandlingskostnad tannbehandling (NOK)	14 000 - 21 000	14 000 - 21 000	10 000
Forventet samlet kostnad tannbehandling (MNOK)	39 - 58	28 - 42	28
Forventet utredningskostnader psykolog (NOK)	3 000 - 6 000	3 000 - 6 000	3 000 - 6 000
Forventet samlet kostnad psykolog (MNOK)	8 - 16,5	6 - 12	8 - 16,5
Samlet kostnad behandling MNOK	47 - 74,5	34 - 54	36 - 44,5

Kilde: Rapport IS-1855.

Det årlige pasientgrunnlaget innenfor de tre målgruppene ble beregnet til å være omkring 7000 pasienter med en totalt samlet årlig kostnad på mellom 117 og 173 millioner kroner. De årlige kostnadene inkluderte utredningskostnader hos psykolog per pasient på 3 000-6 000 kroner samt en forventet behandlingskostnad for tannbehandling på mellom 10 000 kroner og 21 000 kroner avhengig av hvilken målgruppe pasienten tilhørte.

I tillegg til beregning av den årlige kostnaden, ble det også gjennomført vurderinger av kostnader knyttet til etablering av TOO-tilbudet og tilhørende opplæringskostnader. Den samlede oppstartskostnaden ble beregnet til 27 millioner kroner. I beregningene ble det lagt til grunn at deler av infrastrukturen, som lokaler hos fylkeskommunene, kunne stilles gratis til rådighet for TOO-tilbudet. Dette ble verdsatt til 19.5 millioner kroner, slik at netto oppstartskostnader ble vurdert til omkring 7 millioner kroner.

Finansiering

TOO-tilbudet er finansiert gjennom tilskuddsordningen Helsedirektoratet forvalter samt mindre bidrag fra fylkeskommunenes økonomiske ramme. Finansieringen har økt jevnlig siden starten i 2011 og var på nærmere 90 millioner kroner i 2020. Figur 4.4.1 gir en samlet oversikt for beløp i Statsbudsjettet og utbetalte midler i tilskuddsordningen i perioden 2011 til 2021. Helsedirektoratet opplyser at årsaken til avvik mellom beløp i Statsbudsjettet og utbetalt beløp i enkelte år er at overskuddet på andre tilskuddsordninger ble benyttet til TOO-tilbudet. Dette ble gjennomført i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet.



Figur 4.4.1 Utviklingen i tilskuddsordningen 2011 - 2021 (NOK) Kilde: Helsedirektoratet.

I de første årene var tilskuddene til TOO-tilbudet lave. I intervjuer opplyser både Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet at dette var en bevisst strategi og erkjennelsen at å bygge opp et nytt tilbud som TOO-tilbudet tar tid. En risiko som trekkes frem ved høye tilskudd fra begynnelsen, er at ubrukte tilskuddsmidler kan bli trukket tilbake siden etterspørselen og behovet for midlene tilsynelatende ikke er tilstede.

I 2018 ble det foretatt en presisering av vilkårene for innslagspunkt 14 i Statsbudsjettet. Innslagspunkt 14 var frem til det tidspunktet en sentral finansieringskilde for tannbehandling som ble gjennomført innenfor TOO-tilbudet (gjennom trygderefusjon). Bakgrunnen for presiseringen var å få endret praktiseringen av innslagspunktet som over tid hadde utviklet seg utover formålet med innslagspunktet og regelverkets vilkår for stønad (Helfo 2017). I Helse- og omsorgsdepartementets orientering til Stortinget ble det lagt vekt på at TOO-tilbudet ville ivareta pasientene som ikke lenger fikk stønad som følge av presiseringen av innslagspunkt 14.

I intervjuer er det ulike meninger knyttet til presiseringen av innslagspunkt 14. Flere trekker frem endringen som uheldig da flere pasienter ble stående uten et godt tannhelsetilbud og at TOO-tilbudet ikke var rustet til å dekke det økte behovet fra potensielle pasienter. I tillegg påpeker flere at finansieringen av TOO-tilbudet heller ikke økte mye i etterkant av presiseringen. Andre argument for innslagspunkt 14 var at det gjorde overgangen fra behandling i TOO-tilbudet til ordinær tannbehandling enklere. På den andre siden viser flere forståelse for at innslagspunkt 14 ble presisert pga. mistanke om misbruk av ordningen og stadig økende kostnader for de offentlige budsjettene. Det stilles likevel spørsmål ved om det var et riktig grep å presisere og gi pasientene et dårligere tilbud i stedet for å hindre misbruk i fremtiden.

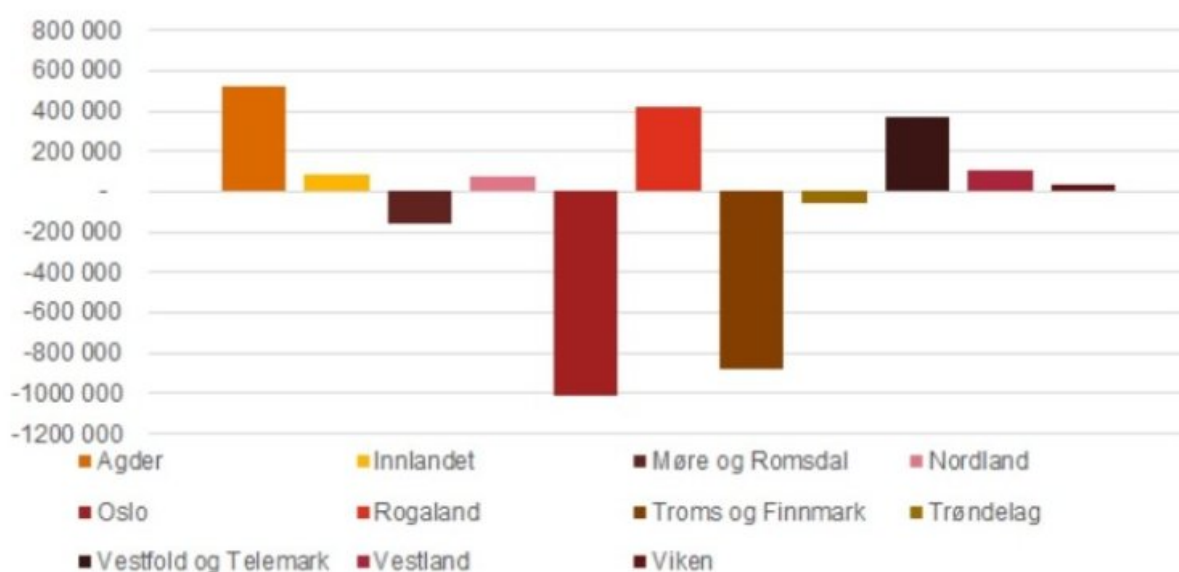
Ansatte i fylkeskommunene er i intervjuer tydelig på at man ikke har klart å etablere et tilbud som møter behovet for behandling innenfor TOO-tilbudet. Flere trekker frem at finansieringen er for lav og at fylkeskommunen derfor ikke klarer å etablere tilstrekkelig kapasitet. De trekker også frem behovet for å få mer forutsigbarhet i finansieringen fra år til år. Med økt forutsigbarhet er det enklere å etablere kapasitet. I dag er det flere fylkeskommuner som ikke tørr å bygge opp mye kapasitet pga. usikkerheten i finansieringen. I tillegg har blitt informert av enkelte i intervjuer at det har vært krevende å ha god økonomistyring når siste utbetaling for året først skjer i november.

På grunn av den lave forutsigbarheten i finansieringen fra år til år, er det flere ansatte som i intervjuer som ønsker at finansieringen av TOO-tilbudet heller burde vært en del av rammebevilgningen til fylkeskommunen. Samtidig er det flere som påpeker at en rammebevilgning ikke er uten utfordringer. En utfordring er at ved å være finansiert over rammebevilgning må TOO-tilbudet konkurrere med andre tjenestetilbud i fylkeskommunen. I dag er ikke TOO-tilbudet lovpålagt og tilbudet kan derfor bli nedprioritert i konkurranse med andre fylkeskommunale oppgaver og det vil derfor være nødvendig å gi TOO-pasienter rettigheter i lovverket på lik linje med andre grupper for å sikre et godt tilbud på tvers av landet. En utfordring flere ansatte trekker frem i intervjuer er pasienter som ikke møter opp til behandlingstimer. Dette er ekstra utfordrende i og med at TOO-tjenesten har begrenset kapasitet, lange ventelister og er ressurskrevende å utføre for tjenesten. Flere har derfor tatt til ordet for å innføre egenandel for TOO-tilbudet for å ansvarliggjøre pasientene og tydeliggjøre verdien av tilbudet de mottar. I første omgang er et av forslagene å innføre egenandel for timer som ikke benyttes, slik at terskelen for å ikke møte opp økes sammenlignet med i dag. I tillegg til at pasientene ikke møter opp på enkelttimer, er det flere team som forteller at tannhelsesekretær bruker mye tid på å følge opp pasienter som ikke møter opp. Antallet som avbryter behandling er omtalt i kapittel 4.1.

Tilskuddsmottakere

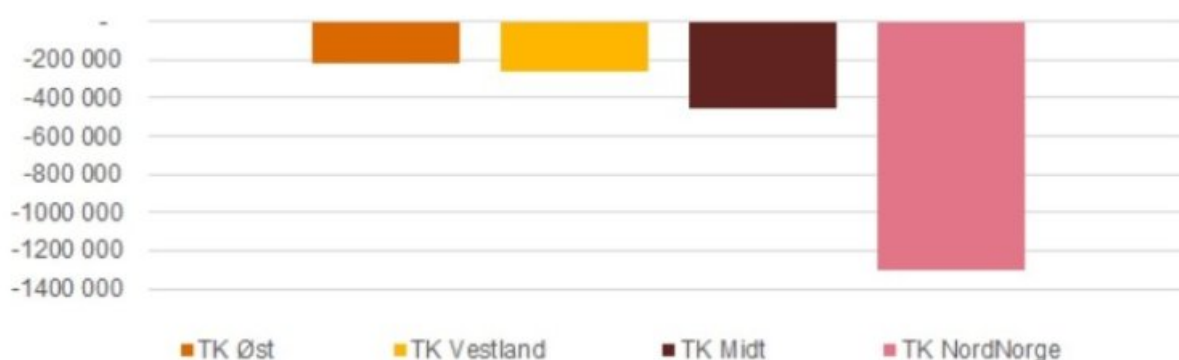
Hvert år utarbeider tilskuddsmottakerne årsrapporter til Helsedirektoratet som blant annet informasjon om personell i tverrfaglig team og tannbehandler-team, henvisninger og ventetid, pasientdata i tverrfaglig team og tannbehandler-team, fagnettverk og økonomi. I tillegg svarer de på spørsmål knyttet oppfølging av pasienter, tilgang på narkose, kompetanseutvikling, samhandling med øvrig helsetjeneste, systematisk kunnskapsoppbygging og tiltak for å informere målgruppen, samt andre spørsmål som kun går til kompetansesentre, herunder system for opplæring av behandlingspersonell, utvikling av nasjonalt faglig nettverk og samarbeid med andre kompetansemiljø.

Årsrapportene gir mulighet for å gi en oversikt over de samlede utgiftene hos tilskuddsmottakerne i rapporteringsåret og hvor mye av tilskuddsmidlene som er benyttet. Figur 4.4.3 gir en oversikt over under- og overforbruk i fylkeskommunene i 2020. Rapporteringen viser at 6 av 11 fylker har utgifter som ligger rundt tilskuddet for samme år. Oslo har et underforbruk på rundt 1 000 000 kr, mens Troms og Finnmark har et underforbruk på litt under 900 000 kr. Vestfold og Telemark, Rogaland og Agder har et overforbruk som fylkeskommunene finansierer over egen ramme. Størst overforbruk har Agder på rundt 500 000 kr. Samlet for alle fylker utgjør overforbruket på litt under 500 000 kr.



Figur 4.4.3 Over- og underforbruk i fylkeskommunene i 2020 (NOK) Kilde: Helsedirektoratet

I 2020 hadde alle kompetansesentrene et rapportert underforbruk, illustrert i figur 4.4.4. Det samlede underforbruket hos de fire kompetansesentrene utgjør omkring 2,2 millioner kroner, der over halvparten av underforbruket er hos TkNN. Rapporteringen gir ingen forklaring av årsaken til over- eller underforbruk.



Figur 4.4.4 Over- og underforbruk i 2020 hos kompetansesentrene (NOK) Kilde: Helsedirektoratet.

I intervjuene med både fylkeskommunene og kompetansesentrene oppgir flere at de opplever både søknadsprosess og rapportering til Helsedirektoratet som tids- og ressurskrevende. De forteller blant annet at rapporteringskravene har endret seg over årene og at det derfor har vært vanskelig å etablere gode

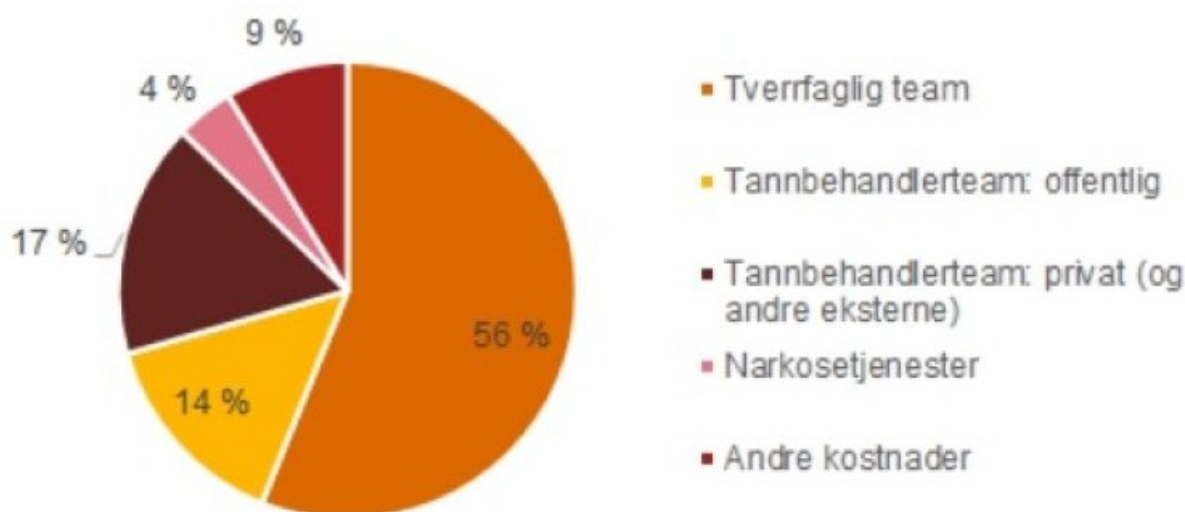
rutiner for rapportering. I tillegg opplever flere at rapporteringen er på et for detaljert nivå. Dette inntrykket blir forsterket av at tilskuddsmottakerne opplever at Helsedirektoratet i liten grad bruker det som rapporteres og at rapporteringen oppleves derfor som unødvendig.

Til tross for krevende rapporteringskrav og endringer i kravene over tid har tilskuddsmottakerne tilsynelatende etablert rutiner for å sikre at rapporteringen holder høy kvalitet. I intervjuer med Helsedirektoratet får vi opplyst at rapporteringene i begynnelsen av TOO-tilbudet hadde varierende kvalitet, men at de siste årene har rapporteringene blitt bedre. Det samme gjelder regnskapsrutinene som er etablert. Hver tilskuddsmottaker har en egen uavhengig revisjonsuttalelse av prosjektrekskapene og av hva vi kan finne, har vi ikke funnet uttalelser der revisor mener rapporteringsbestemmelsene i tilskuddsbrevet fra Helsedirektoratet er brutt. Et eksempel er et utdrag fra en revisoruttalelse i 2019 der det står prosjektrekskap [...] i alt vesentlige er i samsvar med rapporteringsbestemmelser gitt i tilskuddsbrev fra Helsedirektoratet”.

Som beskrevet tidligere, er tilskuddsmottakerne opptatt av forutsigbarhet i finansiering av TOO-tilbudet. I intervjuer oppgir flere at det er vanskelig å planlegge utviklingen av tjenestetilbudet og utvide tjenestetilbudet. Samtidig opplever mange av tilskuddsmottakerne at det er vanskelig å stipulere behov for TOO-tilbudet i et fylke i løpet av et år. En konsekvens av de årlige budsjettene er at kostnadskrevende behandlinger ikke blir gjennomført mot slutten av året fordi budsjettet er brukt opp. I enkelte tilfeller blir dette løst ved at behandlingen utsettes til over nyttår.

Kostnadsfordeling

I 2020 ble omkring 55 prosent av kostnadene hos tilskuddsmottakerne benyttet til behandling i tverrfaglig team, mens omkring 30 prosent ble benyttet på behandling i tannbehandler-team. Kostnadene i tannbehandler-team er fordelt på både offentlige og private tannbehandler-team. De resterende midlene ble benyttet til innkjøp av narkosetjenester og andre utgifter som driftsutgifter, arrangementer, møter og reiseutgifter til pasienter som ikke er dekket av HELFO. En oversikt er illustrert i figur 4.4.5.



Figur 4.4.5 Kostnadsfordeling i 2020 Kilde: Helsedirektoratet.

Tabell 4.4.2 gir en oversikt over gjennomsnittlig kostnad per pasient i tverrfaglig behandling og behandling i tannbehandler-team. Beregningen viser at den gjennomsnittlige kostnaden per pasient er omkring 58 000 kroner i 2020. Dette inkluderer ikke kostnader til tannbehandling i narkose eller andre utgifter. Til sammenligning ble behandlingskostnadene i IS-1855 vurdert til mellom 14 000 og 21 000 kroner (ekskl. utredningskostnader psykolog), jf. tabell 4.4.1.

Tabell 4.4.2 Beregning av gjennomsnittlige kostnader (NOK)^{1,2}

	Antall pasienter (ferdigbehandlet og under behandling)	Totale kostnader	Gjennomsnittlig kostnad
Tverrfaglig team	1381	48 040 789	35 000
Tannbehandlersteam (offentlig og privat)	1147	26 637 451	23 000
Narkosebehandling	238	3 507 627	15 000

¹ Inkluderer ikke Oslo fylkeskommune siden deres rapportering ikke er spesifisert.

² Den gjennomsnittlige kostnaden tar ikke innover seg personer som har avbrutt behandling. Kilde: Helsedirektoratet og egne beregninger.

Helsedirektoratets rolle

Helsedirektoratets rolle har vært å forvalte tilskuddsordningen som er etablert for TOO-tilbudet.

Tilskuddsregelverket

Det første regelverket fra 2011 inneholdt beskrivelse av mål og målgruppe for tilskuddsordningen, kriterier for måloppnåelse, tildelingskriterier, krav til rapportering fra tilskuddsmottaker, oppfølging og kontroll, samt evaluering av tilskuddsordningen. Helsedirektoratet utarbeidet forslag til tilskuddsregelverket og dette ble godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet.

Tilskuddsregelverket ble revidert i henholdsvis 2016 og 2018. Revideringene omfattet blant annet justering av mål og kriterier for måloppnåelse og tildelingskriteriene. I 2016 ble tildelingskriteriene for tilskuddsordningen mer tydelig og detaljert om hva som legges til grunn for tildeling. I tillegg fikk fylkeskommunene mulighet til å søke om tilskudd. Tidligere var det kun de regionale odontologiske kompetansesentrene som kunne søke. Revideringen i 2018 introduserte blant annet en vektning av kriteriene for fordeling av tilskudd innenfor tre kategorier; prosjekt dvs TOO-tilbudet (40%), søknad (30 %) og budsjett (30 %). For hver kategori ble det utarbeidet tildelingskriterier med en tilhørende forklaring.

Endringene i regelverket i 2016 og 2018 innebar økte dokumentasjonskrav for tilskuddsmottakerne. I 2011 var kravene relativt overordnet og bortsett fra regnskap og revisors godkjenning var det opp til tilskuddsmottaker å beskrive blant annet status på tjenesten. I 2016 ble rapporteringskravene mer samordnet ved at rapporteringene ble fylt ut i en mal i Excel og Word samt angitt temaer tilskuddsmottaker skulle svare ut. I forbindelse med revideringen av regelverket i 2018 ble temaene justert.

Helsedirektoratet har opplyst at hensikten med å innføre vektning av tildelingskriteriene i tilskuddsregelverket i 2018, var å hjelpe saksbehandler i fordeling av midler og bidra til at søkerne lettere kan forstå hvordan de er vurdert. Dette viste seg ikke å være var godt nok egnet for tilskuddsordningen for TOO-tilbudet og saksbehandlere har også har tatt hensyn til:

- Søkers benyttede og ubenyttede midler forrige år
- Forskjeller i den prosentvise økningen fra forrige år skal ikke være urimelig
- Innvilget beløp per 1000 innbyggere over 20 år, med mål om utjevning

Av denne grunn har kategorien prosjekt ifølge Helsedirektoratet vært mer prioritert enn det som er beskrevet i regelverket (40%). Søknad og budsjett har vært prioritert lavere.

Helsedirektoratets tilskuddsforvaltning

I intervjuer opplyser Helsedirektoratet at de har fulgt opp sine retningslinjer for tilskuddsforvaltning, herunder behandle søknader, utbetale tilskudd, behandle rapporteringer og vurdere måloppnåelse. I tillegg har de vurdert behovet for videre oppfølging av TOO-tilbudet. De opplyser at det i tilskuddsordningen hadde vært ideelt med utstrakt dialog med tjenesten for å bidra til bedre måloppnåelse, men erkjenner at dialogen med tjenesten kunne vært bedre. Samtidig blir det påpekt at oppfølgingen må ses i lys av ressurstilgangen i direktoratet til å følge opp TOO-tilbudet sammenlignet med andre oppgaver. Helsedirektoratet har opplyst at de hele tiden har hatt tett dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om endring av tilskuddsordningen og regelverket. Dialogen med tjenesten og rapporteringene har vært basis for dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet.

I intervjuer opplyser Helsedirektoratet at de har forsøkt å balansere oppfølgingen og dialog med TOO-tilbudet med andre prioriterte oppgaver i Helsedirektoratet. Utviklingen av TOO-tilbudet siden oppstart i 2011 er, ifølge Helsedirektoratet, et resultat av mer kunnskap og erfaring innenfor tjenesten. Det er derfor naturlig at det har vært endringer i organiseringen og det faglige innholdet, som igjen har medført behov for endringer i tilskuddsregelverket.

Tilskuddsordningen for TOO-tilbudet innebærer oppbygging av et tannhelsetilbud i en hel tjeneste. Regelverket er derfor mer komplekst og har mange mål som skal vurderes årlig. For å ha tilstrekkelig data for å gjøre en god vurdering, har de derfor hatt mange rapporteringskrav. I tillegg kan innsamlingen være med å bidra til delmålet om systematisk kunnskapsoppbygging. Helsedirektoratet presiserer at de har forsøkt å balansere hensynet til kravene i regelverket med hensynet til at søkere ikke skal ha urimelig byrde med søknader og rapportering.

Helsedirektoratet kommer i enkelte tilfeller med presiseringer av tilskuddsregelverket eller annen informasjon. I intervjuer med tilskuddsmottakere opplever enkelte at dette ikke er tilstrekkelig begrunnet eller at tjenesten ikke har tilstrekkelig grad blitt involvert. Av og til oppleves det også at presiseringene bringer flere spørsmål enn det gir avklaringer.

I 2011 og de påfølgende årene oppgir både Helsedirektoratet, fylkeskommunene og kompetansesentrene at det var mer dialog innenfor TOO-tilbudet sammenlignet med i dag. Et eksempel er dialogmøtene som ble gjennomført i 2014 med kompetansesentrene som på dette tidspunktet var ansvarlige for TOO-tilbudet. I påfølgende år har det ifølge Helsedirektoratet også vært god dialog med fylkestannlegene, blant annet ved at Helsedirektoratet har svart på henvendelser eller hatt innlegg i Nasjonalt forum for den offentlige tannhelsetjenesten. Etter at koordineringsgruppen ble opprettet har Helsedirektoratet, etter ønske fra TOO-tjenesten, holdt dialog med tilskuddsmottakerne om TOO-tilbudet gjennom denne gruppen. I tillegg opplyser Helsedirektoratet at de har vært tilgjengelig og behjelpelig i forbindelse med direkte henvendelser.

I kartleggingen har Helsedirektoratet informert om at de benytter den årlige rapporteringen fra tilskuddsmottakerne til å:

1. Vurdere måloppnåelsen for tilskuddsordningen (som sendes til Helse- og omsorgsdepartementet)
2. Godkjenne regnskap og revisjonsberetning, samt vurdere måloppnåelse og gi en samlet vurdering for hver søker
3. Gi tilbakemelding til tjenesten (har sendt årlige tilbakemeldinger fra 2017)

I intervjuene med tilskuddsmottakerne er det, som tidligere trukket frem, tydelig at de opplever rapporteringskravene i tilskuddsordningen som detaljerte og tidkrevende. De trekker videre frem at de ikke opplever at Helsedirektoratet bruker den innsamlede rapporteringen aktivt i forvaltning av tilskuddsordningen.

Et sentralt spørsmål knyttet til tilskuddsforvaltningen er i hvilken grad Helsedirektoratet skal styre tilskuddsmottakerne i utviklingen av TOO-tilbudet. I intervjuer er det også ulike oppfatninger av hvorledes Helsedirektoratet burde vært mer involvert i utviklingen av TOO-tilbudet. Helsedirektoratet på sin side trekker frem at de har vært forsiktige med å blande seg inn i hvordan tjenesten organiserer og utvikler TOO-tilbudet. Dette begrunnes med at fylkeskommunene er et selvstendig forvaltningsnivå som har ansvar for å utvikle TOO-tjenesten

Vurderinger

Vurderingskapittelet tar utgangspunkt i evalueringskriteriene presentert i kapittel 2.2.2 og observasjonene presentert i kapittel 4. Hvert evalueringskriterium vurderes hver for seg. I likhet med observasjonskapittelet er kapittelet delt inn i fire delkapitler; brukerperspektiv, tjenesteperspektiv, kunnskapsperspektiv og økonomisk og administrative forhold.

Brukerperspektiv

E1: Det er lave barrierer for å oppsøke TOO-tilbudet og gjennomføre tannbehandling

Pasientenes største barriere med å oppsøke TOO-tilbudet og gjennomføre tannbehandling er at pasientene har utfordringer med å gå til tannlegen. Det kommer tydelig fram i spørreundersøkelsen blant pasientene, jf. figur 4.1.1, og er som forventet. Når det gjelder forhold innad i tjenesten, observerer vi at en del pasienter synes at det er vanskelig å finne kontakthinformasjon. Det er viktig at tjenesten er tydelige i kommunikasjonen utad, særlig når personer i målgruppen kan henvende seg direkte til tjenesten for å bli vurdert for behandling. Det er utviklet en nasjonal nettside tooinfo.no som gjør det lettere for personer i målgruppen og befolkningen for øvrig å finne informasjon om tilbudet og behandlingssteder. For å gjøre det lettere for pasientene å finne kontakthinformasjon kan tjenesten vurdere om nettsidene kan videreutvikles.

Når det gjelder kjennskapen til TOO-tilbudet, er det indikasjoner på at tilbudet ikke er så godt synlig og kjent i målgruppene og befolkningen generelt. Spørreundersøkelsen blant ansatte viser delte meninger og i intervjuene opplever flere ansatte at tilbudet er delvis kjent blant overgrepsutsatte og personer med odontofobi og svært ukjent blant torturutsatte. Sistnevnte reflekteres i statistikken over pasientgrunnlaget hvor andelen torturutsatte er særdeles lav, jf. figur 4.2.1. Ut i fra observasjonene burde det vært gjennomført et større og mer målrettet arbeid med å spre informasjon om TOO-tilbudet i målgruppene og befolkningen generelt. Det ville bidratt til å avdekke den reelle etterspørselen etter tilbudet og gitt mer kunnskap om behandlingsbehovet i målgruppene. Det er særskilt problematisk at tjenesten etter hva vi observerer ikke har tatt synlige grep for å nå ut til torturutsatte.

En årsak til at det har blitt drevet mindre informasjonsarbeid de senere årene er ifølge ansatte at det er kapasitetsutfordringer og lange ventetider. Dette er forståelig at det kan være krevende å drive informasjonsarbeid som kan øke etterspørselen etter tilbudet, samtidig som tjenesten har kapasitetsutfordringer og det er lange ventetider for å motta behandling. Løsningen burde imidlertid ikke være å redusere informasjonsarbeidet, men å øke kapasiteten og identifisere effektiviseringstiltak.

Våre observasjoner viser at det er enkelte forhold ved TOO-tilbudet som særlig bidrar til at barrierene for å oppsøke tilbudet blir lavere. For det første er terskelen lav for å bli vurdert for behandling ettersom personer kan henvende seg direkte til TOO-tilbudet fremfor at det er krav om henvisning fra helsepersonell. Dersom det innføres krav om henvisning, kan det isolert sett føre til at etterspørselen etter tilbudet reduseres. Det er imidlertid vanskelig å forutsi omfanget ettersom noen av pasientene ville klart å

gå veien om helsepersonell, mens andre ikke vil klare det. For det andre er det vederlagsfritt å motta behandling i TOO, som gjør det økonomisk gunstig for pasientene å rehabilitert tannsettet gjennom TOO-tilbudet. I spørreundersøkelsen blant pasienter oppgir et flertall av pasientene at dette har påvirket deres valg om å oppsøke tilbudet. Dersom det innføres en egenandel for behandlingen eller at pasientene må betale deler av behandlingen, kan det potensielt føre til at færre personer oppsøker tilbudet. Når Helse- og omsorgsdepartementet i etterkant av evalueringen skal vurdere om tilbudet skal endres, bør de ta hensyn til disse brukerperspektivene i vurderingene.

Oppsummert er vår overordnede vurdering at det er lave barrierer for å oppsøke TOO-tilbudet. Dette til tross for at pasientene har utfordringer med å gå til tannlege. Det er indikasjoner på at tilbudet ikke er så godt synlig og kjent i målgruppene og i befolkningen generelt.

E2: Pasientene har opplevd en forbedring i den orale helsetilstanden som følge av behandlingen

Pasienter som fullfører behandlingen og får rehabilitert tannsettet, opplever en forbedring i den orale helsetilstanden. Dette bekreftes både i spørreundersøkelsene til pasienter og ansatte, samt intervjuene med personer innad og i tilknytning til TOO-tilbudet.

I intervjuer med ansatte kommer det frem at en del pasientbehandling er tid- og ressurskrevende og behandlingsforløpene er lange. Lange behandlingsforløp fører til lavere gjennomstrømningen i tilbudet og en "oppnopning" av pasienter, som igjen fører til lengre ventetider. Fra brukerens perspektiv er dette uheldig ettersom personer i målgruppene som har behov for behandling må vente, som øker faren for frafall samt at tannhelsen kan forverres ytterligere før de får tannbehandling. Et tiltak for å øke gjennomstrømningen og bidra til lik praksis på tvers av landet kan være tydeligere nasjonale retningslinjer for når pasientene skal være ferdigbehandlet. Alternativt kan det innføres maksimale grenser for antall behandlingstimer. Tiltakene kan hjelpe fagpersonell i forventningsstyringen av pasientene og være et verktøy for å avslutte behandlingsforløp som blir for ressurs- og tidkrevende. I denne sammenheng må man imidlertid ta stilling til hva man gjør med pasienter som har et behandlingsbehov som strekker seg utover eventuelle maksimale grenser for behandlingstimer. Skal disse pasientene få et annet behandlingstilbud i den offentlige tannhelsetjenesten eller skal det overlates til den enkelte pasient å oppsøke tannbehandling hos en privatpraktiserende tannlege.

En utfordring i TOO-tilbudet er pasienter som faller fra underveis i behandlingen. Avhengig av hvor i behandlingsforløpet frafallet inntreffer, vil personer som ikke fullfører behandlingen oppleve den samme forbedringen i tannhelsen som de som gjennomfører behandlingen. Vi har ikke funnet sammenlignbare tilbud eller tjenester og vi har derfor ikke grunnlag til å vurdere om frafallet i TOO-tilbudet er høyt eller lavt. Uavhengig av omfanget på frafallet er det nødvendig at tjenesten jobber aktivt med å "hente inn" pasienter som faller fra. Gjennom intervjuene med ansatte har vi inntrykk av at dette i dag i stor grad gjøres ved at tverrfaglige team og tannbehandler-team tar kontakt med pasientene som ikke møter til avtalte timer.

I årsrapportene til Helsedirektoratet rapporterer tilskuddsmottakerne på antall pasienter som avbryter behandling og årsaker til frafallet. Statistikken viser relativt store regionale forskjeller, jf. figur 4.1.6. Vi har ikke observert at denne statistikken har blitt analysert på tvers av regioner for å skape innsikt med formål om å forbedre tilbudet. I tillegg er det uklart i hvilken grad regionene utveksler erfaringer med oppfølging av pasienter som ikke møter til avtalte timer og at team i ulike regioner lærer av hverandre. Vi tar høyde for at vi ikke har full innsikt i alle forhold ved tilbudet, men framhever at det burde eksistere strukturer og prosesser som identifiserer suksessfaktorer og som sikrer god erfaringsoverføring på tvers av team og regioner.

I kartleggingen observerer vi at det foreligger lite kunnskap om den langsiktige effekten av tilbudet. Det vil si kunnskap om hvorvidt pasientene klarer å opprettholde en god tannhelse etter at de har mottatt behandling i TOO, som er det overordnede målet med tilskuddsordningen. Når tilbudet har eksistert i nærmere ti år burde det vært utført flere analyser av den langsiktige effekten av tilbudet. Dersom det ikke har vært mulig å gjennomføre kausale effektstudier av tilbudet, jf. omtale under E15, burde det likevel vært gjort deskriptive analyser og følgestudier av pasientene. Blant annet kunne pasientenes tannhelse vært systematisk kartlagt i en viss periode etter behandling og man kunne kartlagt hvor mange av pasientene som klarer å gå til ordinær tannlege. Kunnskap om den langsiktige effekten av tilbudet er sentralt i vurderingene om TOO-tilbudet skal videreføres. Med lite innsikt i effektene av tilbudet svekkes beslutningsgrunnlaget til Helse- og omsorgsdepartementet når de skal vurdere om tilbudet skal forlenges og om det eventuelt skal gjøres endringer.

Samlet sett er vår vurdering at pasienter som kommer igjennom behandlingen opplever en forbedring i den orale helsetilstanden. Det er samtidig opparbeidet lite kunnskap om den langsiktige effekten av tilbudet på den orale helsetilstanden til pasientene.

E3: Behandlingen har hjulpet pasientene med utfordringene med tannbehandling

En sentral del av TOO-tilbudet er å hjelpe pasientene med utfordringene de har med å gå til tannlege. Enten om det har bakgrunn i at pasientene har sterkt angst for tannbehandling (odontofobi), at de har vært utsatt for tortur eller at de har vært utsatt for overgrep. Kartleggingen viser at TOO-tilbudet hjelper pasientene med å mestre utfordringene de har med å gå til tannlege. I tillegg gir pasienter og ansatte uttrykk for at behandlingen gir pasientene økt mestring på andre arenaer og at de kan bruke metoder, teknikker ol. de har lært i behandlingen i andre situasjoner i livet som de opplever er krevende.

Pasienter med særskilte komplekse og sammensatte utfordringer har ofte et omfattende psykologisk behandlingsbehov. Ifølge ansatte kan disse pasientene bli avvist fordi de vurderes til ikke å være klare for TOO-behandling og at de må gjennomføre behandling andre steder i helsevesenet før de eventuelt kan få tilbud om TOO-behandling. Det er opp til hvert enkelt individ å søke hjelp i helsevesenet, samtidig kan det være behov for at utsatte grupper får særskilt bistand til å finne og oppsøke riktig behandlingstilbud. Det er i dag lite samarbeid mellom TOO-tjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten, jf. E13. Vi er derfor bekymret for at pasientene med særskilte komplekse og sammensatte utfordringer som trenger bistand utenfor TOO-tilbudet ikke nødvendigvis får den bistanden de trenger og at de "faller mellom to stoler". Det bør være på plass koordinerende prosesser i kommunalt og fylkeskommunalt helsevesen og spesialisthelsetjenesten som sørger for at personer med særskilte komplekse og sammensatte utfordringer får den hjelpen de trenger.

I kartleggingen observerer vi at det foreligger lite kunnskap om den langsiktige effekten av TOO-tilbudet. I relasjon til dette evalueringskriteriet er det ikke opparbeidet tilstrekkelig innsikt i om pasientene klarer å håndtere utfordringene de har med å motta tannbehandling og om de klarer å etablere en relasjon til en ordinær tannlege etter TOO-behandling. Bjørvik (2016) har undersøkt hvorvidt pasienter etter avsluttet TOO-behandling ved tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest (TkVest) mestrer vanlig tannbehandling. Av de 16 intervjuede pasientene, hadde kun én pasient ikke kommet i gang med ordinær tannbehandling etter avsluttet behandling. Dette er et godt resultat, samtidig som studien har flere begrensninger. Utvalget er lite og det er ikke kontrollert for bakgrunnsvariabler, tilleggsskader, grad av tannbehandlingsangst og tannstatus. Når tilbudet har eksistert i nærmere ti år, mener vi at det burde vært gjort kausale studier og flere deskriptive studier av den langsiktige effekten av tilbudet. Kunnskap om effekten er særskilt viktig i vurderingene av videreføringen av TOO-tilbudet, jf. omtale under E2.

Samlet sett er vår vurdering at pasienter som mottar TOO-behandling får bistand til å mestre utfordringene de har med å gå til tannlege og at dette har overføringsverdi til andre deler av livet. Det er imidlertid opparbeidet lite kunnskap om hvorvidt pasientene klarer å gå til ordinær tannlege etter avsluttet TOO-behandling.

E4: Pasientene kan motta ordinær tannbehandling etter fullført behandling

En vellykket overgang til ordinær tannlege etter TOO-behandling fremstår som avgjørende for at pasientene skal klare å opprettholde en god tannhelse på lang sikt. Ansatte påpeker i intervjuer at det er viktig at pasientene raskt får etablert kontakt med ny tannlege etter endt TOO-behandling, at de møter tannlegen innen relativt kort tid og eventuelt gjennomfører en vanlig kontroll av tennene.

En observert utfordring er at pasientene har ansvaret for å ta kontakt med ordinær tannlege. Å ta initiativ og kontakte en ny tannlege selv kan være en stor barriere for pasientene. Kartleggingen viser at tannbehandlerteamene har etablert rutiner for å bistå pasientene med overgangen. Samtidig etterspør enkelte ansatte tydeligere veiledning i hvordan de kan støtte pasientene i overgangen. Den nasjonale faggruppen holder på å utvikle en veileder for tannbehandlerteam, og vi anbefaler i den sammenheng at det gis nærmere retningslinjer som kan veilede fagpersonellet slik at pasientene får en god overgang til ordinær tannlege. Bistand med overgangen til ordinær tannlege kan også tydeliggjøres som en del av behandlingsforløpet i TOO-tilbudet slik at det settes av tilstrekkelig med ressurser til å støtte pasientene i prosessen.

I TOO-tilbudet er det etablert rutiner for å følge opp pasientene etter endt behandling gjennom samtaler, intervjuer og utfylling av kartleggingsskjema. Disse aktivitetene bidrar til å skape innsikt i hvordan det går med pasientene etter TOO-tilbudet. Dataene burde i større grad enn det fremstår i dag bli samlet inn, systematisert og benyttet i regionale og nasjonale studier for å øke kunnskapen om effektene av TOO-tilbudet. Vi observerer at flere ansatte i tjenesten også uttrykker dette, men at de ikke besitter den nødvendige kompetansen og/eller har tilstrekkelig tid til å igangsette og gjennomføre kunnskapsgenererende aktiviteter. Tjenesten bør gjennomgå hvordan de kan øke systematisk kunnskapsoppbygging på tvers av ulike kompetansegrupper, herunder både klinikere og forskere, jf. E15.

I enkelte regioner tilbyr offentlige tannbehandlerteam pasientene å fortsette tannbehandlingen etter endt TOO-behandling som betalende pasient til normale takster. I andre regioner har tannlegene ikke kapasitet eller så er det ikke vanlig praksis på de offentlige tannklinikkene. Fra brukernes perspektiv fremstår det isolert sett som en fordel at de har muligheten til å fortsette hos tannlegen de har etablert et tillitsforhold til. Tillitsforholdet til tannlegen er viktig og det kan være sårbart å bryte en slik allianse. Samtidig, med bakgrunn i at overgangen til ordinær tannlege er et kritisk punkt i behandlingsforløpet til pasientene, kan den ulike praksisen på tvers av landet medføre at pasientene ikke får det samme tannhelsetilbudet. Dersom tannbehandlerteamene sørger for å ha faste avtaler med samarbeidende tannleger med kompetanse på lik linje med fagpersonell i TOO-tilbudet, vil forskjellen mellom å bli hos samme tannlege og oppsøke ny tannlege nødvendigvis ikke bli så stor. Da blir pasientene fulgt opp som er det elementære i alle behandlingsformer. En annen betraktning er at dersom pasientene kun greier å gå til en tannlege og ingen andre, kan man stille spørsmål ved om behandlingen har hatt den ønskede effekten. Ett av formålene med TOO-behandlingen er at pasientene selv skal klare å mestre utfordringene de har med å gå til tannlegen med egne og innlærte evner og teknikker livet ut, og da kan ikke pasientene være avhengig av en enkelt tannlege. I denne sammenheng må man ta stilling til hva man gjør med pasienter som over tid ikke mestrer å gå til ordinær tannlege etter TOO-behandling. Skal disse pasientene få et annet behandlingstilbud i den offentlige tannhelsetjenesten eller skal det overlates til den enkelte pasient å oppsøke tannbehandling hos en privatpraktiserende tannlege. Disse spørsmålene reiser forøvrig en større diskusjon om hvorvidt offentlige tannklinikker skal tilby den voksne befolkningen tannbehandling eller om

det bør overlates til det private tannlegemarkedet. Denne diskusjonen ligger imidlertid utenfor formålet med evalueringen av TOO-tilbudet.

Oppsummert fremstår det at tannbehandlerteamene har etablert rutiner for å bistå pasientene med overgangen til ordinær tannlege etter endt behandling. Tjenesten bør utrede hvordan de kan bedre benytte data fra oppfølging av pasientene til å generere kunnskap om TOO-tilbudet.

Tjenesteperspektiv

E5: TOO-tilbudet er kjent i helse- og omsorgstjenesten

Vår kartlegging indikerer at kunnskapen om TOO-tilbudet blant aktørene i helse- og omsorgstjenesten er vilkårlig og avhengig av interesser, kollegaer og tilfeldigheter, jf. figur 4.2.3. Dagens informasjonsspredning foregår primært gjennom fylkeskommunens egne nettsider og nettstedet tooinfo.no som både retter seg til privatpersoner og helse- og tannhelsepersonell. Utover dette har det vært variasjoner i hvordan og i hvilket omfang de ulike fylkeskommunene og kompetansesentrene har spredt kunnskap i sine regioner.

I oppstarten av TOO-tilbudet var det større grad av oppsøkende informasjonsarbeid til relevante samarbeidspartnere. Blant annet gjennom allmøter, brosjyrer, medieoppslag m.m., i tillegg til informasjon på nettsider rettet mot helsepersonell og privatpersoner. De senere årene fremstår imidlertid informasjonsarbeidet betydelig mindre i omfang og mindre målrettet. Kapasitetsutfordringer og lange ventetider i tjenesten trekkes frem som årsaker til mindre informasjonsarbeid i de ulike fylkeskommunene og hos kompetansesentrene.

Det kunne vært gjennomført et større og mer målrettet arbeid med å spre informasjon om TOO-tilbudet til helse- og omsorgstjenesten. Dette ville bidratt til at flere relevante aktører kjente til tilbudet og at kunnskapen ville vært likere på tvers av hele landet. Mer kunnskap ville gitt flere innbyggere mulighet til å motta tilbudet. Informasjonsspredningen blant fastleger burde særskilt vært intensivert siden de trekkes frem som en potensielt viktig samarbeidspartner for tjenesten.

Det er imidlertid viktig å påpeke at det er en krevende balansegang for fylkeskommunene og kompetansesentrene å drive informasjonsarbeid og potensielt øke etterspørselen etter TOO-tilbudet samtidig som tjenesten har kapasitetsutfordringer og lange ventetider. Dette trekkes blant annet frem av ansatte i intervjuer som mener det ikke er etisk forsvarlig å informere og reklamere for et tilbud med opptil to års ventetid.

Vår overordnede vurdering er at kunnskapen om TOO-tilbudet varierer på tvers av helse- og omsorgstjenestene. Et større og mer målrettet arbeid med å spre informasjon om TOO-tilbudet til helse- og omsorgstjenesten bør gjennomføres for å sikre at alle relevante aktører kjenner til tilbudet.

E6: TOO-tilbudet har vært treffsikkert

I spørreundersøkelsen blant ansatte svarer om lag halvparten av respondentene at inklusjonskriteriene er treffsikre i målgruppene, mens tre av ti oppgir at de ikke vet. I tillegg opplever halvparten av respondentene at det er personer i målgruppene med behov for behandling som ikke får benyttet seg av TOO-tilbudet.

Resultatene kan ses i sammenheng med indikasjonene på at TOO-tilbudet ikke er så godt synlig og kjent i målgruppene og befolkningen generelt, samt at det er varierende kjennskap til tilbudet i helse- og omsorgstjenesten. Basert på statistikk over avvisninger og intervjuer med ansatte, fremstår TOO-tilbudet som relativt treffsikkert i henhold til inklusjonskriteriene for personer utsatt for overgrep og de som har odontofobi. Det innebærer at personer i målgruppene som oppfyller inklusjonskriteriene slik de er beskrevet i regelverket, har fått tilbud om behandling. Kartleggingen viser at ansatte kjenner godt til inklusjonskriteriene og regelverket fremstår relativt likt forstått og praktisert på tvers av regionene. Ved uklarheter har Helsedirektoratet hatt dialog med tjenesten og kommunisert presiseringer for å sikre lik praksis på tvers av landet. Når det gjelder personer utsatt for tortur, er pasientgrunnlaget for lavt til å vurdere treffsikkerheten. Lavt pasientgrunnlag kan indikere at tilbudet ikke er treffsikkerhet eller at tjenesten ikke har klart å nå ut til målgruppen. Fravær av kjennskap om personer utsatt for tortur kan også bidra til å forklare resultatene fra spørreundersøkelsen.

Inklusjonskriteriene i TOO-tilbudet fremstår som brede. Med dette mener vi at mange personer kvalifiserer til behandling og få avvises i vurderingssamtalene, jf. figur 4.2.5. Som følge av kapasitetsutfordringer i tjenesten, har de brede inklusjonskriteriene og påfølgende høy etterspørsel etter tilbudet bidratt til at det har oppstått lange ventetider for behandling. Om det ikke bevilges flere midler til TOO-tilbudet slik at tjenesten kan økte kapasiteten, må myndighetene vurdere om inklusjonskriteriene skal innskrenkes. Da vil færre personer i målgruppene kvalifisere til tilbudet og tilstrømningen til tilbudet vil avta. På den andre siden kan det medføre at personer som har omfattende behandlingsbehov ikke vil få tilbud om hjelp.

Med brede inklusjonskriterier og kapasitetsutfordringer i TOO-tilbudet er en løsning å innføre prioritering med henhold til behandlingsbehovet til pasientene. I dag blir eksempelvis en pasient med komplekse og sammensatte utfordringer med omfattende tannbehandlingsbehov satt i samme behandlingsskø som en pasient med odontofobi med et lavere behandlingsbehov. Gitt at dagens inklusjonskriterier beholdes, bør det vurderes om det skal innføres prioriteringskriterier-/grupper slik at pasienter med høyere behov får tilbud om behandling raskere enn i dag.

Samlet sett fremstår TOO-tilbudet som treffsikkert iht. inklusjonskriteriene for personer utsatt for overgrep og personer med odontofobi. Pasientgrunnlaget for personer utsatt for tortur er for lite til å vurdere treffsikkerheten for denne målgruppen. Inklusjonskriteriene fremstår som brede ved at mange kvalifiserer til TOO-tilbudet. Kombinert med kapasitetsutfordringer i tjenesten har dette bidratt til lange ventetider.

E7: TOO-tilbudet har vært godt tilgjengelig i fylkeskommunene

TOO-tilbudet er organisert gjennom fylkeskommunene der alle fylkeskommunene og kompetansesentrene i stor grad har valgt samme løsning. De tverrfaglige teamene er lokalisert på sentrale steder i regionen, mens tannbehandlerteamene er flere og lokalisert nærmere pasientens bosted. Overordnet fremstår denne organiseringen som fornuftig for å gi god geografisk tilgjengelighet og god sammensatt fagkompetanse. God fagkompetanse innenfor TOO-tilbudet gjelder spesielt i de tverrfaglige teamene, jf. E10.

Når vi ser på dekningsgraden i befolkningen, er det relativt store geografiske forskjeller i hvor godt tilgjengelig TOO-tilbudet har vært, jf. figur 4.2.5. Dette kan skyldes flere forhold, herunder skjevfordeling av tilskuddsmidler, ulikheter i den underliggende etterspørselen etter tilbudet eller strukturelle forhold ved tjenesten som skyldes særskilte regionale ulikheter eller utfordringer. Skjevfordeling av tilskuddsmidler innebærer i denne sammenheng muligheten for at fylkeskommunene prioriteres ulikt i tildelingen av midler.

Med dagens tilskuddsordning er det opptil hver enkel fylkeskommune og kompetansesenter å søke om tilskudd til TOO-tilbudet. Vurderingene av søknadene hos Helsedirektoratet er skjønnsbasert. Dette

innebærer at fylkeskommuner som prioriterer TOO-tilbudet høyere kan potensielt motta mer tilskuddsmidler enn fylkeskommuner som ikke prioriterer tilbudet like høyt. Den geografiske ulikheten kan forsterkes av hvor mye de ulike fylkeskommunene finansierer TOO-tilbudet gjennom egen finansieringsramme. I årsrapportene har vi observert at noen fylkeskommuner bidrar med egenfinansiering på flere hundre tusen kroner mens andre kun har finansiering gjennom tilskuddsordningen.

Det er krevende å vurdere om omfanget av behandlingstilbudet er tilstrekkelig ift. etterspørselen etter tilbudet, og dermed om TOO-tilbudet har vært godt tilgjengelig i fylkeskommunene eller ikke. Årsaken er at vi ikke har kunnskap om den reelle etterspørselen etter TOO-tilbudet og det reelle tannbehandlingsbehovet innenfor målgruppene og om etterspørselen varierer på tvers av fylkeskommunene. I kartleggingen har vi ikke funnet befolkningsundersøkelser, kartlegginger eller vurderinger som kan gi utfyllende kunnskap om etterspørselen etter TOO-tilbudet. En indikasjon på høy etterspørsel er imidlertid de lange ventetidene vi observerer på tvers av fylkeskommunene. Dette bildet forsterkes av den begrensede informasjonsspredningen om TOO-tilbudet de senere årene, samt intervjuer med personer utenfor TOO-tilbudet som forteller at de er tilbakeholdne med å henvise pasienter til TOO-tilbudet fordi ventetidene er for lange. Ved å ha bedre kunnskap om det reelle behandlingsbehovet i målgruppene ville det vært enklere å dimensjonere TOO-tilbudet riktig og avdekke evt. om de lange ventetidene skyldes geografiske forskjeller i etterspørselen eller andre forklaringer.

Vi observerer også enkelte strukturelle utfordringer som varierer på tvers av fylkeskommunene som kan bidra til å forklare ulikheten i dekningsgraden på tvers av landet. Dette gjelder særskilt rekrutteringsutfordringer. Dette er drøftet nærmere under E10.

Samlet sett fremstår den overordnede organiseringen i TOO-tilbudet som fornuftig for å gi god geografisk tilgjengelighet og god sammensatt fagkompetanse. Det er imidlertid store geografiske forskjeller i dekningsgraden i befolkningen som kan skyldes flere forhold.

E8: TOO-tilbudet har vært godt tilrettelagt pasientene

Et godt tilrettelagt TOO-tilbudet innebærer at TOO-tjenesten har utviklet behandlingsmetoder og tilrettelagt behandlingen til den enkelte pasients behov og situasjon. Dette omfatter behandlingsforløpet av tilbudet og den spesifikke behandlingen i tverrfaglig team og tannbehandlerteamet.

Behandlingsforløp

TOO-tilbudet fremstår på et overordnet nivå godt tilrettelagt pasientene. Dette bekrefter både pasientene og ansatte i spørreundersøkelsene, jf. figur 4.2.7 og 4.2.8. Behandlingsforløpet til pasientene tilpasses den enkeltes behov og situasjon og teamene har et aktivt forhold til tilrettelegging hvor de gjør individuelle vurderinger av pasientene. Når det gjelder de ulike målgruppene, gjelder vurderingen først og fremst personer utsatt for overgrep og personer med odontofobi. Spørreundersøkelsen og intervjuene med ansatte i tjenesten viser at kunnskapen om behandlingsbehovet til personer utsatt for tortur er betydelig lavere enn kunnskapen om personer i de andre to målgruppene. Pasientgrunnlaget er også betydelig lavere for denne målgruppen. Som konsekvens, er det ikke grunnlag til å ta stilling til hvordan tjenesten har tilrettelagt behandlingen for personer utsatt for tortur.

I behandlingsveilederen til tverrfaglige team åpnes det for ulike behandlingsforløp. I intervjuene stiller imidlertid enkelte ansatte spørsmål ved om alle pasientene må gjennom det samme behandlingsforløpet. En mulig forklaring på observasjonen er at alle ansatte ikke har like god innsikt i veiledningsmateriellet og fleksibiliteten det åpnes for i behandlingen. En annen forklaring er at det er faglig uenighet om behandlingsmetoder og -forløp som har resultert i forskjellige praksiser på ulike behandlingssteder. I

kartleggingen har vi ikke avdekket sistnevnte, samtidig som vi ikke kan utelukke at det er faglig uenighet innad i tjenesten rundt behandlingsforløpet.

En utfordring relatert til behandlingen av pasienter er kapasitetsutfordringer og lange ventetider. Vi observerer i den sammenheng at tjenesten i enkelte regioner har gjort endringer i behandlingsforløpet for å få pasientene raskere gjennom behandlingen og bedre utnytte kapasiteten til fagpersonell. Eksempler er intensivbehandling, gruppeterapi og allokering av pasienter direkte til tannbehandlerteam etter vurderingssamtale. Isolert sett fremstår dette som positivt for gjennomstrømningen av pasienter samtidig som det kan stilles spørsmål ved om effektiviseringen går på bekostning av den individuelle tilretteleggingen av behandlingen. Tid i seg selv er en sentral faktor i behandlingen av behandlingen, hvor flere av ansatte i intervjuer fremhever at pasientene innenfor TOO-tilbudet har behov for mer tid i behandlingen sammenlignet med andre pasientgrupper. Vi vil presisere at vi ikke funnet indikasjoner at endringer i behandlingsforløpet har gått ut over kvaliteten på behandlingen, men at dette er noe tjenesten må ha et aktivt forhold til i organiseringen av behandlingen.

I vurderingen av behandlingsforløp og -metoder er det formålstjenlig med gode arenaer for å utveksle erfaringer og lære av hverandre på tvers av team og regioner. Det bidrar til at pasientene får et likt og kvalitetsmessig godt behandlingstilbud. I dag eksisterer det flere arenaer for erfaringsutveksling på ulike nivåer i TOO-tjenesten, herunder den nasjonale koordineringsgruppen, den nasjonale faggruppen og nasjonale og regionale nettverkssamlinger for tverrfaglige team. I kartleggingen opplever vi imidlertid at det er varierende grad av bevissthet på tvers av fylkeskommunene og kompetansesentrene hvordan andre team/regioner har organisert seg, om de har gjort endringer i behandlingsforløpet og eventuelle nyutviklede behandlingsmetoder. I den sammenheng bør det vurderes om det er behov for å styrke de eksisterende arenaene for erfaringsutveksling eller om det bør etableres nye.

Tilrettelegging i tverrfaglig team

Tilretteleggingen av behandlingen i tverrfaglig team fremstår som god. Et stort flertall av respondentene i spørreundersøkelsen blant pasientene og ansatte opplever at behandlingen i tverrfaglige team er tilrettelagt og tilpasset pasientenes behov, jf. figur 4.2.7 og 4.2.8. I intervjuer opplyser de ansatte i tverrfaglige team at de følger veilederen som er utarbeidet og at behandlingen tilpasses den enkelte pasients situasjon og behov. Samtidig observerer vi at det er få retningslinjer med henhold til omfanget av behandlingen målt ved antall timer og hvilke behandlingsmetoder som bør benyttes for de ulike målgruppene. I veilederen er det anbefalte maksbeløpet på 12 timer som de tverrfaglige teamene opplyser at de overholder for de fleste pasientene. En veileder trenger ikke å inneholde detaljerte retningslinjer på behandlingsmetoder/-tilnærminger, men det fordrer at det eksisterer gode arenaer for læring og erfaringsutveksling på tvers av team/regioner, samt at nyansatte får god opplæring og praktisk veiledning i det enkelte team.

For at behandlingen skal være vellykket trekker ansatte i intervjuene frem at det er viktig med kontinuitet blant fagpersonellet, at omfanget av pasienter er så stort at fagpersonellet bygger opp tilstrekkelig erfaring og at behandlingen er tverrfaglig. Vedrørende tverrfaglighet observerer vi at det er ulik praksis mellom regioner. I enkelte regioner har psykologen kun vurderingssamtalen med pasientene, mens i andre regioner er psykologen mer direkte involvert i behandlingen av pasientene og arbeider sammen med tannhelsepersonellet. Sammensetning av fagkompetanse omtales under E10.

I intervjuer og spørreundersøkelsen uttrykker enkelte ansatte at det er utfordrende å vite når pasienten er ferdigbehandlet i tverrfaglig team. Målet med behandlingen er å gjøre pasienten i stand til å mestre tannbehandlingen, men det er ikke alltid lett å vurdere når pasienten egentlig er klar. Et mulig tiltak kunne vært å utarbeide tydeligere retningslinjer eller mer detaljert veiledning som hjelper ansatte med å vurdere når pasienten er klar for tannbehandling i tannbehandlerteam.

Tilrettelegging i tannbehandlersteam

Tilretteleggingen av behandlingen i tannbehandlersteam fremstår som god. Det kommer tydelig fram i både spørreundersøkelsen blant pasientene, jf. figur 4.2.7, og blant ansatte, jf. figur 4.2.8. I intervjuer forteller ansatte i tannbehandlersteam at pasientene er mer krevende å behandle enn andre pasientgrupper. Pasientene har ofte et større udekket behov for tannbehandling, i tillegg til at behandlingen i seg selv er mer tidkrevende. Pasientene har behov for en rolig tilnærming i behandlingen og antall inngrep må begrenses i hver behandling sammenlignet med andre pasientgrupper.

I intervjuer forteller de ansatte at de følger veilederen God klinisk praksis i tannhelsetjenesten fra Helsedirektoratet i behandlingen av pasientene. Veilederen oppleves imidlertid som generell og at den ikke alltid er like relevant for pasientene i TOO-tilbudet. Eksempelvis inneholder ikke veilederen retningslinjer for hva man gjør med pasienter som krever mer tid enn normalt eller hvordan man skal håndtere krevende situasjoner som kan oppstå dersom pasienter får en psykologisk reaksjon underveis i behandlingen. Den nasjonale faggruppen holder på å utarbeide en egen behandlingsveileder for tannbehandlersteam innenfor TOO-tilbudet med et større fokus på den psykologiske delen av behandlingen. Observasjonene viser at det er behov for en slik veileder og at det vil komme godt med i tilretteleggingen av behandlingen. I den sammenheng kan det diskuteres hvorvidt veilederen burde ha vært utarbeidet på et tidligere tidspunkt.

I tannbehandlersteamene gjøres det individuelle vurderinger av tannbehandlingsbehovet til den enkelte pasient. I kartleggingen har vi observert at det delvis er etablert ulik praksis på tvers av team og regioner knyttet til behandlingsomfanget i tannbehandlingen. En mulig årsak kan være at veilederen fra Helsedirektoratet ikke gir gode nok retningslinjer for hvilken behandling som bør gjennomføres for at pasientene får et rehabilitert tannsett. For å sikre lik praksis i hele Norge knyttet til omfang av behandling, eks. tannprotese, bro eller implantat, burde fylkeskommunene vært bedre koordinert gjennom eksempelvis egen veileder for TOO-tilbudet eller felles etablerte retningslinjer.

Tannbehandling i narkose

I kartleggingen observerer vi stor variasjon i bruk av narkose på tvers av fylkeskommuner og kompetansesentre, jf. figur 4.2.11. Ansatte i TOO-tilbudet opplyser i intervjuer at de vurderer behovet for tannbehandling i narkose ut i fra pasientenes behov og situasjon. I vurderingen benyttes både behandlingsveileder til tverrfaglig team og veilederen fra Helsedirektoratet som gir overordnede føringer for bruk av narkose i tannbehandling.

Det kan være ulike årsaker til den observerte variasjonen i bruk av narkose på tvers av landet. En årsak kan være ulikt behov blant pasientene i de ulike fylkene. Det vil si at det er systematiske forskjeller i det medisinske behovet for narkose. Å undersøke om dette er tilfelle vil kreve mer gjennomgående analyser enn det er rom for i denne evalueringen. En annen årsak kan være at tilgangen på narkoserom varierer. En indikasjon på at dette er tilfelle er den store variasjonen i ventetid for behandling i narkose, jf. figur 4.2.12. Å sikre likere tilgang på narkoserom fremstår således viktig for å få et likere tilbud til pasientene. Vi er imidlertid innforstått med at dette er en utfordring som også eksisterer i andre deler av tannhelsetjenesten og at løsningen delvis ligger utenfor TOO-tilbudet. En tredje årsak kan være at det er etablert ulike praksiser for bruk av narkose i de ulike teamene og/eller regionene. Vi observerer i den sammenheng at det er delte meninger om tannbehandling i narkose blant de ansatte. På den ene siden argumenteres det for at narkosebehandling kan være en hensiktsmessig behandlingsform, særskilt når pasientene har store udekkede behandlingsbehov, mens på den andre siden pekes det på at narkosebehandling ikke løser utfordringene pasientene har med å gå til tannlegen. Det er naturlig at det er ulike faglige meninger om behandlingsformer. Samtidig bør pasientene få det samme behandlingstilbudet uavhengig av hvor de bor. Vi mener derfor at det burde utarbeides tydeligere felles retningslinjer for bruk av narkose i tannbehandlingen som bidrar til likere praksis på tvers av team og regioner.

Oppsummering

Samlet sett fremstår TOO-tilbudet å være godt tilrettelagt pasientene. Behandlingsforløpet, herunder behandling i tverrfaglige team og tannbehandler-team, tilpasses den enkelte pasients behov og situasjon. Det er imidlertid indikasjoner på at det kan være behov for mer veiledning og retningslinjer, samt at man gjennomgår praksis for tannbehandling i narkose på tvers av regioner.

E9: Samhandlingen mellom tverrfaglig team og tannbehandler-team fungerer godt

Samlet sett virker det som om samhandlingen mellom tverrfaglig team og tannbehandler-team fungerer godt i alle fylkeskommuner. I spørreundersøkelsen blant ansatte oppgir over tre fjerdedeler av respondentene at samarbeidet fungerer godt og omkring halvparten av respondentene oppgir at det er etablert gode rutiner som skal bidra til å sikre god pasientovergang mellom tverrfaglig team og tannbehandler-team. Selv om samhandlingen mellom tverrfaglig team og tannbehandler-team får gode tilbakemeldinger er det viktig at man i fremtiden fortsetter det gode arbeidet videre med å etablere gode rutiner og praksis for god pasientovergang i hele landet. Eksempler på dette er dagens praksis med detaljerte henvisninger at tverrfaglig team er tilgjengelig for tannbehandler-team ved behov for diskusjon om kasus. Dette er gode erfaringer som bør videreføres. Vår kartlegging gir ikke indikasjoner på et tydelig forbedringspotensial sammenlignet med dagens praksis.

E10: Fagkompetansen på behandlingsstedene er sammensatt mtp. pasientenes behov

Sammensetning av fagkompetanse

Våre observasjoner viser at TOO-tjenesten har opparbeidet innsikt i hvilken fagkompetanse som er nødvendig for å sikre god pasientbehandling i tverrfaglig team og tannbehandler-team. I dag har alle de 50 tverrfaglige teamene på tvers av landet psykolog, tannlege og tannhelsesekretær som en del av teamet.

I intervjuer trekker flere ansatte frem at det er viktig med en kompetent og erfaren tannlege i både tverrfaglig team og tannbehandler-team. I tillegg nevner flere det viktige arbeidet tannhelsesekretæren gjør med å følge opp pasientene underveis i behandlingsforløpet. I kartleggingen har vi registrert at bruken av psykolog i det tverrfaglige teamene varierer på tvers av landet. I enkelte regioner er psykologen involvert gjennom hele behandlingsforløpet, mens andre regioner benytter kun psykologene til vurderingssamtale og resten av behandlingen er overlatt til tannlege, tannhelsesekretær og eventuelt tannpleier. Vi har ikke avdekket betydningen av omfanget av psykologenes involvering på effekten av behandlingen. I tillegg kan effekten av behandlingen være situasjonsavhengig, herunder kompetansen og erfaringen til øvrige personell i de tverrfaglige teamene. Slik sett er det behov for mer kunnskap på dette feltet. Om dette avdekker at effekten av behandlingen er bedre ved høyere bruk av psykolog vil det være hensiktsmessig å etablere retningslinjer for bruk av psykolog for å sikre lik kvalitetsmessig praksis på tvers av landet.

Bruken av tannpleiere i behandlingen varierer på tvers av landet. I tjenesten er det også ulike oppfatninger om hvorvidt kompetansen er nødvendig og hvordan den kan benyttes optimalt. Enkelte trekker frem at tannpleiere har god kompetanse innenfor forebyggende arbeid og derfor har en naturlig plass i

TOO-tilbudet. I tillegg trekkes det frem at de er mer kostnadseffektive å benytte enn tannleger med tilsvarende erfaring. Basert på denne erfaringen kan det være hensiktsmessig for utvikling av tjenesten å vurdere hvordan tannpleiere kan inngå i behandlingen.

En utfordring vi observerer i årsrapporteringer og intervjuer er små stillingsprosenter i de tverrfaglig teamene. Små stillingsprosenter gir utslag på flere områder som rekruttering, erfaringsoppbygging og vedlikehold og oppdatering på aktuelle behandlingsmetoder. I tillegg blir balansegangen mellom tid til pasientbehandling og kompetanseutvikling krevende. Observasjonene viser at det arbeides med å øke stillingsprosentene fremfor å rekruttere nye personer og team. I evalueringen har vi ikke grunnlag for å tallfeste en optimal stillingsprosent innenfor de ulike fagkompetansene i hvert team da dette vil være situasjonsavhengig. De små stillingsprosentene fremstår imidlertid som en strukturell utfordring i flere regioner og virker begrensende på behandlingstilbudet til pasientene.

Imidlertid kan høye stillingsprosenter, spesielt for tannleger i tverrfaglig team, også være en utfordring. Den ene årsaken er at tannleger har behov for å opprettholde kunnskap og praksis ved utøvelse av tannbehandling som ikke gjennomføres i tverrfaglig behandling innenfor TOO-tilbudet. Den andre årsaken er at behandling av pasienter innenfor TOO-tilbudet er krevende for personell å bearbeide sterke inntrykk fra behandlingen i etterkant. Dette er også gjeldende for tannbehandler-team, men ikke i like stor grad da deres pasientgrunnlag er mer begrenset sammenlignet med de tverrfaglige teamene.

Rekruttering

Flere regioner har hatt utfordringer med å rekruttere fagpersonell til TOO-tilbudet. I kartleggingen registrerer vi flere årsaker til rekrutteringsutfordringene innenfor TOO-tilbudet. Blant annet pekes det på lave lønninger (pga. Helsedirektoratets lønnsnorm), de små stillingsprosentene i de tverrfaglige teamene, det fysisk og psykisk krevende arbeidet innenfor TOO-tilbudet, behovet for egenmotivasjon og et manglende fagmiljø. Et manglende fagmiljø virker å være spesielt gjeldende for psykologer innenfor TOO-tilbudet, der enkelte har fortalt at de føler seg litt "alene" i arbeidet. Utfordringene med rekruttering får konsekvenser for pasientbehandlingen. I tillegg bidrar utfordringene med rekrutteringen til økte ventetider grunnet manglende bemanning i enkelte regioner.

En særskilt utfordring flere steder har vært rekruttering av psykologer til tverrfaglig team. Erfaringsmessig er det lettere å rekruttere psykologer der det er utdanningsinstitusjoner. I tillegg er det grunn til å tro at det er lettere å rekruttere psykologressurser dersom stillingsbrøken er rundt 50% eller høyere. Ulempen er at dette ikke er i henhold til behovet for et desentralisert behandlingstilbud.

For å sikre en bærekraftig, stabil og tilstrekkelig kapasitet og fagkompetanse innenfor TOO-tilbudet er det viktig å få kartlagt de ulike årsakene til rekrutteringsutfordringene og identifisere eventuelle tiltak. Her vil det være hensiktsmessig å avdekke å skille mellom nasjonale og regionale tiltak.

Kompetanseutvikling

I våre observasjoner fremstår kompetanseutviklingstiltakene som relevante og av god kvalitet. Tiltakene omfatter opplæring av behandlingspersonell ved oppstart som tverrfaglig team og tannbehandler-team, samt innholdet i de årlige nettverkssamlingene og andre lokale kompetanseutviklingstiltak. Imidlertid har vi i kartleggingen ikke funnet krav om at behandlingspersonell har eksamen i odontofobi (arrangert av NOFOBI) eller andre relevante kurs eller sertifiseringer. Flere behandlingspersonell har likevel tatt eksamener og kurs på eget initiativ eller fått det dekket av fylkeskommunen. I tillegg har tannleger opplæring gjennom blant annet hospitering hos kompetansesentrene før de starter arbeid i tverrfaglig team.

I intervjuer etterspør ansatte i både tverrfaglig team og tannbehandlersteam at de gjerne skulle hatt mer opplæring og veiledning. Dette gjelder både mindre kurs og fagsamlinger i egen region og større nasjonale samlinger.

Det kan diskuteres om opplæring og kompetansekrav burde vært mer formalisert enn det er i dag. Dette vil styrke kompetanseutviklingen og dermed kvaliteten i tjenesten. Om det velges å gå mot mer formelle krav gjelder det å finne en god balanse mellom formell opplæring og mer erfaringsbasert kompetanseutvikling gjennom pasientbehandling i det daglige arbeidet. Dette er spesielt relevant ettersom mange har lave stillingsprosjenter og tid til kompetanseutvikling dermed kan gå direkte utover pasientbehandling.

Oppsummert

Samlet sett fremstår fagkompetansen på behandlingsstedene å være godt sammensatt sett opp mot pasientenes behov, selv om bruken av psykolog varierer på tvers av landet. Kompetanseutviklingen som gjennomføres fremstår relevant og av god kvalitet. Rekrutteringen i enkelte regioner er imidlertid bekymringsfull og det bør derfor undersøkes nærmere hvilke tiltak som kan gjennomføres.

E11: Pasientene er ferdig behandlet i TOO-tilbudet etter fastsatte kriterier

I regelverket for tilskuddsordningen er det presisert at personer i målgruppen omfattes av tilbudet og betaler ikke vederlag frem til (1) tannsettet er rehabilitert og (2) vedkommende mestrer behandling innenfor ordinær tannhelsetjeneste.

Vedrørende det første kriteriet er vårt inntrykk gjennom kartleggingen at det er det til dels er ulike oppfatninger av hvor omfattende tannbehandlingen skal være og dermed når pasienten har et rehabilitert tannsett. I første behandlingstime hos tannbehandlersteam gjøres det en vurdering av tannsettet og det utarbeides en individuell behandlingsplan for å rehabilitere tannsettet. Enkelte behandlere mener at dagens praksis fungerer for deres pasienter, mens andre påpeker at det kan være utfordrende å forutsi når tannsettet er ferdig rehabilitert og at det f.eks. kan være uklart hva man skal gjøre dersom det oppstår nye behov i løpet av behandlingsforløpet. En operasjonalisering av kriteriet gjennom tydelige nasjonale retningslinjer kan bidra til at det blir tydeligere for tannbehandlerteamene hvor omfattende behandling det skal legges opp til og hva man gjør ved uforutsette hendelser. Det kan i sin tur bidra til at mer likeverdig og kvalitetsmessig likt tilbud innad i tjenesten. Operasjonaliseringen burde utføres av fagpersonell med god kjennskap til TOO-pasientene i samråd med Helsedirektoratet.

Det andre kriteriet oppleves av flere ansatte som mer krevende å forholde seg til enn det første kriteriet. I dagens praksis er i stor grad opp til hvert enkelt team å vurdere når pasienten "mestrer behandling innenfor ordinær tannhelsetjeneste". Flere av de ansatte påpeker at hos en del pasienter er det vanskelig å si med sikkerhet når pasientene kan mestre behandlingen innenfor den ordinær tannhelsetjenesten. Som en følge av dette blir enkelte pasienter værende i tilbudet over lang tid og blir aldri ferdigbehandlet. I tillegg trekkes det frem at noen pasienter aldri vil fungere godt nok til å kunne motta ordinær tannbehandling, og det stilles spørsmål om hva man skal gjøre med disse pasienter. Basert på disse observasjonene, fremstår det som nødvendig at det blir tydeliggjort hva det innebærer at pasientene skal mestre behandling innenfor ordinær tannhelsetjeneste. Dersom kriteriet blir operasjonalisert og gjort tydeligere, vil det være lettere for fagpersonell å vurdere når kriteriet er oppfylt. I tillegg vil det bli tydeligere hva som ligger innenfor TOO-tilbudet og hva som pasienten selv har ansvar for. Herunder hvor lenge tjenesten skal bistå pasienten med overgang til ordinær tannlege etter endt behandling i tannbehandlersteam, jf. omtale under E4.

Samlet sett er vår vurdering at de fastsatte kriteriene i regelverket for tilskuddsordningen kunne vært bedre operasjonalisert slik at rammene for når pasientene er ferdigbehandlet i TOO-tilbudet er tydeligere.

E12: Ventetidene i TOO-tilbudet har vært innenfor maksgrensene angitt i delmål (b) i ordningen

Det fremstår hensiktsmessig at det ble innført nasjonale maksimale ventetider innenfor TOO-tjenesten da tilskuddsregelverket ble oppdatert i 2018. Det er viktig at tilbudet har grenser for ventetider å forholde seg til som er relativt like med maksgrenser for ventetider i andre deler av helse- og omsorgstjenesten. De siste årene har det vært klare politiske føringer på å få ned ventetider i helsevesenet generelt, og ventetid blir brukt som en sentral kvalitetsindikator. Prinsippet innebærer at pasienter som er vurdert til å ha rett for helsehjelp skal få hjelp innen kort tid.

I denne sammenhengen fremstår ventetidene innenfor TOO-tilbudet som uhensiktsmessige lange. Årsrapporter fra tilskuddsmottakere viser at ingen av fylkeskommunene eller kompetansesentrene overholder alle maksgrensene for ventetidene, jf. figur 4.2.18. Det er særlig lang ventetid fra henvisning til vurderingssamtale der enkelte av tilskuddsmottakerne har ventetider på over et år. I intervjuer med ansatte forteller flere at Covid-19 har medført lengre ventetider, men årsrapportene viser at ingen av tilskuddsmottakere overholdt regelverkets maksimale ventetider i 2019. De maksimale ventetidene fremstår for øvrig lite realistiske ved innføringstidspunktet når vi sammenligner med de faktiske ventetidene i tjenesten i 2018. På dette tidspunktet var i tillegg tjenesten usikker på om presiseringen av innslagspunkt 14 ville øke ventetiden ytterligere gjennom økt etterspørsel etter TOO-tilbudet.

I årsrapporteringene og intervjuer fremstår behandlingen i tverrfaglig team som den største flaskehalsen for å innfri maksgrensene for ventetidene. At de fleste tilskuddsmottakerne har lange ventetider fra henvisning til vurderingssamtale og ikke fra vurderingssamtale til oppstart i behandling hos tverrfaglig team, fremstår som et bevisst valg i tjenesten. Hovedårsaken som oppgis i intervjuer er det ikke er forsvarlig å inkludere pasienter i et tilbud for så å gi beskjed om at behandlingen først kan starte over et år senere. Dagens lange ventetider fra henvisning til vurderingssamtale har flere uhensiktsmessige konsekvenser for pasientene. Eksempelvis har vi fått høre om pasienter som innfrir inklusjonskriteriene for TOO-tilbudet må leve med store smerter over lang tid eller dekke akutt behandling selv, da de ikke har fått gjennomført vurderingssamtale hos psykolog. En annen konsekvens av lange ventetider før vurderingssamtale kan være at det er krevende for psykolog å avvise en pasient til tilbudet når du vet de har ventet i et år og i tillegg kan ha store utfordringer med tannsettet sitt.

For at maksgrensene for ventetidene som er innført skal være et realistisk mål for tilskuddsmottakerne å strekke seg etter, er det viktig at rammene for tilbudet gir mulighet for at maksgrensene kan nås. At de fleste tilskuddsmottakerne ikke klarer å innfri de maksimale ventetidene gir indikasjoner på at tjenesten er underdimensjonert, dvs. at etterspørselen etter tilbudet er høyere enn dimensjoneringen av tilbudet. I tillegg kan det være at tilbudet ikke er optimalt organisert og innrettet og at det er mulig å hente ut effektiviseringsgevinster som gir lavere ventetider. For å innfri de maksimale ventetidene i fremtiden mener vi at TOO-tjenesten må se nærmere på hvordan utfordringene knyttet til behandling i tverrfaglig team kan løses på en bedre måte enn i dag. Det bør undersøkes om det er mulig å øke effektivitet i behandlingen, herunder organisering og innretning. I tillegg later det til at kapasiteten burde økes gjennom økt antall årsverk i teamene som muliggjør behandling av flere pasienter. Sistnevnte tiltak vil imidlertid kreve økte midler til TOO-tilbudet, jf. omtale under E17, og at tjenesten klarer å oppskalere virksomheten, jf. omtale av rekrutteringsutfordringer under E10.

Et mulig tiltak for å gi et bedre tilbud til pasientene er å gjennomføre en kort vurderingssamtale rett etter henvisning/kontakt med TOO-tilbudet. Dette kan sammenlignes med kravet innenfor spesialisthelsetjenesten om at alle pasienter som henvises skal rettighetsvurderes opp mot prioriteringsforskriftene. Ved å gjennomføre en vurderingssamtale innen kort tid vil det være mulig å få et inntrykk av pasientens behov, om de passer inn i TOO-tilbudet og hvilket tilbud de eventuelt skal motta. Pasientene vil da blant annet kunne få mulighet til å gjennomføre akuttbehandling i ventetiden før oppstart i tverrfaglig team. En kort vurderingssamtale vil i tillegg gjøre det mulig å sortere pasientene etter behov for behandling og sørge for at pasienter som har behov for behandling utenfor TOO-tilbudet blir ivaretatt av andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Den første samtalen kan være relativt kort og det kan drøftes om det er psykolog, tannlege eller tannhelsesekretær som bør gjennomføre samtalen.

Et annet mulig tiltak er å innføre et førstelinjeforsvar der enkel systematisert behandling av tannbehandlingsangst utføres av kompetent tannlege i offentlig eller privat allmennpraksis utenfor TOO-tilbudet. Dette innebærer at pasienter kan gjennomføre en systematisert tannlege administrert behandling for tannbehandlingsangst før de eventuelt vurderes for TOO-tilbudet. Dette er blant annet undersøkt i et studie av Hauge m.fl. (2021) som behandlet pasienter med mindre omfattende kognitiv atferdsterapi mot behandling med våken sedasjon i kombinasjon med en spesifikk kommunikasjonsmetode. Begge metoder ble utført av tannlege og viste gode resultater. Innføring av et slikt førstelinjeforsvar før pasienten evt. henvises videre til TOO-tilbudet, vil kunne redusere ventetidene, samt gi pasientene angstbehandling nærmere der de bor. For å sikre høy kvalitet og hindre misbruk ved et slikt tiltak, vil det være hensiktsmessig å innføre en form for sertifisering av tannhelsepersonellet som skal gjennomføre angstbehandlingen.

Oppsummert fremstår det som hensiktsmessig med maksgrenser for ventetider i TOO-tilbudet, men ingen av tilskuddsmottakerne innfrir grensene i dag. For å overholde maksgrensene er det viktig at TOO-tjenesten gjennomfører tiltak for å få ned ventetidene og at tjenesten gis tilstrekkelig rammer som gjør det mulig å innfri maksgrensene.

E13: Det er samarbeid mellom TOO-tjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten

Basert på kartlegging fremstår det som at det er lite samarbeid mellom TOO-tjenesten og store deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette fremkommer blant annet i intervjuer med ansatte i tjenesten og personer i tilknytning til TOO-tilbudet. I spørreundersøkelsen blant ansatte svarer over halvparten at det er lite samarbeid med psykologer (privat og offentlig), fastleger og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet med tannleger (private og offentlig) fremstår som litt større hvor omtrent halvparten av respondentene i spørreundersøkelsen blant ansatte svarer at de i stor eller noen grad samarbeider med denne gruppen.

I analysegrunnlaget til TOO-tilbudet (IS-1855) ble fastlegene trukket frem som en sentral samarbeidspartner for tjenesten. Som følge av dette hadde vi særskilt forventet mer samarbeid med fastleger i behandlingsforløpet til pasientene. Det kan være flere årsaker til det lave samarbeidet. For eksempel er kunnskap om TOO-tilbudet relativt lav blant fastleger. En annen årsak kan være at det ikke er utarbeidet gode rutiner om samarbeid.

I intervjuer med ansatte har flere trukket frem fordeler ved et større samarbeid med helse- og omsorgstjenesten i ulike deler av behandlingsforløpet. Dette indikerer at det kan være barrierer som hindrer mulig samarbeid. Mulige barrierer er behov for pasientens samtykke, tid og ressurser hos TOO-tjenesten og/eller potensielle samarbeidsparter, manglende kommunikasjonskanaler, manglende digitale samhandlingsverktøy og mangel på formelle samarbeidsavtaler. I tillegg har det tradisjonelt vært

lite samhandling mellom tannhelse og somatisk/psykisk helsevern. TOO-tilbudet er i denne sammenhengen et pionerarbeid og det er derfor forståelig at etablering av samarbeid tar tid. Samtidig har tilbudet eksistert i nærmere ti år.

Samlet sett er det lite samarbeid mellom TOO-tjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten. I videre arbeidet burde det undersøkes nærmere hvordan samarbeidet med de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten kan styrkes.

E14: Tjenesten samarbeider med ressursentre, odontologiske læresteder og andre kompetansemiljø

I de senere årene fremstår samarbeidet mellom TOO-tjenesten og ressursentre, odontologiske læresteder og andre kompetansemiljø begrenset. Dette gjelder i forbindelse med utvikling av tjenesten, utvikling av behandlingsmetoder, tilrettelagt behandling, kompetanseutvikling og kunnskapsoppbygging. Vårt inntrykk er at det var et større samarbeid i de første årene av TOO-tilbudet. Dette gjelder spesielt kunnskaps- og kompetansebygging om målgruppene og behandlingsmetoder. Dagens samarbeid fremstår i stor grad som personavhengig med liten grad av et formelt etablert samarbeid. Dette gjelder blant annet samarbeidet med RVTS knyttet til kompetanseutvikling innenfor behandling av pasienter utsatt for vold eller har traumer der samarbeidet varierer mellom de ulike fylkeskommunene.

En årsak til den lave graden av samarbeid i dag kan være at TOO-tjenesten har kommet til et punkt der de ikke har like mye behov for samarbeid sammenlignet med tidligere. TOO-tilbudet har eksempelvis bygget opp kunnskap om målgruppene, behandlingsmetoder og utviklet egne kompetanseutviklingstilbud som fungerer godt. En annen årsak er at det er barrierer som hindrer samarbeid med de ulike relevante kompetansemiljøene som finnes.

I kartleggingen har vi ikke observert at det er mye samarbeid mellom TOO-tjenesten og de odontologiske lærestedene. En mulig forklaring på dette er at ansvaret for opplæring og kompetanseutvikling innenfor TOO-tilbudet er lagt til kompetansesentrene og at samarbeidet først og fremst er mellom kompetansesentrene og de odontologiske lærestedene. Når det gjelder samarbeid om kunnskapsoppbygging og forskning, er dette omtalt under E15.

Oppsummert fremstår samarbeid mellom TOO-tjenesten og ressursentre, odontologiske læresteder og andre kompetansemiljø som begrenset. Vi har imidlertid ikke avdekket om dette skyldes at det ikke er behov for samarbeid eller om det er barrierer som hindrer samarbeid. Slik sett kan det være formålstjenlig for utviklingen av TOO-tilbudet å finne ut hva et hensiktsmessig samarbeid er, hvorvidt dette skal prioriteres av tjenesten og om det finnes barrierer som hindrer samarbeid.

Kunnskapsperspektiv

E15: Tjenesten har drevet systematisk oppbygging av kunnskap om målgruppen,

tannhelsetilstanden, tannhelsetilbud og kostnader

Oppbygging av kunnskap

Ett av delmålene i tilskuddsregelverket (delmål d) er at det skal bygges opp systematisk kunnskap om forskjellige forhold ved TOO-tilbudet, herunder målgruppen, tannhelsetilstanden, tannhelsetilbud og kostnader. I intervjuene får vi inntrykk av til dels ulike oppfatninger blant ansatte av hva "systematisk kunnskap" innebærer og hva det omfatter av aktiviteter. Ettersom oppbygging av kunnskap fremstår som en viktig del av TOO-tilbudet, kunne delmålet i større grad vært operasjonalisert og konkretisert av Helsedirektoratet i samråd med tjenesten. En bred og involverende prosess på tvers av regioner kunne økt forståelsen av og bevisstheten rundt betydningen av og innholdet i kunnskapsoppbyggingen. I tillegg kunne det vært utviklet verktøy for tettere oppfølging underveis i TOO-prosjektet, eksempelvis ved bruk av parametere og indikatorer. Det ville gjort det enklere for Helsedirektoratet å vurdere måloppnåelsen fortløpende og muligheten til å foreta eventuelle justeringer underveis. Om tilskuddsmottakere hadde fått innsikt i andres aktiviteter og måloppnåelse, ville det vært lettere for fylkeskommunene og kompetansesentrene å vurdere egen aktivitet og eventuelt lært av andre. Det hadde også gitt et godt grunnlag til å identifisere suksessfaktorer og beste-praksis.

Basert på observasjonene har tjenesten under ett har klart å bygge opp en del kunnskap om målgruppen og behandlingsmetoder gjennom ulike aktiviteter. Kunnskapsgenererende aktiviteter har omfattet klinisk erfaringsoppbygging, kompetansesentrenes opplæring, kursvirksomhet og utarbeiding av fagmateriell, utarbeidelse av veileder for tverrfaglige team og lærebok, samt faglige nettverkssamlinger og forskning. Disse aktivitetene har bidratt både til utvikle kvaliteten i tjenesten og fagområdet.

Samtidig bærer ikke kunnskapsoppbyggingen preg av å være systematisk. For det første fremstår ikke kunnskapsoppbyggingen strukturert og målrettet iht. til en overordnet plan. Den nasjonale faggruppen har en sentral rolle i flere av de kunnskapsgenererende aktivitetene, herunder kompetanseoppbygging, forskning og fagmateriell. Faggruppen kunne vært gitt mer ressurser til å utøve sin virksomhet og fått et tydeligere nasjonalt ansvar innenfor kunnskapsoppbyggingen. Kombinert med en bedre operasjonalisering og oppfølging av delmålet i kunnskapsoppbyggingen, ville det trolig ha styrket utførelsen av kunnskapsoppbyggingen.

For det andre fremstår det som at tjenesten ikke har klart å etablere tilstrekkelige strukturer til å samle data og hente ut innsikt fra ulike faser i behandlingsforløpet til pasientene. Felles for en del kunnskapsgenererende prosesser er at man først må registrere og samle inn informasjon, deretter behandle og strukturere dataene, så analysere dataene og hente ut innsikt og til slutt dokumentere eller visualisere resultatene fra analysene. I tillegg er det viktig med god planlegging, organisering og ansvarsfordeling mellom involverte parter underveis i prosessen. Vi observerer at tjenesten i mindre grad har opparbeidet brukerkunnskap gjennom for eksempel brukerundersøkelser og at informasjon om hvordan det går med pasientene etter behandling ikke har blitt registrert og strukturert i flere av regionene. Gjennom samarbeid med personer med analyse- og/eller forskerkompetanse kunne dataene vært analysert på regions- og/eller nasjonalt nivå. Data som har blitt samlet inn gjennom årsrapportene kunne også i større grad ha blitt brukt til å generere innsikt, blant annet frafallsstatistikk og kostnadstall, som i sin tur kunne blitt brukt til å forbedre TOO-tilbudet. I denne sammenheng kunne et kvalitetsregister (samlet oversikt over pasientene og aktiviteter) vært et godt supplement.

Forskning

Forskning er en viktig premiss for å tilby et kvalitetsmessig godt behandlingstilbud til pasienter. Evidensbasert forskning genererer kunnskap om målgruppenes behandlingsbehov, hvilke

behandlingsmetoder som gir størst effekt for målgruppene m.m. som kan bli brukt til å forbedre og videreutvikle TOO-tilbudet. Ettersom TOO-tilbudet er et nytt behandlingstilbud organisert som en forsøksordning, er det også sentralt å avdekke om tilbudet har en positiv effekt på pasientenes tannhelse og utfordringer med å mestre å gå til tannlegen. For å avdekke dette er det nødvendig med kausale effektstudier av tilbudet.

Med bakgrunn i at TOO-tilbudet har eksistert i nærmere ti år og det totalt har blitt bevilget 400-500 millioner kroner til tilbudet i perioden, burde det ha vært utført mer forskning innenfor fagområder i tilknytning til TOO-tilbudet. Med bakgrunn i observasjonene fremstår det at pasientbehandling har hatt hovedprioritet i TOO-tilbudet og tidsallokeringen har gått på bekostning av tid til andre aktiviteter. Vi observerer at forskningsaktivitetene på TOO-fagområder har økt de senere årene og at omfanget av forskningsartikler, PhD-avhandlinger m.m. har økt. Forskning burde imidlertid gjennomgående ha vært høyere prioritert i tjenesten fra oppstart av tilbudet. Med lite innsikt i effektene av tilbudet svekkes beslutningsgrunnlaget til Helse- og omsorgsdepartementet når de skal vurdere om tilbudet skal avvikes eller forlenges. Dersom TOO-tilbudet forlenges burde forskningsaktiviteter gis høyere prioritet og det må i større grad legges til rette for forskning og annen kompetanseoppbygging.

Vi registrer at intensjonene var gode i oppstarten av TOO-tilbudet med etablering av en nasjonal forskningsgruppe og at tjenesten forsøkte å bli enige om forskningsprosjekter og igangsetting av en multisenterstudie. Av ulike årsaker lot ikke prosjektene seg gjennomføre. I tillegg rapporterer ansatte om få ressurser i TOO-tjenesten som har forskerkompetanse og at det har vært utfordrende å nå opp i konkurransen om forskningsmidler på kompetansesentrene, samt varierende grad av interesse for fagfeltet. I den sammenheng bør det vurderes om det kan innføres særskilte insentivmekanismer i en begrenset periode som kan stimulere til økt interesse og forskning på fagfeltet. Når det gjelder gjennomføring av multisenterstudier og randomisert, kontrollert eksperiment er det delvis avhengig av vurderinger til institusjoner utenfor TOO-tjenesten, herunder Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Samtidig bør tjenesten vurdere om det er mulig å sette inn tiltak som muliggjør kausale effektanalyser. Det kan kreve omfattende prosesser og koordinering nasjonalt, som fordrer at det eksisterer nasjonale strukturer som kan håndtere dette. I den sammenheng bør det vurderes om faggruppen eller f.eks. forskningsledere på kompetansesentrene kunne vært gitt et tydeligere nasjonalt koordineringsansvar for forskning på TOO-fagområder.

En viktig faktor ved forskning er god koordinering og godt samarbeid innad i tjenesten og på tvers av forskningsinstitusjoner. Kunnskapsgenerering er såpass ressurskrevende og spesialisert i dag at det forutsetter kontakt med eksisterende miljøer som kan ta ansvar for forskning. Vi registrer at det har vært ulik grad av samarbeid og koordinering på tvers av kompetansesentrene og forskningsmiljøene på universitetene innenfor forskning innenfor TOO-fagområder, men at dette har bedret seg i den senere tid. Dette er svært positivt for videre forskning på området.

Formidling av kunnskap

Når det gjelder formidling av opparbeidet kunnskap, virker det som om det er tilstrekkelige kanaler for kunnskapsspredning internt og at det er etablert gode strukturer. Særsilt fremstår kompetansesentrene som sentrale gjennom deres opplæring, kurs og veiledning til fagpersonell i tverrfaglige og tannbehandler-team. I tillegg er det utviklet strukturer for erfaringsutveksling og kunnskapsspredning gjennom nasjonalt faglig nettverk (årlege nettverkssamlinger) og regionale samlinger.

Når det gjelder kunnskapsformidling utenfor TOO-tilbudet, er det mer uklart om tjenesten har fått til en god spredning av opparbeidet kunnskap. Spørreundersøkelsen blant ansatte viser at flertallet av respondentene opplever at TOO-tjenesten har klart å formidle opparbeidet kunnskap til pasienter. Når det gjelder formidling til befolkningen, helse- og omsorgstjenesten og andre aktører er det langt flere som har svart nei, samtidig som andelen som har svart vet ikke er høy. En høy andel som opplever at tjenesten ikke har klart å formidle kunnskap til aktører utenfor TOO-tjenesten, indikerer at det er et

forbedringspotensial og at det bør utredes tiltak for å forbedre formidlingen. Samtidig, ettersom vi ikke kan skille mellom subgrupper i spørreundersøkelsen er det ikke mulig å utforske svarene ytterligere og vi velger å tolke svarene med forsiktighet.

Oppsummering

Sett under ett har TOO-tilbudet klart å bygge opp en del kunnskap om målgruppen og behandlingsmetoder gjennom ulike kunnskapsoppbyggings- og forskningsaktiviteter. Samtidig ser vi behov for en mer systematisk tilnærming i kunnskapsoppbyggingen og -formidlingen, og at forskning innenfor TOO-fagområder blir prioritert høyere i tjenesten.

E16: Det nasjonale faglige nettverket har vært videreutviklet innen området

Delmål f i tilskuddsregelverket handler om at nasjonalt faglig nettverk innenfor området skal videreutvikles. I beskrivelsen av delmålet trekkes samordning av kunnskapsoppbygging, utvikling og evaluering av behandlingsmetoder og koordinering av forskning frem.

Basert på kartleggingen fremstår tjenesten i liten grad innforstått hva som legges i “nasjonalt faglig nettverk”. Vi kan heller ikke se at det er et nettverk som passer til beskrivelsen i tilskuddsregelverket. Ettersom videreutvikling av et nasjonalt faglig nettverk er et delmål i tilskuddsregelverket, og således fremstår som en viktig del av TOO-tilbudet, kunne delmålet i større grad vært operasjonalisert og konkretisert av Helsedirektoratet i samråd med tjenesten. Det ville trolig bidratt til økt forståelse og måloppnåelse.

Vi observerer visse strukturer som fremstår som sentrale iht. delmålet. Dette gjelder særskilt den nasjonale faggruppen for TOO-tilbudet. Ifølge mandatet skal gruppen være en faglig pådriver for kompetanseoppbygging og utdanning på TOO-fagområdet og ha ansvar for den årlige faglige nettverkssamlingen. Faggruppen har også et følge-med-ansvar gjeldende forskningsprosjekter innen TOO, og bidra til at det utarbeides et system for å øke kunnskapsbasert praksis innen TOO-tilbudet. I tillegg dukker det opp faglige spørsmål som gruppen fortløpende må vurdere og ta stilling til. Den årlige faglige nettverkssamlingen er en samling for alle ansatte i tverrfaglige team i Norge, hvor vi observerer at flere ansatte mener samlingen er en viktig arena for å dele kunnskap og bygge kompetanse.

I den sammenheng kunne faggruppen vært gitt et større og tydeligere nasjonalt ansvar innenfor kunnskapsoppbygging og forskning. Det vil si at deres virksomhet ville blitt sterkere knyttet opp mot delmål d og f i tilskuddsregelverket, jf. omtale under E15. Som en tydeligere koordinerende og samordnende enhet, vil gruppen videreutvikles som en felles plattform som muliggjør økt innsikt og erfaringsoverføring på tvers av regioner, samt økt formidling av kunnskap internt og eksternt. Dersom faggruppen får økt ansvar, burde den samtidig bli gitt mer ressurser. Etter vår forståelse er faggruppen i hovedsak basert på frivillig arbeid som medlemmene tar på seg ved siden av sine vanlige jobber. Det bør vurderes om medlemmene kan til en viss grad bli frikjøpt slik at man kunne intensivt arbeidet. I tillegg er det et spørsmål om beslutningsmyndighet. Per i dag har ikke faggruppen myndighet til å fatte beslutninger som omfatter TOO-tilbudet. Dette reduserer gjennomslagskraften til gruppen vesentlig. TOO-tilbudet er i prinsippet frivillig for fylkeskommunene å tilby, men ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten er lagt til fylkeskommunene. Det bør utredes nærmere hvordan faggruppen kan få økt nasjonal innflytelse samtidig som fylkeskommunenes ansvar ikke endres. En mulig retning å styrke den rådgivende rollen til faggruppen inn mot fylkeskommunene, f.eks. ved at faggruppen legger frem saker for nasjonalt lederforum for den offentlige tannhelsetjenesten med nasjonal betydning for TOO-tilbudet.

Vår overordnede vurdering er at det er uklart hva det nasjonale faglige nettverket består av. Samtidig ser vi behov for å styrke faggruppens nasjonale ansvar innenfor kunnskapsoppbygging og forskning.

Økonomisk og administrative forhold

E17: Finansieringen av TOO-tilbudet er i samsvar med formålet med tilbudet

Spørsmålet om finansieringen av TOO-tilbudet er i samsvar med formålet med tilskuddsordningen (god tannhelse i målgruppene) vurderes i lys om finansieringen sikrer god balanse mellom etterspørselen etter tjenestene og TOO-tilbudet (kapasitet og kompetanse).

Evalueringen viser at inklusjonskriteriene er brede. Konsekvensen er at mange personer i målgruppene kvalifiserer til tilbudet og at etterspørselspotensialet er stort. Etterspørselen forsterkes av presiseringen av innslagspunkt 14 i folketrygdloven i 2018. Presiseringen innebar at andre tannleger ikke lenger kunne tilby behandling og kreve refusjon for pasienter utsatt for tortur og/eller overgrep og personer med odontofobi. En mulig konsekvens av presiseringen var en ytterligere økt etterspørsel etter behandlingstjenestene i TOO-tilbudet. På den andre siden viser evalueringen at kjennskapen til TOO-tilbudet blant helse- og omsorgstjenesten og befolkningen generelt er lav. Dette gir grunn til å anta at etterspørselen etter TOO-tilbudet er større enn omfanget av dagens pasientantall. Lav kjennskap til tilbudet indikerer også at ubalansen mellom etterspørselen etter og tilbud av TOO-tilbudet ikke alene skyldes høy etterspørsel etter tjenestene. Utfordringen kan også være at TOO-tilbudet ikke er tilstrekkelig utviklet. Dette kan skyldes at behandlingen av pasientene tar mer tid enn forventet. Samtidig viser erfaringene at pasientene forblir lenger i TOO-tilbudet enn det man antok da tilskuddsordningen ble etablert. Til slutt har det vist seg at behandlingskostnadene er høyere enn antatt. Til sammen gir dette indikasjoner på at TOO-tilbudet tilbudet er underfinansiert.

I intervjuer etterspør ansatte innenfor TOO-tilbudet at tilbudet bør utvides, slik at det i større grad tilpasses pasientenes behov og dagens situasjon med lange ventetider. Dette innebærer at finansieringen må øke gitt dagens rammer og formål. Alternativt er det mulig å regulere etterspørselen etter TOO-tilbudet ved eksempelvis stramme inn på inklusjonskriteriene som gjør at færre tilbys behandling sammenlignet med i dag.

I evalueringen har vi inntrykk av at flere fylkeskommuner er forsiktige med å bygge opp kapasitet innenfor TOO-tilbudet pga. usikkerheten i finansieringen. Om dette stemmer, er det grunn til å anta at finansiering gjennom tilskudd har lagt en demper på tilskuddsmottakernes vilje til å tilpasse kapasiteten i TOO-tilbudet etter etterspørselen etter behandlingstjenestene. Et mulig tiltak for å bøte for dette på er å gjøre finansieringen av TOO-tilbudet mer forutsigbar for fylkeskommunene. Dette kan gjøres ved å erstatte dagens tilskuddsordning med rammefinansieringen over fylkeskommunens budsjetter. Dette alternativet ble anbefalt i IS-1855. I anbefalingen ble det lagt vekt på at rammefinansiering vil sikre at [...] alle trinn i tiltakskjeden, som utredning, diagnostikk, behandlingsplanlegging, tolketjenester og behandling, blir utført uten egenandeler for disse pasientene.

I dag er ikke TOO-tilbudet lovpålagt tjeneste for fylkeskommunene. Dette gjør rammefinansiering av TOO-tilbudet vanskeligere siden rammefinansiering innebærer at TOO-tilbudet må konkurrere med andre tjenester. Særlig i år med strammere økonomiske rammer for fylkeskommunene vil risikoen for forutsigbarhet i finansieringen øke. Slik sett innebærer en overgang til rammefinansiering av TOO-tilbudet

at TOO-pasienter bør få rettigheter i Tannhelsetjenesteloven på lik linje med andre prioriterte grupper for å sikre et godt tilbud på tvers av landet.

Diskusjonen rundt finansiering av TOO-tilbudet henger tett sammen med diskusjon rundt organisering av TOO-tilbudet. Før presiseringen av innslagspunkt 14 ble blant annet tannbehandlingen utført utenfor den offentlige tannhelsetjenesten. En mulighet er å gå tilbake til en løsning der tannbehandlingen foregår i privat sektor med HELFO-finansiering. Dette vil være i tråd med representantforslaget av april 2021 (Dokument 8:200S (2020-2021)). Den nasjonale koordineringsgruppen har i sin høringsuttalelse til Dok 8 forslaget foreslått en todelt finansieringsmodell. Første del er at behandlingen i tverrfaglige behandlerteam finansieres som tilskudd (eventuelt rammefinansiert). Andre del er at det for tannbehandlingen etter at pasientene har fullført behandlingen i tverrfaglige behandlerteam innføres et innslagspunkt 16 med rettigheter etter gjeldende TOO-retningslinjer.

De alternative finansieringsmodellene som er beskrevet er ikke uttømmende. Hvilke finansieringsmodell som er best egnet bør utredes nærmere for å identifisere styrker og svakheter, herunder uønskede effekter og fordelingsvirkninger på kort og lang sikt.

Samlet sett er vår vurdering at finansieringen av TOO-tilbudet ikke er i samsvar med formålet med tilskuddsordningen (god tannhelse i målgruppene). Dette til tross for at finansieringen har økt jevnt siden oppstarten med tilskuddsordningen i 2011. Til det er ventetidene for lange. Blant annet som følge av at TOO-tilbudet tilbudet ikke ser ut til å være tilstrekkelig tilpasset etterspørselen etter behandlingstjenestene i TOO-tilbudet.

E18: Tilskuddsmottakere har etterlevd kravene i tilskuddsordningen

Om vi tar utgangspunkt i ventetidene som er definert i tilskuddsregelverket for TOO, etterlever ingen av tilskuddsmottakerne alle kravene i tilskuddsordningen.

Som beskrevet under evalueringskriteriet E12, er det ingen av tilskuddsmottakerne som overholdte alle maksgrensene for ventetidene i 2018-2020. 11 av 16 tilskuddsmottakere innfridde maksgrensen for ventetiden fra vurderingssamtale til oppstart behandling i tverrfaglig behandling. Det skyldes at de har valgt å tilby vurderingssamtale til pasientene først når tverrfaglig team er tilgjengelig. Begrunnelsen for dette valget er at man ønsker å unngå frafall hvis ventetiden fra vurderingssamtale til oppstart av behandling er for lang.

Tilskuddsmottakerne skal også etterleve rapporteringskravene som er definert i tilskuddsregelverket. Rapporteringskrav ol ses som regel på som ulempekostnad ved tilskuddsordninger. I intervjuene sier tilskuddsmottakerne at de opplever rapporteringskravene som tid- og ressurskrevende. I tillegg kommer det frem at tilskuddsmottakerne opplever at Helsedirektoratet i liten grad bruker dataene som rapporteres. Helsedirektoratet opplyser imidlertid at de bruker den årlige rapporteringen i dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet ved blant annet å vurdere måloppnåelsen for tilskuddsordningen, samt at tall fra rapporteringene deles med alle tilskuddsmottakere. I tillegg gjennomgås regnskap og revisjonsberetning for godkjenning.

Det fremstår i så måte som at dialogen mellom Helsedirektoratet og tilskuddsmottakerne omkring bruken av årsrapportene kan bli bedre. Dette vil kunne bidra til å motivere tilskuddsmottakerne til å prioritere rapporteringen høyere. Dette er viktig siden vi observerer at rapporteringen fra tilskuddsmottakerne er noe mangelfull. Dette gjelder for både kompetansesentrene og fylkeskommunene. På enkelte områder mangler det tall og det rapporteres ikke på alle delmål som det er stilt krav til fra Helsedirektoratet i regelverket for

tilskuddsordningen. Dette medfører at kunnskapsgrunnlaget om TOO-tilbudet svekkes og grunnlaget for oppfølging av TOO-tilbudet svekkes. I tillegg virker det som at de innrapporterte dataene kunne i større grad ha blitt brukt til å genere innsikt i og kunnskap om TOO-tilbudet, som i sin tur kunne blitt brukt til å forbedre tilbudet. Her er det også en fordel om dialogen mellom tilskuddsmottakerne og Helsedirektoratet kunne vært bedre slik at man kunne sammen blitt enige om nyttige analyser og bruksområder, samt tydelig ansvarsfordeling.

Samlet sett vil det være det hensiktsmessig at tilskuddsmottakerne og Helsedirektoratet har en gjennomgang av dagens rapporteringskrav, samt dialog rundt bruken av den innrapporterte informasjon. Målet med gjennomgangen bør være å komme frem til et forholdsmessig rapporteringsomfang sammenlignet med Helsedirektoratets behov for å følge opp TOO-tjenesten.

E19: Helsedirektoratet har en god forvaltning av tilskuddsordningen

I henhold til DFØs definisjon innebærer tilskuddsforvaltning [...] administrasjon av tilskuddsordninger og enkeltstående tilskudd, og omfatter blant annet utlysning, saksbehandling, tildeling, kontroll, oppfølging og vurdering av måloppnåelse. En sentral forutsetning DFØ trekker frem for god tilskuddsforvaltning er utformingen av tilskuddsordningen, herunder regelverket som legger premissene for ordningen. I denne sammenhengen er det viktig at regelverket blant annet beskriver mål og målgruppe for tilskuddsordningen, kriterier for måloppnåelse, tildelingskriterier, oppfølging og kontroll og evaluering av tilskuddsordningen. DFØ presiserer at det er viktig at hovedelementene er tydelige, både for potensielle tilskuddsmottakere og tilskuddsforvaltere, da de legger grunnlaget for en effektiv forvaltning av ordningen. En god utforming av hovedelementene er helt sentralt for at målet for tilskuddsordningen skal kunne nås.

Vår vurdering er at regelverket for tilskuddsordningen i TOO-tilbudet fra 2018 er overordnet utarbeidet på en god måte. Regelverket gir en beskrivelse av tilskuddsordningen i tråd med DFØs anbefalinger og inneholder bl.a. beskrivelse av mål og målgruppe for tilskuddsordningen, kriterier for måloppnåelse, tildelingskriterier, oppfølging og kontroll og evaluering av tilskuddsordningen.

Vi vil imidlertid påpeke at det hadde vært en fordel om delmålene i regelverket hadde vært operasjonalisert for å gjøre tilskuddsmottakerne mer bevisst på hva delmålene innebærer. Dette gjelder særskilt delmålene d, e, f og g som omhandler systematisk oppbygging av kunnskap, samarbeid med regionale ressursentre mm., videreutvikling av nasjonalt faglig nettverk innenfor området og tverrfaglig samhandling mellom behandlerteam og øvrig helsetjeneste. Se øvrig omtale under E15 og E16.

Vi mener også at kriteriene for måloppnåelse i regelverket burde vært bedre operasjonalisert. Slik kriteriene foreligger fremstår de som indikatorer uten definerte mål, noe som gjør det vanskelig å avgjøre i hvilken grad tilskuddsmottakere innfrir måloppnåelsen eller ikke. Et av kriteriene for måloppnåelse er eksempelvis "Antall behandlede pasienter i forhold til befolkningen i regionen/fylket, f.eks per 1000 innbyggere". I dag rapporterer tilskuddsmottakere på antall behandlede pasienter i forhold til en befolkningsstørrelse, men det er ikke tilstrekkelig i seg selv for å vurdere måloppnåelsen til den enkelte tilskuddsmottaker. Dersom det for eksempel settes en minimumsgrense som tilskuddsmottakerne må innfri eller et intervall de burde holde seg innenfor, vil det være mulig for direktoratet og tilskuddsmottakerne å vurdere den konkrete måloppnåelsen.

Helsedirektoratet har valgt en forsiktig linje med hensyn til hvor tett på de skal være tilskuddsmottakerne og hvordan de organiserer og utvikler TOO-tilbudet. Dette har de gjort ved å gi presiseringer av regelverket og hatt dialog med tjenesten. Etter at tjenesten organiserte seg med en koordineringsgruppe har dialogen om TOO-tilbudet i hovedsak gått gjennom dette gruppen. Dette var en løsning tilskuddsmottakerne forsto og ønsket selv.

Generelt sett er det en utfordring i ansvarsfordeling mellom offentlige forvaltningsnivåer og dette kommer også til syne i TOO-tilbudet mellom stat og fylkeskommune. Fylkeskommunene har et selvstendig ansvar med å utvikle tjenestene og staten skal ikke legge føringer for hvordan dette skal gjøres. Årsaken til dette er at fylkeskommunene er selv de beste til å identifisere og tilpasse tjenestene etter sine forhold, organisasjon m.m. Det er derfor forståelig at Helsedirektoratet har valgt en forsiktig linje i forhold til utviklingen av TOO-tilbudet. En åpenbar konsekvens av dette valget er at TOO-tilbudet har utviklet seg ulikt på tvers av landet og det er opptil TOO-tjenesten selv hvor likt det blir på tvers av regionene.

I intervjuene er det enkelte som argumenterer at TOO-tilbudet hadde vært mer helhetlig enn i dag med en sterkere statlig styring. Vår tolkning av dette er at tilskuddsmottakerne etterspør tydeligere retningslinjer eller signaler fra Helsedirektoratet om hvordan TOO-tilbudet burde organiseres og utvikles. Denne dialogen er lagt til den nasjonale koordineringsgruppen. En utfordring er imidlertid at den nasjonale koordineringsgruppen ikke har beslutningsmyndighet på vegne av tilskuddsmottakerne, men er konsensusbasert. Dette gjør koordinering på tvers av fylkeskommuner og avgjørelser i fellesanliggende forhold ved tjenesten utfordrende. En tettere dialog vil kreve mer ressurser og et tydeligere mandat for den nasjonale koordineringsgruppen. Dette ville styrket koordineringsgruppens muligheter til å arbeide systematisk med å koordinere koordinere og utvikle TOO-tilbudet.

Samlet sett er vår overordnede vurdering at tilskuddsforvaltningen er innenfor de forventninger som er stilt. Imidlertid er det nyttig om Helsedirektoratet går gjennom delmålene og kriteriene for måloppnåelse i regelverket med tanke på en tydeligere operasjonalisering. Dette vil skape mer bevissthet om delmålene og kriteriene. Vår vurdering er at det også kan være hensiktsmessig med en gjennomgang av koordineringsgruppens mandat og finansiering, herunder finne eventuelle forbedringstiltak der det er mulig å gjennomføre.

Samlet vurdering og anbefalinger

Samlet vurdering

Det tilrettelagte tannhelsetilbudet for personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi ("TOO-tilbudet") fremstår som et viktig tilbud for personene i målgruppene. Behandlingen gir pasientene bedre tannhelse, hjelper pasientene med å mestre utfordringene de har med å gå til tannlegen og det har positive ringvirkninger til andre deler av livet. Dette stadfestes både av pasientene selv, ansatte i TOO-tilbudet og andre aktører som har tilknytning til tilbudet.

TOO-tilbudet er resultat av et omfattende nybrotsarbeid. Fylkeskommuner og regionale odontologiske kompetansesentre har fra bunn av bygd opp et landsomfattende tverrfaglig pasienttilbud til utsatte grupper i samfunnet. Det eksisterer få tilsvarende tilbud i andre land som tjenesten har kunne lære av. Pionerarbeidet bør være til inspirasjon for øvrig helse- og omsorgstjeneste.

Overordnet har regionene organisert tilbudet likt gjennom tverrfaglige team og tannbehandlerteam. Når det gjelder utøvelse av tilbudet i praksis, er det forskjeller mellom regionene. Vi har ikke avdekket beste-praksis i en spesifikk region, men vi har identifisert noen suksessfaktorer på tvers av landet:

- Lavterskeltilbud - pasientene kan henvende seg direkte til tjenesten og bli vurdert
- Utarbeide individuell mestringsplan og tannbehandlingsplan til hver pasienten
- God kommunikasjon mellom tverrfaglig team og tannbehandlerteam
- Forventningsavklare pasientene i forkant av behandlingen
- Bistå pasientene i overgang til ordinær tannlege i etterkant av tannbehandling
- Stabil bemanning
- Velfungerende fagmiljø
- Ikke for lave og ikke for høye stillingsprosjenter
- God opplæring og kontinuerlig kompetanseutvikling
- Nasjonale retningslinjer og behandlingsveiledere
- Arenaer for utveksling av erfaringer på tvers av team

TOO-tilbudet har eksistert i snart ti år og sett under ett har tjenesten klart å bygge opp en del kunnskap om målgruppen og behandlingsmetoder gjennom ulike kunnskapsoppbyggings- og forskningsaktiviteter. Det er imidlertid opparbeidet lite kunnskap om den langsiktige effekten av tilbudet. Det har ikke vært gjennomført vitenskapelige studier som forsøker å avdekke kausale effekter av tilbudet. Med lite innsikt i effektene av tilbudet svekkes beslutningsgrunnlaget til Helse- og omsorgsdepartementet når de skal ta stilling til om tilbudet skal videreføres.

Det er enkelte forhold ved TOO-tilbudet - interne og eksterne - som i kombinasjon medfører at tilbudet ikke fremstår optimalt innrettet. For det første er inklusjonskriteriene brede. Det innebærer at mange personer i målgruppene kvalifiserer til tilbudet og få avvises. Når i tillegg kjennskapet til tilbudet fremstår som lav og varierende i målgruppene, helse- og omsorgstjenesten og befolkningen generelt, er det grunn til å anta at den reelle etterspørselen etter tilbudet er høyere enn omfanget av pasienter i TOO-tilbudet så langt tilsier. For det andre er det indikasjoner på at TOO-tilbudet er underfinansiert. Kostnadene til behandling har vist seg å være betydelig høyere enn det som ble lagt til grunn da tilskuddsordningen ble etablert. Behandlingen er mer ressurs- og tidkrevende enn forespeilet før oppstart. Videre fremstår finansieringen gjennom en årlig tilskuddsordning uforutsigbar for flere av tilskuddsmottakerne. Det vanskeliggjør planleggingen av utbyggingen av TOO-tilbudet og det medfører at tilskuddsmottakerne blir mer forsiktige med å bygge opp kapasiteten. En ytterligere faktor som forstyrrer dimensjoneringen av tilbudet, er utfordringer med å rekruttere fagpersonell. Det rapporteres særskilt om vanskeligheter med å rekruttere psykologer til tverrfaglige team. Det er også

indikasjoner på at regionsreformen ikke er fullt ut implementert og at flere av regionene ikke har fått hentet ut alle synergieffektene av reformen.

Oppsummert peker disse forholdene i retningen av at dimensjoneringen av TOO-tilbudet og etterspørselen etter tilbudet er i ubalanse. Finansieringen av tilbudet er ikke i samsvar med formålet med tilskuddsordningen og det er grunnleggende kapasitetsutfordringer i tjenesten. Resultatet er at ingen av tilskuddsmottakerne innfrir maksgrensene for ventetidene og at det har oppstått svært lange ventetider i flere regioner. Den ytterste konsekvensen er at tilbudet til pasientene ikke blir likt på tvers av landet hvor både tilgjengeligheten og kvaliteten på behandlingen varierer mellom regioner.

Anbefalinger

For øke kunnskapsoppbyggingen i TOO-tilbudet ser vi behov for en mer systematisk tilnærming. Det burde etableres tilstrekkelige strukturer til å samle og tilrettelegge data som muliggjør deskriptive analyser og vitenskapelig forskning innenfor TOO-tilbudet. Den nasjonale faggruppen har hatt en sentral rolle i flere av de kunnskapsgenererende aktivitetene. Det bør vurderes om faggruppen kan gis mer ressurser til å utøve sin virksomhet og få et tydeligere nasjonalt ansvar innenfor kunnskapsoppbyggingen. Vi anbefaler også at forskning innenfor TOO-fagområder blir høyere prioritert. Særskilt burde det vitenskapelige arbeidet prioritere å avdekke den langsiktige effekten av tilbudet og hvilke behandlingsmetoder som har størst effekt. Vi er innforstått med at det er utfordringer som vanskeliggjør effektstudier, for eksempel at det er et stort spenn av behandlingsformer, og at det i større grad må legges til rette for forskning om det skal være realiserbart.

Forholdene som bidrar til at dimensjoneringen av tilbudet og etterspørselen etter TOO-tilbudet er i ubalanse, burde tilnærmes fra flere hold. Innad i tjenesten bør det jobbes kontinuerlig med forbedringer som kan bidra til økt kvalitet og effektivitet i TOO-tilbudet. Herunder bør det vurderes om det skal innføres tydeligere kriterier og rammer for behandlingen. Det kan bidra til å gjøre det lettere for fagpersonell å vurdere når pasientene er ferdigbehandlet i henhold til regelverket for tilskuddsordningen og gjøre det lettere å avgrense og forventningsstyre pasientene. Vedrørende erfaringsutveksling innad i tjenesten foreligger det strukturer hvor ledere av og ansatte i TOO-tilbudet kan lære av hverandre på tvers av team og regioner. Disse bør videreføres, samtidig som det er indikasjoner på at det er rom for økt erfaringsutveksling på tvers av regioner på flere nivåer (ledelsen, tverrfaglige team, tannbehandler-team) innenfor flere områder; organisering, innretning, behandlingsmetoder, kommunikasjonsmetoder m.m. Økt læring på tvers kan bidra til å skape innsikt og at det identifiseres flere suksesskriterier og beste-praksis. Når det gjelder utfordringene med rekruttering av fagpersonell, bør det utredes nærmere. Det er viktig å undersøke nærmere hva årsakene til rekrutteringsutfordringene er og se om det finnes evt. regionale og/eller nasjonale tiltak for å løse dem. En bærekraftig, stabil og tilstrekkelig fagkompetanse innenfor TOO-tilbudet er avgjørende for et kvalitetsmessig godt tilbud.

Når det gjelder finansiering av TOO-tilbudet, er det viktig med en forutsigbar finansiering for fylkeskommunene, kompetansesentrene og ikke minst pasientene. Vi registrer at det har blitt foreslått ulike måter å finansiere tilbudet på. I utredningsgrunnlaget til TOO-tilbudet (Helsedirektoratets rapport IS-1855) ble rammefinansiering over fylkeskommunenes budsjetter anbefalt. En slik løsning fordrer fortrinnsvis at personer som kvalifiserer til tilbudet burde få rettigheter i Tannhelsetjenesteloven på lik linje med andre prioriterte grupper. I en høring til Dokument 8:200S (2020-2021) har den nasjonale koordineringsgruppen foreslått en todelt finansieringsmodell. På den ene siden foreslår de at behandlingen i tverrfaglige team fortsatt finansieres som tilskudd eller kanskje på sikt rammefinansieres. For tannbehandlingen foreslår de å innføre et innslagspunkt 16 som finansierer tannbehandlingen hos pasienter med rettigheter etter gjeldende TOO-retningslinjer og som har vært gjennom behandlingsforløp i tverrfaglig team. Dette mener koordineringsgruppen vil gi et skreddersydd opplegg for god og forutsigbar gjennomføring av TOO-behandlingen. Vår anbefaling er at det gjøres en grundig utredning av de foreslåtte finansieringsmodellene hvor man også identifiserer eventuelle andre måter å finansiere tilbudet på. Utredningsinstruksen bør legges til grunn der både økonomiske og administrative forhold utredes.

For å skape balanse mellom tilbud og etterspørsel må bevilgningen til TOO-tilbudet samsvare med ambisjonsnivået i tilbudet. Dette kan tilnærmes på flere måter. Gitt at dagens formål med tilskuddsordningen (god tannhelse i målgruppene) og de nasjonale maksgrensene for ventetidene ligger fast, må man øke bevilgningen til TOO-tilbudet. Tiltak for å øke kapasiteten og effektiviteten i tilbudet vil redusere behovet for økte bevilgninger, samtidig som en antatt høyere underliggende etterspørsel etter tilbudet vil ha motsatt effekt. Alternativt, dersom dagens nivå på bevilgningen og kravene til ventetider ligger fast, må ambisjonsnivået reduseres. Dette kan for eksempel gjøres ved å innsnevre inklusjonskriteriene, heve terskelen for å komme inn i tilbudet eller innføre egenandel for behandlingen. Den tredje muligheten er å tillate lengre ventetider, som eventuelt kan kombineres med prioritering av pasienter etter behandlingsbehov. Det er også mulig å gjøre kombinasjoner av de ulike tilnærmingene. Vår anbefaling er at det må gjøres en helhetlig vurdering av TOO-tilbudet opp mot andre offentlig finansierte tannhelsetjenester. Omfanget på bevilgning til TOO-tilbudet vil til slutt avhenge av politiske prioriteringer.

Referanser

Angelus, N (2021) Innlegg i Speilet 1 knyttet til artikkelen "Tverrfaglig behandling for pasienter med psykiske helseutfordringer" i siste utgave av Tidende 2020.

Bjørkvik, J (2016) Tannlegen og pasienten: En oppfølgingsstudie av pasienter som har gjennomført behandling av tannbehandlingsangst. Den norske tannlegeforenings tidende, 2016; 126: 350-4.

Bryne E, Hean S, Evensen KB og Bull VH (2021) Exploring the Contexts, Mechanisms and Outcomes of a Dental Anxiety Service in Norway: A Realist Evaluation. Upublisert manuskript.

Dokument 8: 200S (2020-2021) Representantforslag om å sikre verdige og tilrettelagte tannhelsetjenester til mennesker som er blitt utsatt for tortur eller overgrep eller har odontofobi.

Erga AH, Kvernenes KV, Evensen KB og Vika ME (2017). Behandling av odontofobi for pasienter med post-traumatiske plager - en litteraturoversikt. Den norske tannlegeforenings tidende, 127: 682-6.

Folketrygdeloven (1997). Lov om folketrygd (LOV-1997-02-28-19).

Gunnes H, Rørstad K, og Wiig O (2014). Kartlegging og analyse av tannhelse- og odontologisk forskning i Norge. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. Rapport 48/2014.

Haugbo HO, Rydning L og Torper J (2018). Tilrettelagt tannhelsetilbud: Erfaringer med tverrfaglig behandling av pasient med sammensatt odontologisk og psykologisk problematikk. Den norske tannlegeforenings tidende, 128: 98-103.

Hauge MS, Stora B, Vassend O, Hoffart A, og Willumsen T (2021). Dentist-administered cognitive behavioural therapy versus four habits/midazolam: An RCT study of dental anxiety treatment in primary dental care. European Journal of Oral Sciences, Online Version of Record before inclusion in an issue, DOI: 10.1111/eos.12794.

Haukeland G, Jacobsen AE, Rønneberg A, og Willumsen, T. (2018). Åpent brev til politikere: Sak: Fra 1.1 2018 fjernet regjeringen mulighet for at tannlegepasienter med alvorlige tannskader som følge av angst for tannbehandling får dekning til rehabilitering av tennene etter folketrygdens § 6.

Helsedirektoratet (2010). Tilrettelagt tannhelsetilbud til mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. Rapport IS-1855.

Helsedirektoratet (2011). God klinisk praksis i tannhelsetjenesten (IS-1589).

Helsedirektoratet (2011). Regelverk for tilskuddsordning. Tilskudd til tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi.

Helsedirektoratet (2014). Føringer for etablering av tilrettelagt tannhelsetilbud til personer som har vært utsatt for tortur, overgrep eller som har odontofobi (TOO). Vedlegg til Helsedirektoratets brev til de regionale odontologiske kompetansesentrene datert 2.7.2013, revidert 12.02.2014.

Helsedirektoratet (2016). Regelverk for tilskuddsordning. Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi.

Helsedirektoratet (2019). Regelverk for tilskuddsordning. Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi.

Helsedirektoratet (2021). Regelverk for tilskuddsordning. Regionale odontologiske kompetansesentre.
Helsedirektoratet (2021). Presisering av inklusjonskriterier for TOO-tilbudet. Mail datert 19.april 2021. Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Oppdrag til Helsedirektoratet å bistå fylkeskommunene med etablering og oppbygging av tannlege-/psykologteam for utredning og eventuelt behandling av tortur- og overgrepsofsatte og pasienter med odontofobi.

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017-2027).

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). Oppdrag om evaluering av tannhelsetilbudet til personer utsatt for tortur, overgrep og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi) - tillegg til tildelingsbrev nr. 51.

Høyvik, AC, Lie B, Grijbovski AM og Willumsen T (2018). Oral Health Challenges in Refugees from the Middle East and Africa: A Comparative Study. Journal of Immigrant and Minority Health, DOI: 10.1007/s10903-018-0781-y.

Høyvik AC, Lie B og Willumsen, T (2019). Dental anxiety in relation to torture experiences and symptoms of post-traumatic stress disorder. European Journal of Oral Sciences, Volume 127, Issue 1.

Kranstad V, Søftestad S, Fredriksen TV og Willumsen T (2019). Being considerate every step of the way: a qualitative study analysing trauma-sensitive dental treatment for childhood sexual abuse survivors. European Journal of Oral Sciences, 127: 539–546.

Meld. St. 35 (2006-2007). Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester. Helse- og omsorgsdepartementet.

Myran L, Johnsen IB, og Lein JPÅ (2019). Behandlerhåndbok for TOO-tannbehandlersteam. Kompetansesenteret Tannhelse Midt.

Myran L og Johnsen IB (2019). Pasienthåndbok i odontofobi. Kompetansesenteret Tannhelse Midt.

Nasjonal koordineringsgruppe for TOO. Dokument 8: 200S (2020-2021) Høringsuttalelse fra nasjonal koordineringsgruppe.

Nasjonal koordineringsgruppe for TOO (2020). Mandat nasjonal koordineringsgruppe TOO. Nasjonal faggruppe for TOO (2020). Mandat nasjonal faggruppe for TOO.

Nermo, H, Willumsen T og Johnsen J-A (2019). Changes in dental anxiety among 15- to 21-year-olds. A 2-year longitudinal analysis based on the Tromsø study: Fit futures. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 47(2); 127-133.

Nermo H, Willumsen T og Johnsen J-A (2018) Prevalence of dental anxiety and associations with oral health, psychological distress, avoidance and anticipated pain in adolescence: a cross-sectional study based on the Tromsø study, Fit Futures. Acta Odontologica Scandinavica, DOI: 10.1080/00016357.2018.1513558.

Nordland fylkeskommune (hentet 2021). Informasjonsskriv om TOO-team i Nordland.

Norsk forening for odontofobi (NOFOBI) (2021). Vedrørende TOO-tilbudet. Brev til PwC og Helsedirektoratet.

NOU 2005:11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop 1S (2011 - 2012). Statsbudsjettet. Finansdepartementet.

Prop 1S (2012 - 2013). Statsbudsjettet. Finansdepartementet.

Prop 1S (2013 - 2014). Statsbudsjettet. Finansdepartementet. Prop 1S (2014 - 2015). Statsbudsjettet. Finansdepartementet.

Prop 1S (2015 - 2016). Statsbudsjettet. Finansdepartementet.

Prop 1S (2016 - 2017). Statsbudsjettet. Finansdepartementet.

Prop 1S (2017 - 2018). Statsbudsjettet. Finansdepartementet.

Prop 1S (2018 - 2019). Statsbudsjettet. Finansdepartementet.

Prop 1S (2019 - 2020). Statsbudsjettet. Finansdepartementet.

Prop 1S (2020 - 2021). Statsbudsjettet. Finansdepartementet.

Sekkeseter, Randi (2021). Slik ble "Pia" kvitt tannlegeskrekken. Tannhelsetjenestens kompetansesentre.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). Høringsuttalelse for NOU 2005:11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet.

Stortinget (2008). Anmodningsvedtak 392 fra stortingssesjonen 2007-2008.

Strom K, Ronneberg A, Skaare AB, Espelid I, Willumsen T (2015) Dentists' use of behavioural management techniques and their attitudes towards treating paediatric patients with dental anxiety. European Archives of Paediatric Dentistry, 16(4):349–55.

Søftestad S, Kranstad V, Fredriksen TV og Willumsen T (2020). Invading Deeply into Self and Everyday Life: How Oral Health-Related Problems Affect the Lives of Child Sexual Abuse Survivors, Journal of Child Sexual Abuse, 29:1, 62-78, DOI: 10.1080/10538712.2019.1682096.

Tannhelsetjenestens kompetansesentre (2018) Behandlerveileder for tverrfaglig TOO-team. Versjon 3.0, 2018.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt (2021) Retningslinje for overføring av pasienter fra tverrfaglig behandler-team til private tannbehandler-team i TOO-prosjektet.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt og Trøndelag fylkeskommune (2020). Samarbeidsavtale om TOO.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest (mottatt 2021). Overordna dokument for struktur, leing og ansvarsområder innanfor TOO.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest (mottatt 2021). TOO før og ny modell. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (2021). Organisasjonskart TOO. Tannhelsetjenesteloven (1983). Lov om tannhelsetjenesten (LOV-1983–06–03). Tilskuddsmottakere til TOO-tilbudet. Årlige rapporteringer til Helsedirektoratet 2012 - 2020

Varvin T, Søftestad S, Kranstad V og Willumsen T (2020). Preparing for attack and recovering from battle: Understanding child sexual abuse survivors' experiences of dental treatment. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2020, 48(4): 317-327, DOI: 10.1111/ cdoe.12536.

Vedlegg til Helsedirektoratets brev til de regionale odontologiske kompetansesentrene datert 2.7.2013, revidert 12.02.2014: Føringer for etablering av tilrettelagt tannhelsetilbud til personer som har vært utsatt for tortur, overgrep eller som har odontofobi (TOO).

Vedlegg og PDF-versjon

[Evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi \(«TOO-tilbudet»\) \(PDF\)](#)

[Vedlegg A - Spørsmål fra Helsedirektoratet \(PDF\)](#)

[Vedlegg B - Spørreundersøkelser \(PDF\)](#)

[Vedlegg C - Referansegruppe \(PDF\)](#)

[Vedlegg D - Intervjuobjekter \(PDF\)](#)

