

Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001 – 2003

*Futt-prosjektet
Samlerapport*

Heftets tittel: **FORSØKSORDNING MED UTVIDET FYLKESKOMMUNALT
TILBUD OM TANNHELSETJENESTER 2001 - 2003**
(Samlerapport)

Utgitt: Desember 2004

Bestillingsnummer: IS-1231

Utgitt av: Sosial - og helsedirektoratet
Kontakt: Avd. for Primærhelsetjeneste(TPH)
Pb. 7000 St. Olavsplass, 0130 Oslo
Universitetsgata 2, OSLO

Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial - og helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68 (tirs-tors 12-14)
Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1231

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverkslovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Sosial- og helsedirektoratet er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Utnyttelse i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med påtale.

Denne samlerapporten inneholder følgende delrapporter:

- Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester
Futt-prosjektet 2001–2003
Kvantitativ evaluering
- Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester
Futt-prosjektet 2001–2003
Kvalitativ evaluering
- Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester
Futt-prosjektet 2001–2003
Baselinerapport

Oppsummering av delrapportene finnes i **Sluttrapporten** publisert i IS-1230

***FORSØKSORDNING MED
UTVIDET FYLKESKOMMUNALT
TILBUD OM TANNHELSETJENESTER
2001-2003***

Futt-prosjektet

Kvantitativ evaluering

Forord

Futt-prosjektet¹ ble iverksatt som et tilbud til grupper av personer som mottar eller har krav på kommunale hjelpetjenester.

I oppdraget fra daværende Sosial- og helsedepartementet ble det beskrevet ønskede resultater fra forsøksordningen. Det var resultater i forhold til:

- Målgruppenes størrelse
- Tannhelsetilstand hos målgruppene
- Behov for forebyggende tiltak, herunder opplæring i egenomsorg, og kostnadsberegning av forebyggende tiltak.
- Behov for nødvendig tannbehandling, og kostnadsberegning av behandlingen med og uten egenandeler.

For å ivareta dette ble det nedsatt en arbeidsgruppe bestående av følgende medlemmer:

- Professor *Tony Axéll*
- Doktorgradsstipendiat, cand.odont, *Birgitte Moesgaard Henriksen*
- Seniorrådgiver i SSB *Thomas Hoel*
- Overtannpleier *Eva Rydgren Krona*
- Rådgiver *Hilde Vogt Toven*, Sosial- og helsedirektoratet

Arbeidsgruppen utarbeidet et registreringsskjema som ble brukt ved registrering av munn- og tannhelse hos pasientene. Kartleggingen ble utført av tannpleierne i fylkene. Det ble gjennomført opplærings- og kalibreringskurs slik at kartleggingen ble utført mest mulig likt i alle tre fylker. Det ble gjennomført to kartlegginger, både i 2002 (som er nærmere beskrevet i Baseline-rapporten) og i 2003.

Denne rapporten gir en oppsummering fra kartleggingen både i 2002 og 2003, samt fra fylkenes rapporteringer om kostnader og tid brukt til forebygging og behandling.

Takk til tannpleierne som har stått for den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen og til prosjektlederne i fylkene for godt samarbeid. Takk til arbeidsgruppen for gode innspill og en spesiell takk til Thomas Hoel som har stått for datainnsamling og sammenstilling, og for alt tallmaterialet og grafer brukt i denne rapporten.

Juni 2004



Hilde Vogt Toven

sentral prosjektleder

¹ Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester

Innhold

1	Bakgrunn	9
2	Om Futt-prosjektet	9
2.1	Utvalg av fylkeskommuner og kommuner	9
2.2	Mål for forsøksordningen	10
2.3	Hensikt med forsøksordningen	10
2.4	Målgrupper.....	10
2.5	Prosess for utvalg og avgrensing av målgrupper	11
2.6	Taushetsplikt.....	11
2.7	Kartlegging av tannhelse, forebyggende tiltak og nødvendig tannbehandling	11
2.7.1	Første kartlegging av tannhelse	11
2.7.2	Andre gangs kartlegging av tannhelse	12
2.8	Samtykke	12
2.9	Ordinær/nødvendig tannbehandling.	12
3	Kvantitative resultater	12
3.1	Kartlegging i 2002	12
3.1.1	Målgruppene	12
3.1.2	Generell helse	13
3.1.3	Munn- og tannhelse	13
3.1.4	Behandlingsbehov.....	13
3.2	Kartlegging i 2003, andre gangs kartlegging.....	14
3.2.1	Målgruppenes størrelse, frafall og alderssammensetning.....	14
3.2.2	Endringer i helsetilstand og tannhelsetilstanden hos målgruppene fra 2002 til 2003	18
3.3	Oppsummering av kartlegging i 2002 og 2003	23
3.3.1	Målgruppenes størrelse	23
3.3.2	Munn og tannhelse hos målgruppene	23
3.3.3	Behovet for behandling.....	23
4	Økonomi i prosjektet	24
4.1	Generelt.....	24
4.2	Tildeling til fylkene	24
4.3	Prosjektkostnader.....	25
4.4	Forebyggings- og behandlingskostnader	25
5	Egenandeler	25
6	Kostnadsvurdering av tannhelsetilbudet.....	25
6.1	Beregnet tannpleier- og tannlegetid.....	26
6.2	Avtaler med private tannleger.....	27
6.3	Fylkesvise forskjeller i behandlingskostnader.....	28
6.4	”Ikke møtt”-problematikken	28
6.5	Behandlingskostnader i prosjektet	28
6.6	Forhold som kan påvirke kostnadene ved tannbehandling.....	30
7	Kostnader og nytteeffekten av tilbudet.....	31
7.1	Kjennetegn ved målgruppene	31
7.1.1	Gruppe E10 og E11, Personer med kommunale hjemmetjenester eller som pleies av pårørende.	31
7.1.2	Gruppe E12 Personer i rusmiddelomsorgen.	32
7.1.3	Gruppe E13 Personer under psykisk helsevern.	32
7.2	Velferdseffekten av tilbudet	32
7.3	Fordelingseffekten av tilbudet	32

8	Oppsummering.....	33
8.1	Bakgrunn.....	33
8.2	Kartlegging	33
8.3	Finansiering og organisering	34
8.4	Fordelingseffekt.....	34
VEDLEGG 1		35
	Deltakelse og frafall i 2002	35
	Deltakelse og frafall i 2003	35
VEDLEGG 2		36
	Kostnadsvurdering	36
	Innledning.....	36
	Målsetting.....	36
	Avgrensing	36
	Forutsetninger.....	36
	Valg av metode.....	36
	Kostnadsvurdering i 7 trinn.....	39
	Analysen.....	39
	Trinn 1 – Inndeling i utvalgsgupper	39
	Trinn 2 – Inndeling i rekrutteringsgrupper.....	40
	Trinn 3 – Beregning av rekrutteringspotensialet.....	41
	Trinn 4 – Beregning av rekrutteringspotensiale på landsbasis	43
	Trinn 5 – Estimering av målgrupper på landsbasis	45
	Trinn 6 – Beregning av behandlingsbehov per person.....	46
	Trinn 7 – Grunnlag for kostnadsberegning	50
	Noen ord om gyldigheten til kostnadsestimatet	51

1 *Bakgrunn*

I Statsbudsjettet for 2001 foreslo Sosial- og helsedepartementet at det ble iverksatt en forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester til personer som får kommunal hjemmetjeneste. I forbindelse med behandling av budsjettet vedtok Stortinget at det ble igangsatt en slik forsøksordning og bevilget midler til dette. Forsøksordningen skulle gå over tre år, herav to gjennomføringsår. Statens helsetilsyn har i brev av 30. april 2001 fra Sosial- og helsedepartementet mottatt oppdraget. Oppdraget er beskrevet nærmere i et **Rammedokument** fra Sosial- og helsedepartementet. Det er utarbeidet prosjektbeskrivelse for forsøksordningen sentralt, samt prosjektbeskrivelser for hvert av deltakerfylkene. I forbindelse med omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen har Sosial- og helsedirektoratet fra 01.01.02 overtatt hovedansvaret for forsøksordningen.

2 *Om Futt-prosjektet*

2.1 Utvalg av fylkeskommuner og kommuner

Statens helsetilsyn valgte ut tre fylkeskommuner hvor det var ønskelig å gjennomføre forsøksordningen. Valget ble gjort ut fra følgende kriterier:

- Noe prosjekterfaring, men ikke ”gjengangere”.
- Bemanningssituasjon som gjør det mulig å gi et utvidet tilbud om tannhelsetjenester.
- Geografisk spredning.

På denne bakgrunnen ble følgende tre fylker gitt tilbud om deltakelse:

- Hedmark
- Vest-Agder
- Nord-Trøndelag

Alle landets fylkestannleger ble informert om prosessen og om hvilke fylkeskommuner som ble forespurte.

I de tre forespurte fylkeskommunene var fylkestannlegen positiv til prosjektet. I to fylker ble deltakelse fremmet som sak for helse- og sosialutvalget, mens det ble besluttet administrativt i det tredje fylket.

I hver fylkeskommune ble det valgt ut noen deltakerkommuner, i alt ti kommuner i de tre fylkene. Deltakerfylkene skulle ha kommuner som var tilnærmet lik hverandre både i innbyggerantall og ved at de representerte både by- og landkommuner.

Følgende kommuner har deltatt i forsøksordningen:

Hedmark:

- Hamar kommune
- Tynset kommune
- Trysil kommune

Vest-Agder:

- Vågsbygd bydel (Kristiansand)
- Marnardal kommune
- Lyngdal kommune

Nord-Trøndelag:

- Inderøy kommune
- Stjørdal kommune
- Frosta kommune
- Fosnes kommune

2.2 Mål for forsøksordningen

Futt-prosjektets mål og hensikt fulgte av **Rammedokumentet**.

Overordnet langsiktig mål (etter prosjekt slutter) :

Akseptabel oral helse hos definerte grupper (E10-E13) i prosjektet.

Akseptabel oral helse innebærer:

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

Prosjektmål (ved prosjektets avslutning)

- Tilfredsstillende utøvelse av egenomsorg.
- Tilfredsstillende hjelp til å ivareta daglig munnhygiene, ved behov.
- Målgruppene skal ha mottatt tilbud om ordinær tannbehandling i løpet av prosjektperioden.

Fylkene har i samarbeid operasjonalisert prosjektmålene til

- Daglig munnstell.
- Gjennomsnittlig BSI mindre eller lik fire.
- Daglig fluortilførsel for de med egne tenner.
- 80 % har takket ja til tannhelsetilbudet og av dem har 60 % behov for tannbehandling.
- Av de som har behov har 80 % gjennomført tannbehandling.

2.3 Hensikt med forsøksordningen

Hensikten med å iverksette forsøksordningen var kunnskapsoppbygging om målgruppenes omfang, tannhelseforhold og behandlingsbehov. Videre var hensikten å prøve ut modeller for hvordan en utvidelse av offentlige tannhelsetjenester til nye grupper kunne organiseres, administreres og finansieres, med sikte på en senere vurdering av en eventuell landsomfattende utvidelse av tannhelsetilbudet.

Gjennom forsøksordningen skulle man bl. a ha følgende kvantitative resultater;

- Tannhelsetilstand hos målgruppene
- Behov for forebyggende tiltak
- Behov for nødvendig tannbehandling

2.4 Målgrupper

I **Rammedokumentet** fra Sosial- og helsedepartementet ble målgruppene beskrevet som;

- Brukere av andre kommunale hjemmetjenester enn hjemmesykepleie
- Personer med pleiebehov som ivaretas av pårørende
- Personer under rusmiddelomsorgen eller lov om psykisk helsevern, som ikke har rettigheter etter lov om tannhelsetjeneste.

Med disse føringene ble målgruppene definert som:

- E10, Brukere av andre kommunale hjemmetjenester enn hjemmesykepleie
- E11, Personer med et pleiebehov som ivaretas av pårørende (og som kvalifiserer til kommunale tjenester).
- E12, Personer i rusmiddelomsorgen
- E13, Personer under psykisk helsevern

Fra sentralt hold ble det i tillegg bestemt at de kriteriene som ble satt for tildeling av tannhelsetjenester skulle ta utgangspunkt i følgende generelle avgrensninger:

- Personene skal ikke ha rettigheter etter lov om tannhelsetjenesten.
- Gruppe E10 defineres etter lov om sosiale tjenester § 4-3 jfr § 4-2 a).

- I gruppe E11 skal inngå både de som ville være kvalifisert til tjenester i gruppe E10, samt de som ville være kvalifisert til kommunal hjemmesykepleie eller institusjonsopphold jfr kommunehelsetjenesteloven og jfr tannhelsetjenesteloven § 1—3c).
- Gruppe E12 defineres i henhold til lov om sosiale tjenester kap. 4 og kap. 6.
- Gruppe E13 defineres etter lov om psykisk helsevern og lov om sosiale tjenester kap. 4
- Prinsippene i vederlagsforskriften § 2 skal legges til grunn så langt det er mulig.

2.5 Prosess for utvalg og avgrensing av målgrupper

Det var behov for nærmere konkretisering/avgrensing av målgruppene for å definere pasienter inn eller ut av prosjektet. Tannhelsetjenesten har i samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten konkretisert målgruppene ytterligere. Også brukergrupper har deltatt i dette arbeidet. Dette har vært viktig både for å skape legitimitet og eierskapsfølelse til prosjektet. Spesielt viktig er det at kommunene ved helse- og sosialtjenesten var delaktige i å definere og avgrense målgruppene, fordi tilbudet formidles av den kommunale tjenesten. Når pasienten hadde samtykket skriftlig til å delta ble tannhelsetjenesten kontaktet. For noen av målgruppene var det også viktig at det var kontaktpersoner som fulgte opp, både i forhold til oppmøte på tannklinikken, og for å bistå den daglige munnhygien.

2.6 Taushetsplikt

Gjennom prosjektet skulle man finne en egnet måte å ivareta personellens taushetsplikt på uten at dette går ut over pasientenes rettigheter. Det er flere yrkesgrupper involvert i Futt-prosjektet. Her er helsepersonell, sosialpersonell, kommuneansatte og tannhelsepersonell. Flere lover vil regulere forholdene rundt taushetsplikt. For helsepersonell og tannhelsepersonell gjelder reglene om taushetsplikt i Helsepersonelloven kapittel 5, for sosialpersonellet følger taushetspliktsreglene av Sosialtjenesteloven § 8-8. Forvaltningslovens regler om taushetsplikt gjelder for enhver som utfører tjeneste for et forvaltningsorgan. Profesjonslovgivningen og spesiallovgivningen går noe lenger i kravet til taushetsplikt enn forvaltningslovens regler.

Tilbudet i Futt-prosjektet er blitt organisert slik at taushetsplikten ivaretas. Informasjon om pasienten ble først overlevert tannhelsetjenesten når pasienten hadde samtykket til ordningen og var tilstrekkelig informert om den. Det var den kommunale tjenesten pasienten ”tilhørte” som formidlet tannhelsetilbudet og det var den som til enhver tid hadde oversikt over hvem som kvalifiserte for ordningen. Helse- og sosialtjenesten forsikret seg om at pasienten hadde forstått tilbudet. Pasienten samtykket skriftlig på tilbudet, og navn, adresse, alder og målgruppetilhørighet ble overlevert tannhelsetjenesten. Kontakten mellom tannhelsetjenesten og pasienten var etablert, og det ble satt opp time på tannklinikken.

2.7 Kartlegging av tannhelse, forebyggende tiltak og nødvendig tannbehandling

For å kunne kartlegge munn- og tannhelsen i prosjektet ble det nedsatt en arbeidsgruppe som utarbeidet et kartleggingsskjema til dette formålet. Det ble laget et dataprogram hvor dataene ble bearbeidet og sammenstilt. For å oppnå en lik og sikker vurdering i alle tre fylkene var det opplæring og kalibreringskurs både lokalt og sentralt. Kalibreringen ble gjentatt i andre prosjektår.

Ved registrering/kartlegging av munn- og tannhelse er det brukt bl.a. en indeks kalt BSI = Belegg og slimhinneindeks. Denne indeksen er også benyttet ved andre større nasjonale undersøkelser for kartlegging av munn- og tannhelse hos blant annet eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie eller institusjon.

2.7.1 Første kartlegging av tannhelse

Kartlegging av pasientens tannhelse ble gjort første gang pasienten var inne på klinikken. Det var ønskelig å få kartlagt munn- og tannhelse hos målgruppene som kunne gi et bilde over hvordan situasjonen var og hvilket behandlingsbehov som gruppene hadde.

2.7.2 Andre gangs kartlegging av tannhelse

Tilnærmet ett år etter første gangs kartlegging ble pasientene tatt inn til ny kartlegging. Med denne kartleggingen ønsket man å registrere eventuelle endringer både i munn- og tannhelse, samt behovet for tannbehandling. Riktignok er ett år i korteste laget for å se endringer i munn- og tannhelse etter intervensjon, men prosjektet skulle gjennomføres i løpet av to år, så i siste del av 2003 var de samme pasientene som var inne til første gangs kartlegging til ny kartlegging. Frafallet ved andre gangs kartlegging var større enn første gang.

2.8 Samtykke

Gjennom Futt-prosjektet skulle man kartlegge munn- og tannhelse fordelt etter målgruppe. Gjennom kartleggingen ville det komme frem informasjon som berører pasientens personlige forhold. Den delen av forsøksordningen som har med kartlegging av pasientenes munn- og tannhelse å gjøre ble meldt til Datatilsynet. Videre ble det opprettet systemer for datasikkerhet og anonymisering, det ble også etablert manuelle lister med kopling mellom person og serienummer. Disse listene skulle oppbevares forsvarlig (nedlåst) og slettes når kartleggingen var gjennomført.

Videre ble det utviklet et samtykkeskjema som inneholdt nødvendig informasjon om forsøksordningen, og hvor pasienten samtykket til vilkårene før det ble tatt kontakt med tannhelsetjenesten.

Det ble informert om prosjektet til de etiske komiteene i fylkene.

2.9 Ordinær/nødvendig tannbehandling.

I **Rammedokumentet** var det beskrevet at tilbudet om tannhelsetjenester skulle inneholde:

1. Forebyggende munnpleie etter den enkeltes behov.
2. Ordinær tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten eller hos privat tannlege. Begrepet ordinær tannbehandling følger en definisjon gitt i retningslinjer for tannhelsetjenester til asylsøkere og flyktninger (I-29/99).

Den norske tannlegeforening (NTF) hadde utarbeidet faglige kriterier ved bevilgning av offentlige midler til tannbehandling. Disse kriteriene er mer detaljerte og konkrete enn beskrivelsen som følger av rundskrivet I-29/99. De tre fylkene så behovet for en konkretisering og la derfor kriteriene som følger NTFs kriterier for nødvendig tannbehandling til grunn for den tannbehandlingen som ble gitt gjennom prosjektet.

3 Kvantitative resultater

Gjennom forsøksordningen skal man få økt kunnskap om målgruppens omfang, generell helse, munn- og tannhelse og behandlings behov. I 2002 fikk alle pasienter som takket ja og møtte opp på tannklinikken kartlagt sin munn- og tannhelse. I alt 817 pasienter var inne til slik kartlegging. Baselinerapporten baserer seg på kartlegging av 752 stykker, fordi det tok noe tid å få inn de siste pasientene til kartlegging. Et felles registreringsskjema ble brukt, hvor det var spørsmål om generell helse, spørsmål knyttet til subjektiv opplevelse av munn- og tannhelse, registrert munn- og tannhelse og registrering av behov for nødvendig og akutt tannbehandling. Resultatene fra kartleggingen i 2002 finnes i egen baselinerapport.

3.1 Kartlegging i 2002

3.1.1 Målgruppene

Dersom man antar at helse- og sosialtjenestens rapportering over antall personer i målgruppene er representativ (per 31/12-02) er det ca 50 % som aktivt deltok i prosjektet ved at de møtte opp til kartlegging/undersøkelse (817 stykker av 1627 i 2002). Av de undersøkte tilhører de yngste personene Rusmiddelomsorgen, mens gruppen med Hjemmebaserte tjenester domineres av de eldste.

3.1.2 Generell helse

Totalt oppleves den selvopplevde generelle helsen som god eller middels god. Personer i Rusmiddelomsorgen opplever sin helse best (nærmere god), mens de i gruppene under Psykisk helsevern og Hjemmebaserte tjenester opplever helsen sin som nærmere middels.

3.1.3 Munn- og tannhelse

Når det gjelder forekomst av egne tenner og proteser, er det store forskjeller mellom målgruppene. Det er flest med egne tenner hos personer i Rusmiddelomsorgen og under Psykisk helsevern. Blant dem med Hjemmebaserte tjenester har nærmere 60 % en form for protese (hel-/delprotese). Denne fordelingen er ikke uventet da de yngste undersøkte tilhører Rusmiddelomsorgen og de eldste tilhører Hjemmebaserte tjenester. For dem med flest egne tenner forventes et større behandlingsbehov enn hos dem med kun protese.

Medisinbruk kan påvirke tann- og munnhelsen. Bruk av en eller flere medisiner kan bl.a. føre til munntørrehet (mangel på spytt), som igjen kan føre til økt forekomst av karies (hull i tennene) og problemer med å spise/tygge/svelge. Det kan også gi økt risiko for infeksjoner (bl.a. soppinfeksjoner) i munnhulen da det naturlige miljøet endres pga mangel på spytt. Infeksjoner i munnhulen påvirker den generelle helsen. Munntørrehet kan føre til problemer med å snakke (mangler den smørende effekten på munnslimhinnen) som igjen kan påvirke personens sosiale liv. Gjennomsnittlig rapporterer de undersøkte om bruk av ca 3 medisiner daglig. I Rusmiddelomsorgen rapporterer de om færre daglige medisiner enn de i de øvrige gruppene. Kvinner bruker flere medisiner enn menn, og medisinbruken øker med stigende alder.

Målt munntørrehet og spørsmål om følelse av munntørrehet viser at i gruppen med Hjemmebaserte tjenester (de eldste undersøkte) er det mer munntørrehet enn i de andre gruppene. Kvinner er mer munntørre enn menn, og munntørrehet øker med stigende alder. Dette er i tråd med at kvinner bruker flere medisiner (som kan føre til munntørrehet), og at medisinbruken øker med alderen.

Tann- og munnhelsen er målt til ikke akseptabel/dårlig hos nær 50 % av individene i Rusmiddelomsorgen. Dette er de yngste undersøkte og de med flest egne tenner. Mellom 30 og 40 % av individene med Hjemmebaserte tjenester og ca 30 % av de under Psykisk helsevern har tilsvarende ikke akseptabel/dårlig status. Det vil si at disse har dårlige hygieniske forhold i munnhulen som fører til betennelser/blødninger og mulig annen sykdom i tenner, tannkjøtt og munnslimhinner. Menn har noe dårligere status enn kvinner, unntatt i Rusmiddelomsorgen hvor det er like dårlig hos menn og kvinner.

Totalt rapporterer ca 42 % om smerter/plager fra munnhule og ca 28 % har tyggeproblemer, noen flere kvinner enn menn. Det er store forskjeller mellom målgruppene. 72 % av de undersøkte i Rusmiddelomsorgen rapporterer om smerter og plager fra tenner eller munnhule, og nærmere 50 % av disse har tyggeproblemer. Litt over 50 % av de under Psykisk helsevern har smerter/plager fra tenner eller munnhule, og nærmere 40 % har tyggeproblemer. Disse to gruppene består av de yngste undersøkte og de med flest egne tenner. Under 30 % av de med Hjemmebaserte tjenester føler smerter/plager fra munnhulen, og ca 20 % har tyggeproblemer. Denne gruppen består av de eldste undersøkte og de som har flest proteser.

3.1.4 Behandlingsbehov

Totalt har ca 88 % behov for noen form av behandling. Mellom 70 og 80 % har behov for forebyggende behandling (informasjon/hygieneinstruksjon, tannrens mm), mellom 60 og 70 % har et reparativt tannbehandlingsbehov (fyllinger, krone/bro/protese, rotfylling mm), mens nær 10 % har et akutt behandlingsbehov (akutt-tiltak i forbindelse med tannverk, sår, betennelser, mistanke om malignitet mm). Gruppen med Hjemmebaserte tjenester (de eldste undersøkte) har minst behov for alle typer tannbehandling, mens ca 70 % av dem under Psykisk helsevern har behov for reparativ tannbehandling og nær 15 % trenger akuttbehandling. Av alle målgruppene har Rusmiddelkategorien størst behov for alle typer behandling. Det gjelder forebyggende behandling (over 90 %), reparativ tannbehandling (ca 90 %) og 22 % har et akutt tannbehandlingsbehov. Behandlingsbehovet er størst blant de yngre personene, trolig fordi disse har flest egne tenner.

3.2 Kartlegging i 2003, andre gangs kartlegging

Gjennom Futt-prosjektet har vi fått mer kunnskap om målgruppene, både når det gjelder gruppenes størrelse, frafall fra gruppene i forhold til å oppfylle kriteriene for deltakelse og mer kunnskap om uteblivelse fra tilbudet.

I prosjektet ønsket vi å undersøke om de tiltakene som ble iverksatt, hadde noen innvirkning på munn- og tannhelsen hos dem som fikk tannhelsetjenester gjennom prosjektet. Var det mulig å se endring i munn- og tannhelse med ett år intervall mellom første og andre kartlegging? De samme pasientene som var inne i 2002, og som danner faktagrunnlaget for baselinerapporten, ble kalt inn til ny kartlegging i 2003.

Ved første gangs kartlegging var det totalt 817 personer som fikk sin munn- og tannhelse kartlagt. For å se faktisk endring er det de samme pasientene som var med i kartleggingen i 2002 og i 2003. Det er disse pasientene som er brukt som grunnlagsmateriale for endringene fra 2002 til 2003. Utvalget var betydelig mindre i 2003. Av de 817 personene som var inne til kartlegging i 2002 var 431 inne til andre gangs kartlegging i 2003. Gruppe E11, de som pleies av pårørende, er ikke med i dette tallmateriale, fordi denne gruppen er liten og at den heller ikke var med i grunnlagsmaterialet for 2002 (baselinerapporten).

Styringsgruppen bestemte at det også i 2003 skulle tas inn nye pasienter fra målgruppene. Dette ble gjort i Hedmark og Nord-Trøndelag. Totalt var 591 personer inne til kartlegging i 2003, av disse var 138 inne til første gangs kartlegging, dvs nye i prosjektet. De "nye" pasientene i 2003 er holdt utenfor i oppsummeringen over andre gangs kartlegging. Gjennom et serienummer og ved manuelle lister med kopling mellom serienummer og navn har det vært mulig å finne frem og gjøre registreringen av de samme pasientene. De manuelle listene er blitt oppbevart separat og forsvarlig.

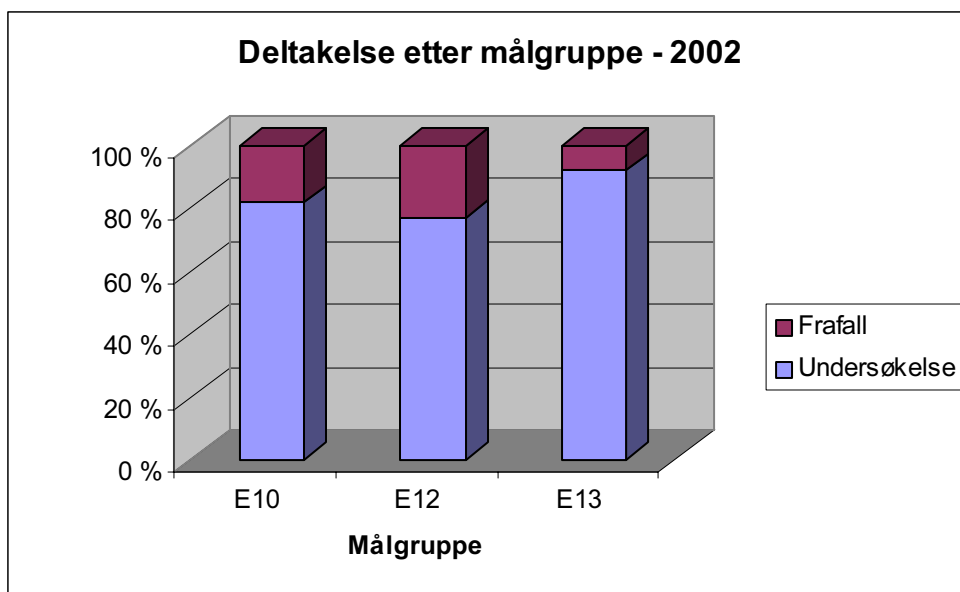
Resultatene fra 2003 representerer et øyeblikksbilde av hvordan munn- og tannhelsen var hos målgruppene ett år etter første gangs kartlegging. Det er nærliggende å tro at det er behandlingen gitt av tannlegene og tannpleierne i prosjektet som har bidratt til forbedringen. Øyeblikksbildet tar ikke hensyn til hvor lenge siden det er tannbehandlingen ble avsluttet eller om pasienten er helt ferdigbehandlet. Fylkene rapporterte imidlertid om at de aller fleste pasientene ble helt ferdig behandlet i løpet av prosjektperioden.

Resultatene fra registreringen i 2003 vil være påvirket av:

- Endringer i registreringen, ved at nytt tannhelsepersonell (tannpleiere/tannleger) foretar registreringen. Det er imidlertid avholdt flere kalibreringsseminarer, både lokalt og sentralt, som sikrer størst mulig likhet i registreringen.
- Det er stor sannsynlighet for at de som kommer til andre gangs kartlegging i 2003, er de som allerede er motivert og mest bevisst sin tannhelse.
- Det finnes ikke noen samlet oversikt over hva slags behandling som er gitt pasientene, heller ikke når de avsluttet behandlingen. Det vil sannsynligvis ha stor innvirkning på spørsmålet om pasienten har smerter/plager i munnen, grad av behandlingsbehov og belegg- og slimhinneveresultater.
- Det var ca 55 % av dem som var inne i 2002 som også kom i 2003.

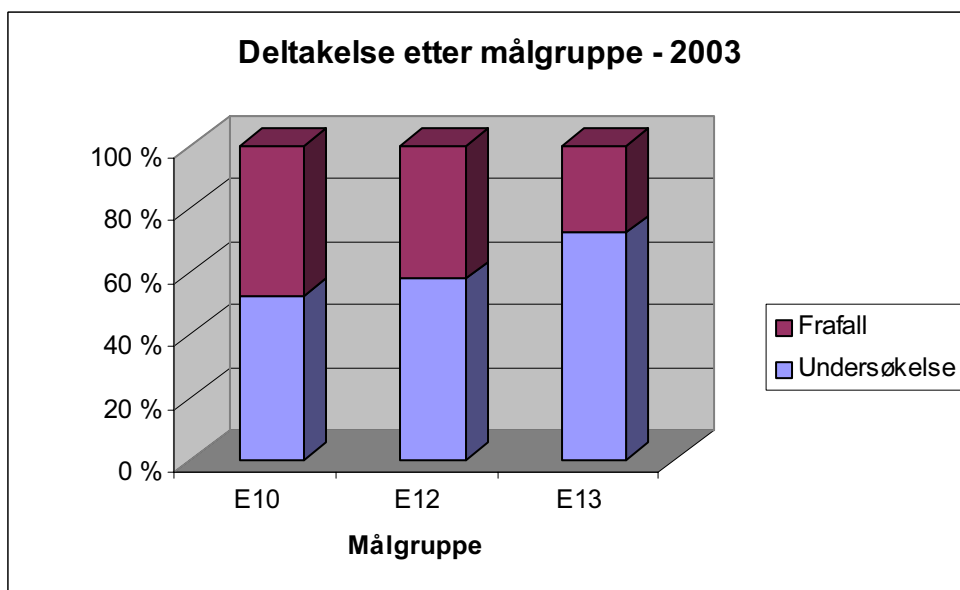
3.2.1 Målgruppenes størrelse, frafall og alderssammensetning

Målgruppene har fått tilbud om tannhelsetjenester gjennom prosjektet fra den kommunale tjenesten de er tilknyttet. De har bekreftet skriftlig at de ønsker å delta i prosjektet. Deretter har tannhelsetjenesten tatt kontakt for at pasienten skal komme inn til klinikken for kartlegging og undersøkelse. Frafallet er dem som likevel ikke møtte til undersøkelse/kartlegging.



Figur 1: Deltakelse og frafall etter målgruppe 2002

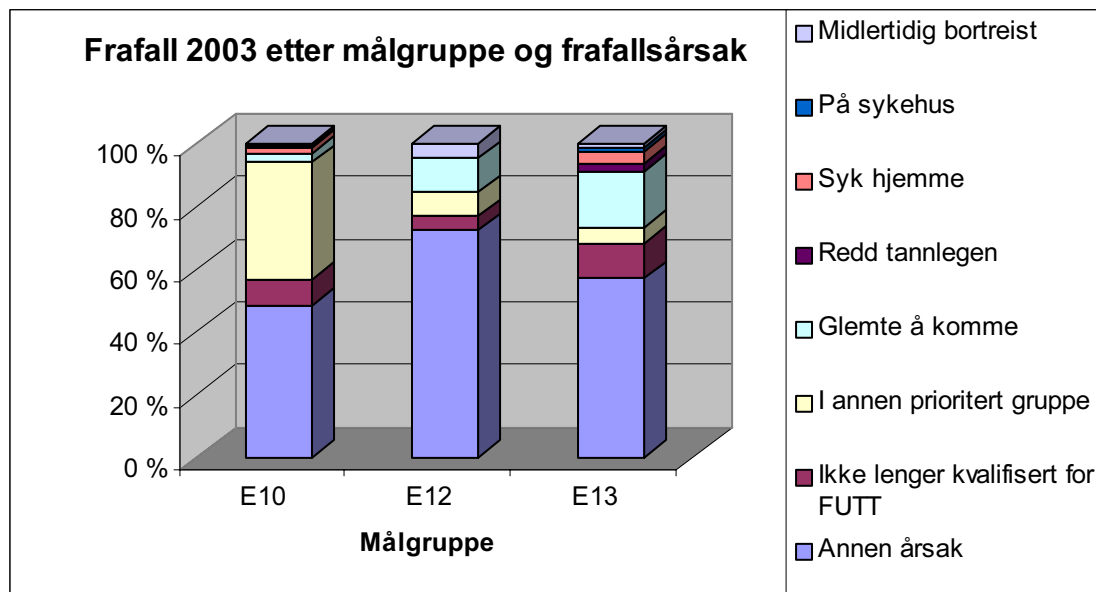
I 2002 ønsket 947 personer fra gruppe E10 (Hjemmebaserte tjenester), E12 (Rusmiddelomsorgen) og E13 (Psykisk helsevern) et tannhelsetilbud. Av dem møtte 793 (E10,E12,E13) opp til kartlegging/undersøkelse. Frafallet var størst i gruppe E12 (Rusmiddelomsorgen) og minst i E13 (Psykisk helsevern). Totalt var frafallet på 16 %.



Figur 2: Deltakelse og frafall etter målgruppe 2003

I 2003 deltok 809 av de 947 personene i gruppene E10, E12 og E13 i oppfølgingsundersøkelsen. I tillegg ble 154 nye deltakere tilhørende de samme gruppene tatt med i undersøkelsen.

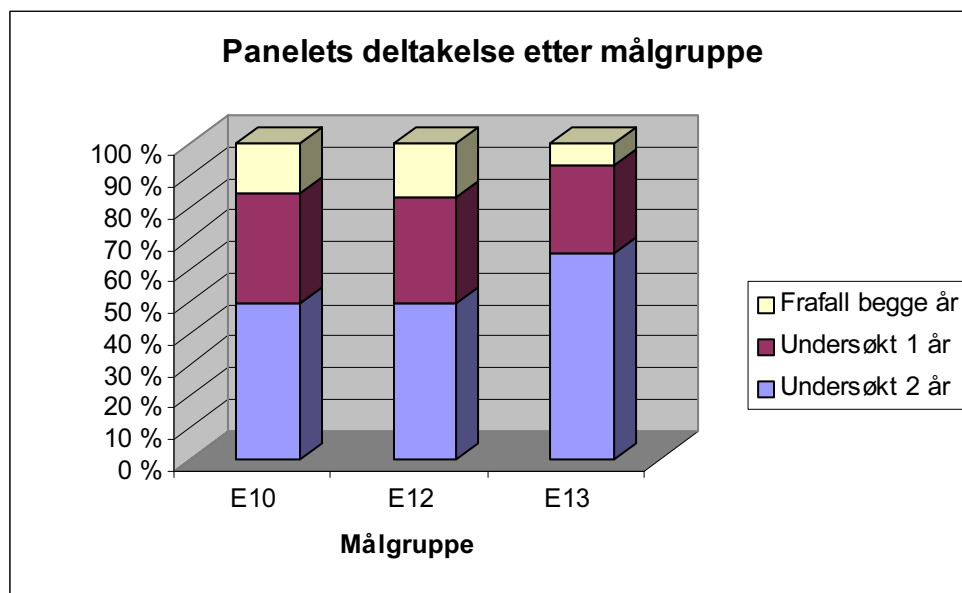
569 i gruppe E10, E12, E13 ble undersøkt i 2003, 431 av dem var med både i 2002 og 2003. Frafallet var betydelig større i 2003, nesten 41 % samlet for de tre målgruppene. I 2003 var frafallet størst i gruppe E10 (Hjemmebaserte tjenester) og minst i gruppe E12 (Psykisk helsevern).



Figur 3: Frafall etter målgruppe og frafallsårsak

213 personer inngår i gruppen "annen årsak". Her inngår blant annet 20 personer som døde mellom 1.- og 2.-gangs undersøkelse.

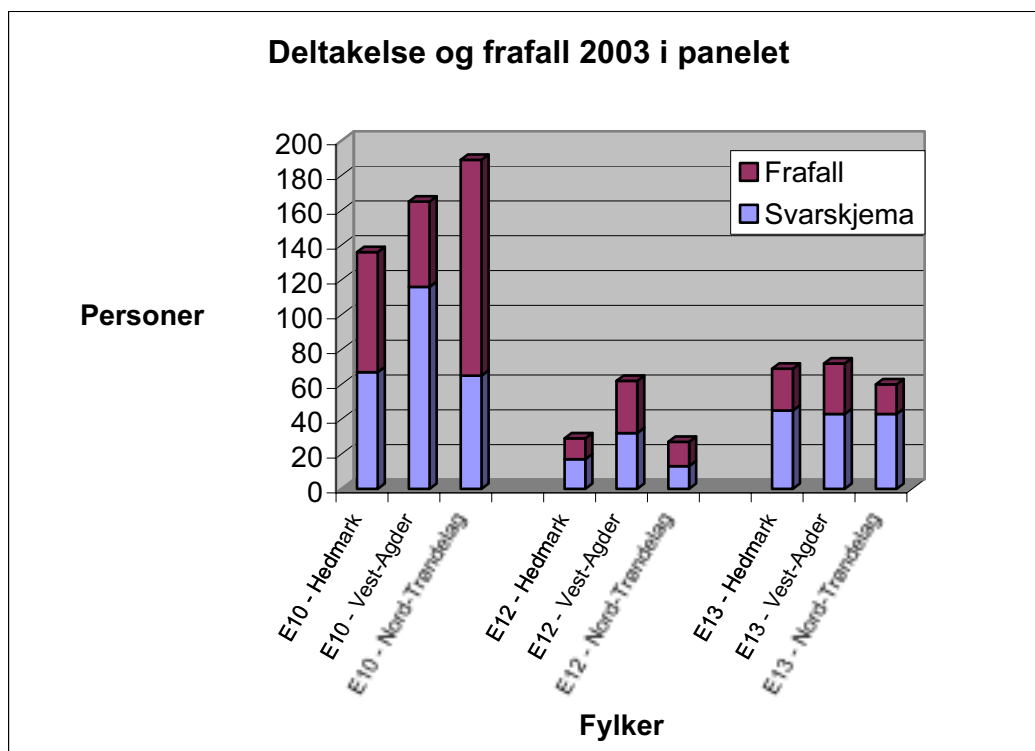
For alle gruppene er det totalt 135 stykker som har registrert frafall ved at de enten ikke lenger oppfyller kriteriene for et tilbud gjennom prosjektet eller ved at de har fått rettigheter etter Lov om tannhelsetjenesten til vederlagsfrie tannhelsetjenester. Dette gjelder spesielt for gruppe E10, der mange sannsynligvis inngår i gruppen "eldre, uføre og langtidssyke i institusjon eller hjemmesykepleie".



Figur 4: Deltakelse og frafall av blant dem som var registrert både i 2002 og 2003.

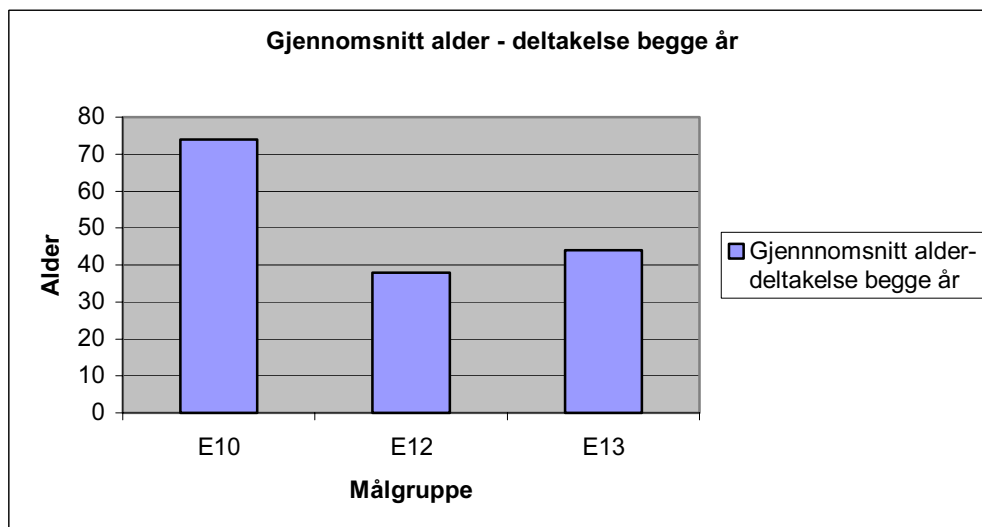
I alt 809 personer fra målgruppene E10, E12 og E13 er registrert som deltakere i både 2002- og 2003-undersøkelsen. Disse personene kalles her "panelet". Figur 4 gir et bilde av deltakelsen deres over begge årene, og kan gi en indikasjon på stabilitet over tid. Det er 53 % i målgruppene som har møtt til undersøkelsene/kartleggingene både 2002 og 2003. Deltakelsen over tid har vært størst i gruppe E13 (Psykisk helsevern). Tall innrapport fra Den offentlige tannhelsetjenesten viser en dekningsgrad på rundt

50 % for eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie som er under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten.



Figur 5: Frafall i panelet etter fylke.

Figur 5 viser deltagelse og frafall i panelet etter målgrupper og fylke. Nord-Trøndelag har hatt et stort frafall fra gruppe E10 (Hjemmebaserte tjenester) i 2003. Alle fylkene har hatt et aktivt samarbeid med helse- og sosialtjenesten, som i første omgang var den tjenesten som gav det oppsøkende tilbudet om tannhelsetjenester til målgruppene. På tilbudsskjemaet kunne man oppgi en kontaktperson i den kommunale tjenesten, som skulle ha et ekstra ansvar for å følge opp brukeren både i forhold til tannbehandling, oppmøte på klinikk og ivaretagelse av daglig munnhygiene. Frafallet fra gruppe E10 er betydelig større enn i de andre gruppene, dette skyldes i stor grad at dette er den desidert eldste aldersgruppen, og det er flere i denne gruppen som etter hvert kvalifiserer for vederlagsfrie tannhelsetjenester i henhold til tannhelsetjenesteloven.

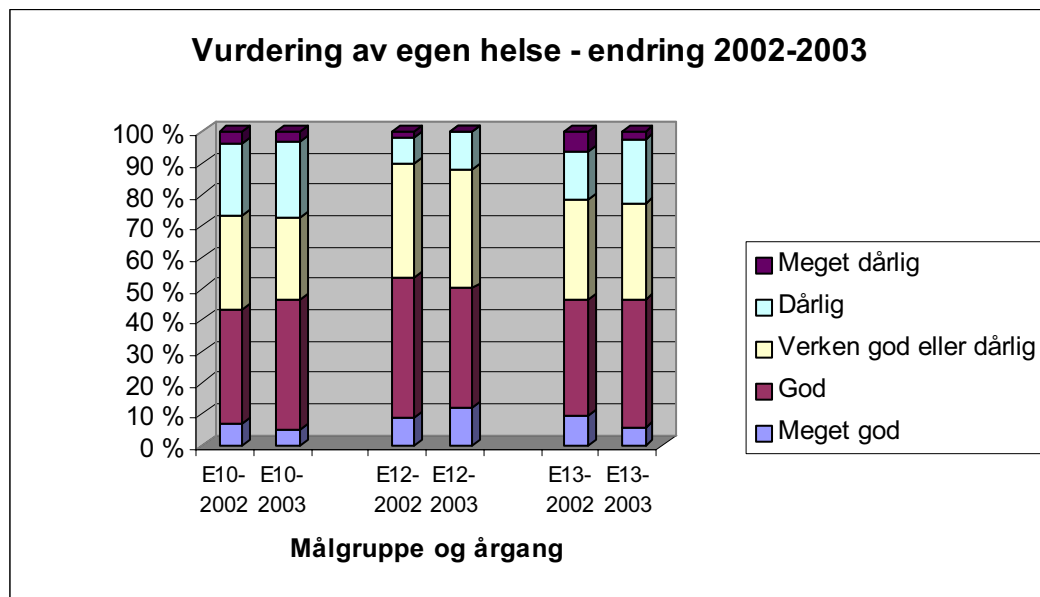


Figur 6: Gjennomsnittsalder for deltakere begge år.

De tre målgruppene har svært ulik aldersfordeling. Det er flest eldre i gruppen E10 og de yngste i gruppen E12. Figuren viser aldersfordelingen blant dem som var med i både første og andre gangs kartlegging. Aldersfordelingen er lik den som var registrert ved kartleggingen i 2002 (baselinerapporten).

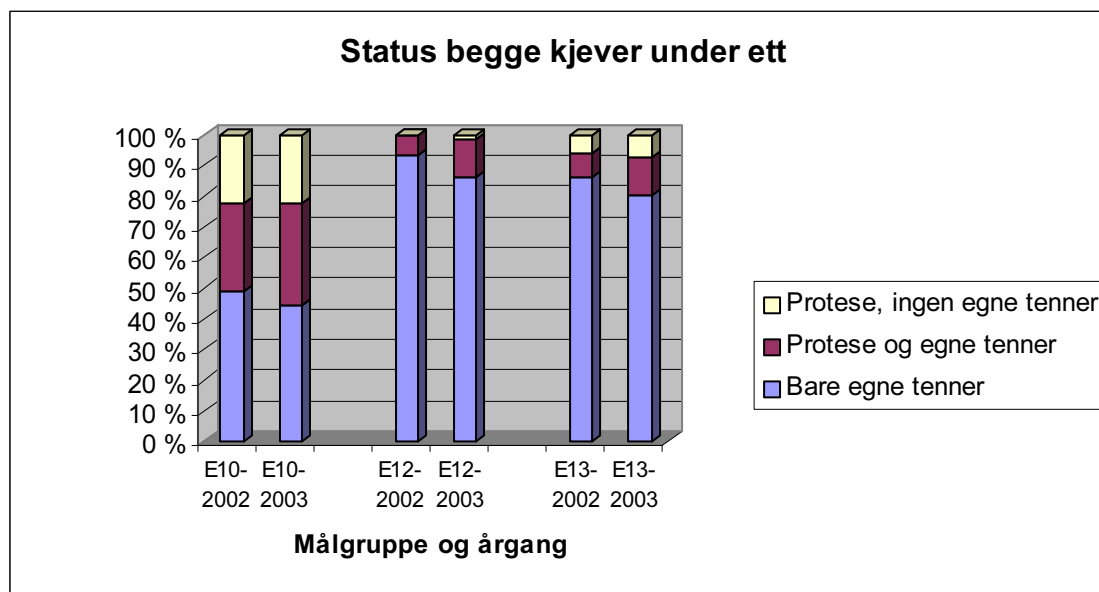
3.2.2 Endringer i helsetilstand og tannhelsetilstanden hos målgruppene fra 2002 til 2003

Endringene gjelder bare for dem som har vært undersøkt to ganger (n=431).



Figur 7: Endring fra 2002 til 2003 i vurdering av egen helse.

I 2002 ble helsen i stor grad opplevd som god og middels god i alle grupper. Andelen som opplever sin generelle helse som meget dårlig er i 2003 blitt mindre i alle grupper, mens det blant rusmiddelmisbrukerne er flere som opplever sin helse som meget god. Gruppe E12 var de som opplevde sin helse som best både i 2002 og 2003.



Figur 8: Endring i forekomst av tenner og proteser fra 2002 til 2003.

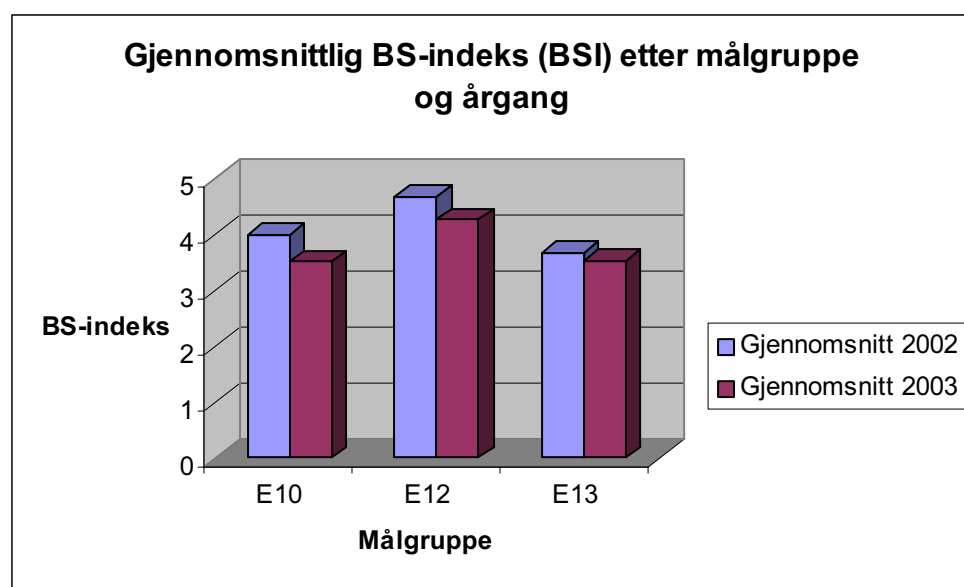
Fra 2002 til 2003 har det vært en økning i alle grupper for dem med protese og egne tenner, og en reduksjon i andelen med bare egne tenner. For noen vil "overgang" fra bare egne tenner til protese og

egne tenner forklares med at tannbehandlingen resulterte i denne løsningen for å erstatte tenner som ikke kunne repareres. Det var bare to personer som var helt tannløse i enten over- eller underkjeven. Ingen personer er helt "tomme" i munnhulen. Alle hadde enten minst én tann eller en protese.

Andel med 20 tenner eller mer ²	Gruppe E10	Gruppe E12	Gruppe E13
2002 (alle)	31,8 %	86,3%	81,2 %
2002 (deltakerpanelet)	37,6 %	87,9 %	82,4 %
2003 (deltakerpanelet)	37,2 %	86,2 %	79,4 %

Det er flest i rusmiddelomsorgen og under psykisk helsevern som har 20 tenner eller flere. Det er disse gruppene som er de yngste i undersøkelsen.

Fra deltakerpanelet begge år var det i gruppe E10 (n=242) 53 personer eller 22 % som hadde helprotese i begge kjever. Dette må sammenholdes med at dette er den eldste gruppen.



Figur 9: Endring i gjennomsnittlig belegg- og slimhinneindeks.

Munnhygien er målt ved hjelp av beleggsindeks (BI) som sier noe om graden av belegg på tenner og proteser, og en slimhinneindeks (SI) som forteller om forekomsten av belegget. BI og SI summeres til en indeks som gir BSI.

BSI er gradert etter følgende skala:

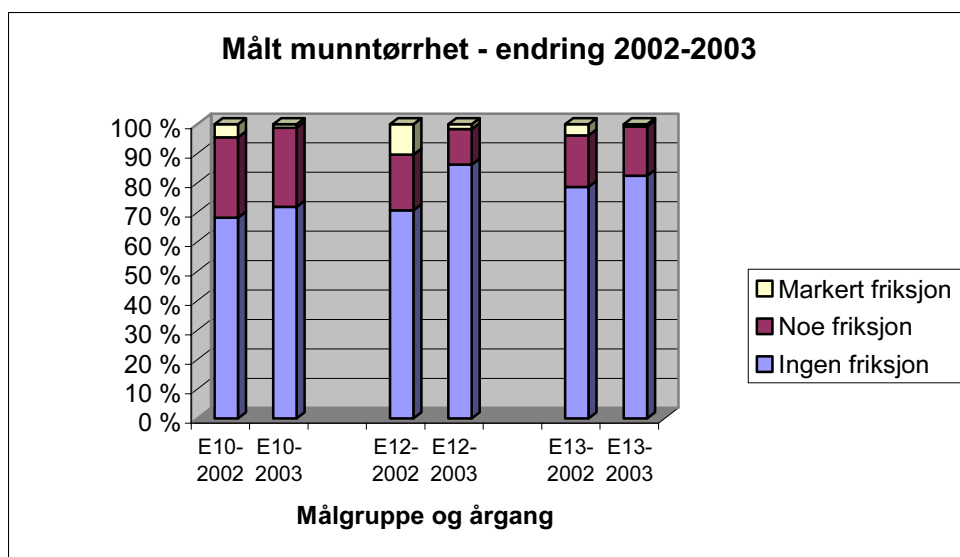
2-4 bra/akseptabel status

5-6 ikke akseptabel status

7-8 dårlig status

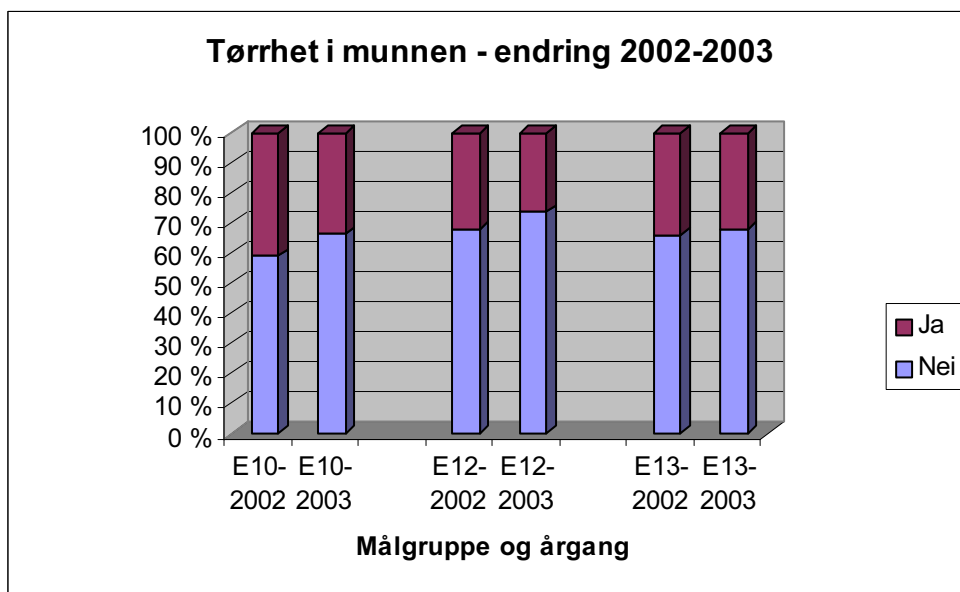
For alle tre målgrupper er det en forbedring i gjennomsnittlig BSI fra 2002 til 2003, jf. figur 9. Bildet viser status ett år etter første kartlegging. Bedring i alle gruppene sammenholdt med de andre funnene fra kartleggingen i 2003 gir en klar indikasjon på at munn- og tannhelsen er blitt bedre etter at de har fått tannhelsetjenester gjennom prosjektet.

² 20 tenner eller mer anses som et tilstrekkelig funksjonsdyktig tannsett i forhold til tygging og utseende



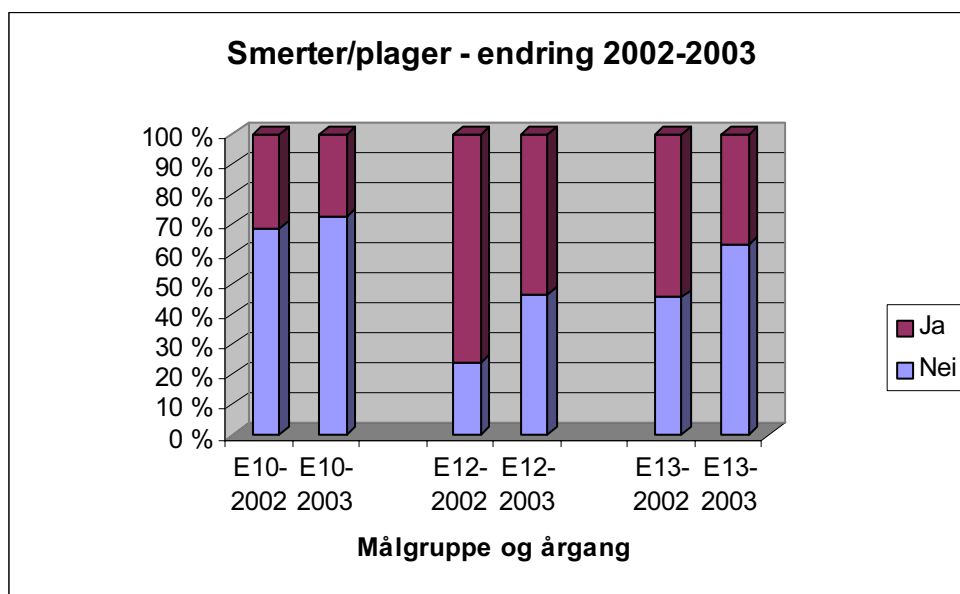
Figur 10: Endring i målt munntørhet etter målgruppe.

Tørhet i munnen er delvis målt ved en metode som er kalt ”speiltest”, og delvis etter pasientens subjektive opplevelse av å være tørr i munnen. Det gir en indikasjon på tørhet i munnen dersom et tannlegespeil som dras langs kinnslimhinnen blir hengende igjen på grunn av friksjonen. For alle gruppene er det målt en forbedring på området, og andelen med forbedring er størst i gruppe E12.



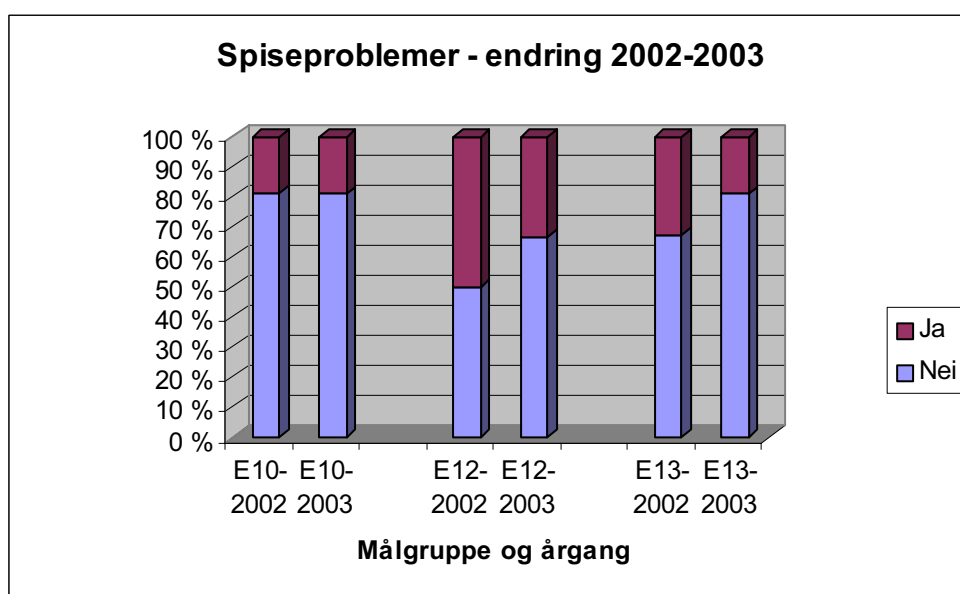
Figur 11: Endring i opplevd munntørhet.

På spørsmål om følelse av tørhet i munnen er det også færre som opplever å være tørre i munnen i 2003 enn i 2002. Munntørhet bidrar til at kariesutviklingen (tannråte) går raskere. Det er små forskjeller mellom målt munntørhet og opplevd munntørhet, men for gruppe E12 i 2003 er det målt en større forbedring (jf figur 9) enn det som subjektivt oppleves av pasientene.



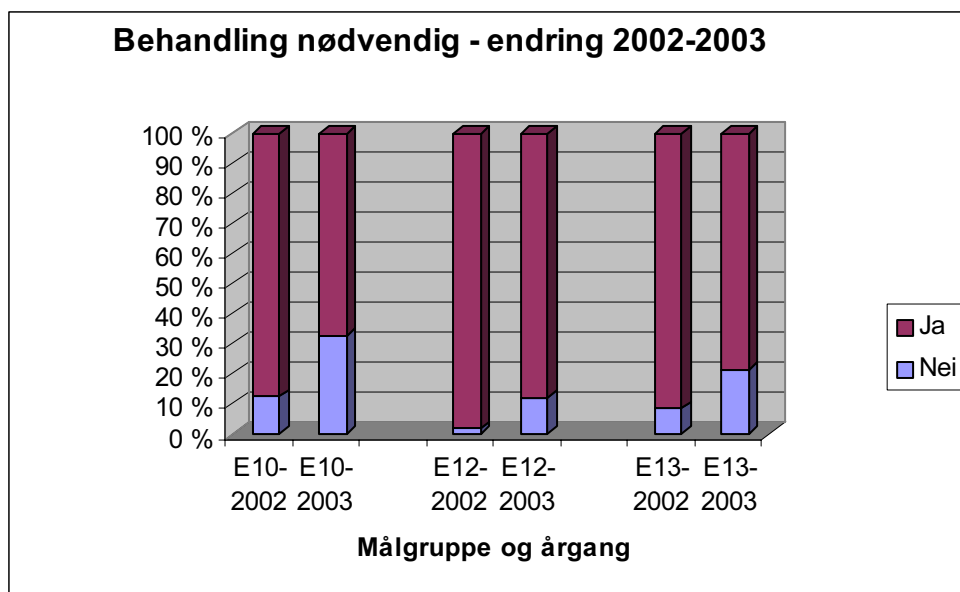
Figur 12: Endring i opplevelsen av smerter og plager i munnen.

I 2002 var det 42 % som sa at de følte smerte/plager fra munnhulen, flest var det i Rusmiddelomsorgen (E12) og hos personer under psykisk helsevern (E13). Dette bildet holder seg i 2003, men for alle målgruppene ser vi en forbedring i situasjonen.



Figur 13: Endring i problemer med å spise.

Også her ser man en bedring fra 2002 til 2003, og forbedringen kan med stor sannsynlighet relateres til den tannbehandlingen/tiltakene som er gitt gjennom prosjektet.

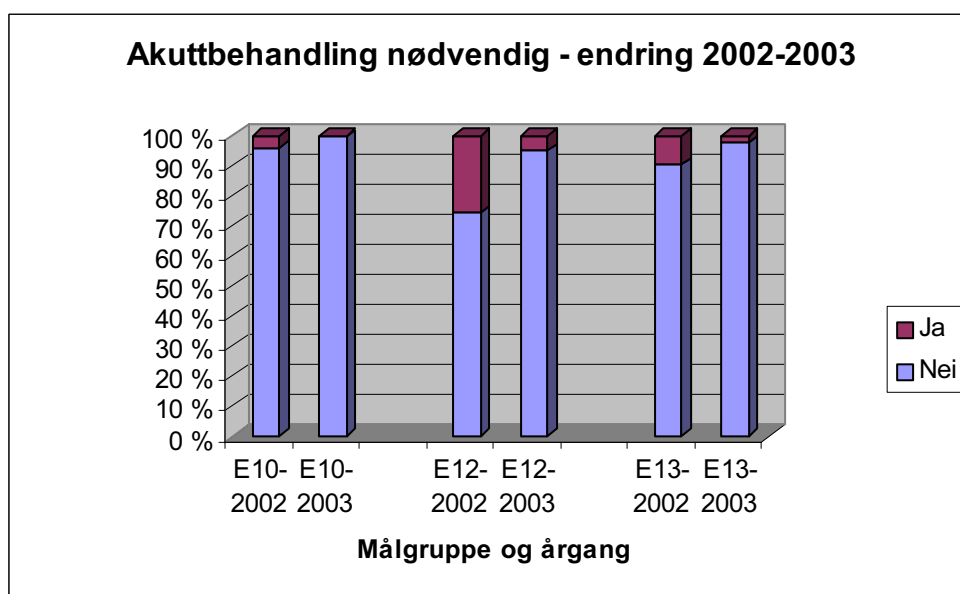


Figur 14: Endring i nødvendig tannbehandling.

Behandlingsbehovet er målt ved hjelp av en behandlingsindeks fra 1-4;

1. intet behandlingsbehov,
2. forebyggende behandling,
3. reparasjon og
4. akuttbehandling.

Det er bare dem som ikke har behov for noen form for behandling som svarer nei. Det er derfor relativt få som ikke har behov for en eller annen form for behandling. Fra 2002 til 2003 se vi en klar reduksjon i andelen som trenger behandling. Det virker sannsynlig at forbedringen skyldes den tannbehandlingen personene fikk gjennom prosjektet.



Figur 14: Endring i behovet for akutt tannbehandling.

I 2002 var det 10 % av alle målgrupper i alle fylker som hadde behov for akuttbehandling, i 2003 er dette redusert til ca 2 %.

3.3 Oppsummering av kartlegging i 2002 og 2003

3.3.1 Målgruppenes størrelse

I 2002 ønsket 973 personer i alle målgruppene et tannhelsetilbud gjennom prosjektet, av disse møtte 817 opp til kartlegging og undersøkelse. Frafallet var 16 %. I 2003 ble 591 personer undersøkt, av disse var 138 nye. 442 personer i alle målgrupper er undersøkt både i 2002 og 2003. I datagrunnlaget er imidlertid gruppe E11, de som pleies av pårørende, holdt utenfor da dette er en liten gruppe (n=24).

Frafallet var betydelig større i 2003 enn i 2002. Frafallet var størst i gruppe E10 (Hjemmebaserte tjenester) og minst i gruppe E12 (Psykisk helsevern). Regnet ut i fra kommunenes tilbakemeldinger på antall personer i målgruppene (1627 personer per 31.12.2002 jfr. Baselinerapporten) var det positiv respons på tilbudet (973) fra ca 60 % av totalgruppene i 2002, men bare 50 % (817) møtte opp til kartlegging.

Ser man på oppmøte i forhold til antallet som ønsket tilbudet var det i 2003 59 % som møtte opp til undersøkelse, frafallet var 41 %.

442 personer fra alle målgruppene har vært med i forsøksordningen både i 2002 og 2003. Mange fra gruppe E10 frafaller fordi de ikke lenger er kvalifisert til Futt-tilbudet eller de inngår i annen prioritert gruppe og får rettigheter etter Lov om tannhelsetjenesten.

3.3.2 Munn og tannhelse hos målgruppene

- Munn- og tannhelsen er målt til ikke akseptabel/dårlig hos nær 50 % av personene i Rusmiddelomsorgen. Dette er de yngste undersøkte og de med flest egne tenner.
- Mellom 30- og 40 % av personene med Hjemmebaserte tjenester og ca 30 % av de under Psykisk helsevern har tilsvarende ikke akseptabel/dårlig status.
- Totalt rapporterer ca 42 % om smerter/plager fra munnhule og ca 28 % har tyggeproblemer. Det er store forskjeller mellom målgruppene.
- 72 % av de undersøkte i Rusmiddelomsorgen rapporterer om smerter og plager fra tenner eller munnhule, og nærmere 50 % av disse har tyggeproblemer. Litt over 50 % av de under Psykisk helsevern har smerter/plager fra tenner eller munnhule, og nærmere 40 % har tyggeproblemer. Disse to gruppene består av de yngste undersøkte og de med flest egne tenner. Under 30 % av de med Hjemmebaserte tjenester føler smerter/plager fra munnhulen, og ca 20 % har tyggeproblemer. Denne gruppen består av de eldste undersøkte og de som har flest proteser.

Tann- og munnhelsen er blitt bedre for alle målgrupper fra 2002 til 2003. Færre rapporterer om munntørrehet og færre har smerter/plager i munnen i 2003 enn i 2002.

Resultatene fra 2003 er et øyeblikksbilde av hvordan munn- og tannhelsen er hos målgruppene ett år etter første gangs kartlegging. Øyeblikksbildet tar ikke hensyn til hvor lenge siden det er behandlingen ble avsluttet eller om pasienten er ferdig behandlet.

3.3.3 Behovet for behandling

Kartleggingen viser at:

- Totalt 88% har behov for behandling.
- Rundt 70 % har behov for forebyggende eller reparativ tannbehandling, og 10 % har et akutt behandlingsbehov.
- Gruppen med hjemmebaserte tjenester (de eldste undersøkte) har minst behov for alle typer behandling.

- 85% av de som har kontakt med psykisk helsevern har behov for behandling.
- Blant rusmiddelmisbrukerne er imidlertid behovet størst: Nær 100 % av de undersøkte har behov for tannbehandling. Behandlingsbehovet er størst blant de yngste brukerne i alle kategoriene - antakelig fordi de har egne tenner.

Fra 2002 til 2003 er det en klar reduksjon i andelen som trenger tannbehandling. Også i behovet for akutt tannbehandling har det vært en reduksjon, fra 10 % i 2002 til 2 % i 2003. Det er relativt få som ikke har behov for en eller annen form for behandling.

4 Økonomi i prosjektet

4.1 Generelt

Futt-prosjektet har mottatt tilskudd over statsbudsjettet fra 2001 til 2003 for planlegging og gjennomføring av prosjektet. Midler har vært tildelt gjennom tildelingsbrevet fra Sosial- og helsedepartementet til Helsetilsynet i 2001. Grunnet omorganisering av den sentrale helseforvaltning ble midlene tildelt fra Helsedepartementet til Sosial- og helsedirektoratet i 2002 og 2003.

De økonomiske rammene for forsøksordningen har i utgangspunktet fordelt seg slik:

- Fra Statsbudsjettet 2000-2001 kr 2 000 000
- Fra Statsbudsjettet 2001-2002 kr 7 000 000
- Fra Statsbudsjettet 2002-2003 kr 7 000 000

Midlene er bevilget fra Statsbudsjettets kapittel 701 post 21.

For 2004 har Stortinget bevilget midler til å videreføre det tannhelsetilbudet som har vært gitt gjennom prosjektet i alle tre deltakerfylkene. Dette er ment i en overgangsperiode inntil man vet hvordan det offentlige tilbudet blir til disse gruppene. Det er ikke bevilget midler til videreføring av prosjektet i 2004, kun til å videreføre selve tannhelsetilbudet til målgruppene fra prosjektet. I 2004 har regjeringen oppnevnt et utvalg som skal vurdere det offentlige tannhelsetilbudet på nasjonalt nivå. Erfaringer fra Futt-prosjektet vil være et bidrag til utredningen. Sluttrapport fra utvalget skal foreligge mai 2005.

4.2 Tildeling til fylkene

Gjennomføring i deltakerfylkene og administrasjon av prosjektet sentralt har ført til følgende budsjett- og regnskapsfordeling:

Tildelte midler	2001	2002	2003
<i>Hedmark</i>	350 000	1 651 900	1 567 494
<i>Vest-Agder</i>	472 450	2 113 292	1 779 208
<i>Nord-Trøndelag</i>	580 000	1 821 934	1 569 533
SUM tildelt fylkene	1 402 450	5 587 126	4 916 235

Under følger oversikt over fylkenes regnskap. I fylkenes egne sluttrapporter finnes en detaljert oversikt over fylkenes budsjetter og regnskap fra alle prosjektårene.

Regnskap	2001	2002	2003
<i>Hedmark</i>	302 608	1 482 352	1 835 387
<i>Vest-Agder</i>	349 310	1 957 722	2 657 208
<i>Nord-Trøndelag</i>	340 533	1 293 425	1 949 903
SUM	992 451	4 733 499	6 442 498

4.3 Prosjektkostnader

Kostnader knyttet til selve gjennomføring av prosjektet kan fordeles i tre hovedkategorier som følger:

- Sentrale kostnader: Kostnadene er knyttet til den kvalitative og kvantitative evalueringen inklusive konsulenttjenester, sentral administrasjon av forsøksordningen, sentrale møter, styringsgruppemøter, reiser og møter av sentral karakter.
- Administrasjon av forsøksordningen lokalt: Opplæring og kalibrering knyttet til innhenting av de kvantitative dataene, kurs, samarbeidsmøter med kommunene, lønn til prosjektledere og prosjektsekretær og lignende.
- Kostnader knyttet til kartlegging av pasientenes munn- og tannhelse. Pasientene har vært inne til kartlegging to ganger gjennom prosjektet. En nærmere spesifisering finnes under.

Prosjektkostnadene lokalt er i oversikten ikke skilt ut, men inngår i fylkenes samlede regnskap.

4.4 Forebyggings- og behandlingskostnader

Kostnadene er fordelt i følgende hovedområder:

- Undersøkelse og røntgenbilder
- Forebyggende behandling på klinikk
- Forebygging utenfor klinikk.
- Tannbehandling, herunder akuttbehandling og utgifter til tanntekniske arbeider og implantatbehandling.
- Kostnader knyttet til pasienter som ikke møter til time.

5 Egenandeler

Alle fylkene fikk anledning til å innføre egenandeler for alle pasientgrupper. Den forebyggende behandlingen/forebyggende tiltakene skulle være gratis for alle. Gjennom prosjektet var det ønskelig å få erfaring med hvordan bruk av egenandeler ville slå ut økonomisk for tilbudsgiver og eventuelt hvilken effekt det ville ha på om tilbudet ble benyttet eller ikke.

Vest-Agder vedtok å ikke bruke egenandeler, og tannhelsetjenester gjennom prosjektet har vært gratis på lik linje som for dem som har rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester etter loven. Også tanntekniske utgifter er blitt dekket av prosjektet.

I Hedmark innførte man egenandel på tannbehandlingen på inntil kr 1500 per pasient per år for alle pasientgrupper. Dersom pasienten ikke hadde økonomisk evne til å dekke egenandelen, var det sosialtjenesten i den kommunen pasienten hørte hjemme som skulle vurdere økonomisk bistand. Nært samarbeid med sosialkontorene har vært viktig i prosjektet.

Nord-Trøndelag innførte differensierte egenandeler. For gruppe E10 og E11 var egenandelen inntil kr 1500 per pasient per år. For gruppe E12 var tilbudet helt gratis og for gruppe E13 var egenandelen inntil kr 750 per år per pasient. Også her var samarbeidet med sosialkontoret viktig i forhold til dem som ikke kunne betale egenandelen selv.

6 Kostnadsvurdering av tannhelsetilbudet

Hensikten med forsøksordningen var blant annet å prøve ut modeller for hvordan en utvidelse av tannhelsetilbudet kunne organiseres, administreres og finansieres, med sikte å gi en vurdering for en eventuell landsomfattende utvidelse av tannhelsetilbudet. For å kunne dra erfaringer fra Futt-prosjektet var det interessant å vite hvor mye tid og kostnader som direkte kan knyttes til pasientbehandling eller forebygging på klinikk og hvor mye tid og kostnader som er knyttet til administrasjon. Kostnadene knyttet til selve gjennomføringen av Futt-kartleggingen er holdt atskilt, da dette er kostnader som er prosjektrelatert.

6.1 Beregnet tannpleier- og tannlegetid

Tabellene under gir en indikasjon på hvor mye tid og kostnader som er brukt i prosjektet, og gir oversikt over den tiden som er medgått til forebygging og behandling i prosjektet. Tabellen under bygger på rapporteringer fra fylkene på den tiden tannpleierne har brukt i prosjektet.

Tabell 1: Beregnet pasientrettet tannpleiertid

Pasientrettet tannpleiertid i timer	2002 –tid pr. pas	2003 –tid pr. pas	Sum timer pr. pas i 2002-2003	Antall Pasienter 2002-2003	Tid totalt i i timer	Timepris – gjennom-snitt	Beregnet kostnad kr.
Futt-kartlegging	0,25	0,25	0,5	948	474	541	256 434
Undersøkelse / rtg	0,5	0,5	1	948	948	541	512 868
Foreb. Klinik	0,75	0,75	1,5	948	1422	541	769 302
Totalt tannpleier tid/kostn. på klinikk	1,5	1,5	3	948	2844	541	1 538 604

Kommentarer: Tabellen viser hvor mye tid som er beregnet per pasient til Futt-kartlegging. Kartleggingen er blitt gjennomført to ganger, i 2002 og 2003. Videre har man beregnet en halv time på undersøkelse og røntgenbilder per år per pasient og tre kvarter på forebyggende arbeid på klinikken. Undersøkelse, røntgenbilder og forebygging på klinikk hører med uavhengig av prosjektet. Timeprisen er gjennomsnittlig timepris i de tre fylkene på tannpleiertjenester. Totalkostnadene er beregnet ut i fra antatt tidsbruk multiplisert med antall pasienter undersøkt/kartlagt i 2002 (817) og antall nye pasienter fra 2003 (131). Man har videre antatt at like mange ønsker tilbudet årlig.

Tabell 2: Tid medgått til arbeid utenfor klinikk for tannpleiere

Tannpleiertid i timer utenfor klinikk	Tid totalt i 2002-2003	Timepris	Kostnad
Foreb. utenfor klinikk	156*	541	84 396
Adm/kurs/div.Futt	2879	541	1 557 539
Sum tannpleier utenfor klinikk	3035	541	1 641 935
Tannleier på klinikk (jfr. tabell 1)	2844	541	1 538 604
Tannpleier totalt	5879	541	3 180 539
Årsverk (1717,5 timer)	3,42		

*Vest-Agder har ikke brukt tid på forebygging utenfor klinikk.

Kommentar: Tannpleiere i prosjektet har brukt tid på å etablere samarbeid med helse- og sosialtjenesten. Det har vært nødvendig bl.a. for å konkretisere målgruppene, samt etablere samarbeidsrutiner og prosedyrer for å nå målgruppene med tilbudet. I tillegg har tid medgått til opplæring av helse- og sosialpersonell, kalibrering i forhold til å kartlegge munn- og tannhelse i prosjektet og til fagkurs for å bedre egen kunnskap om målgruppene. Tallene er hentet fra innleverte timelister og gjennomsnittlig timepris på tannpleierarbeid i fylkene.

Tabell 3: Beregnet tannlegetid/kostnader offentlig og privat

Tannlegetid alle fylker	2002/03 medgått tannl. tid	Timepris gjennomsnitt	Beh.kostnin kl driftstilskudd	Antall pas. gjennomført tannbeh.	Kostn. pr. pas	Tid pr. pas.	Adm/annet i tid
Off. tannl.	1 701	988,33	1 681 149	273	6 158	6,2	1.430
Private tannl.	2 811	1.258,3	3 537 081	338	10 465	8,32	
Totalt	4 512		5 218 230	611	8 540	7,4	

Kommentarer: Her vises total tid på tannbehandling hos henholdsvis offentlig og privat tannlege. Behandlingskostnader omfatter all fakturert behandling, inkludert egenandeler, tapt tid, driftstilskudd (for private tannleger), men ikke teknikerkostnader.

Timeprisen er gjennomsnittlig timepris hos de tre deltakerfylkene, driftstilskudd til private tannleger er inkludert i timeprisen. Kostnadene er ikke fordelt per pasientgruppe. Antall pasienter med gjennomført behandling er faktisk antall innrapportert fra tannhelsetjenesten. Under administrasjon/annet er medgått tid til møter, kurs, temadager, seminarer, kalibrering, planlegging osv.

6.2 Avtaler med private tannleger

Hedmark og Nord-Trøndelag har inngått avtaler med private tannleger. Vest-Agder har en generell samarbeidsavtale med Vest-Agder tannlegeforening.

I Hedmark har man i kontrakt med private tannleger presisert:

- Offentlig ansatt tannpleier undersøker, tar opp journal, tar nødvendige røntgenbilder og angir behandlingsbehov for eventuell henvisning til tannlege. Pasienten skal også ha fått tilbud om et individuelt forebyggende opplegg for å ivareta egen tannhelse.
- Tannbehandlingen hos privat praktiserende tannlege godtgjøres etter timetakst i offentlig tannhelsetjeneste (i Hedmark) og i tillegg et driftstilskudd på kr 1000,- per pasient per år.
- Pasientene betaler egenandel på inntil kr 1500,- per år direkte til behandler.
- Dersom behandlingen overstiger kr 10000,- skal dette avklares med overtannlegen.

Kontrakten underskrives av behandler og fylkestannlegen.

I Nord-Trøndelag har man i kontrakt med private tannleger presisert:

- Pasienten skal være undersøkt av tannlege/tannpleier og fått tilbud om individuelt tilpasset forebyggende opplegg for ivaretagelse av egen tannhelse.
- Tannbehandlingen hos private godtgjøres ved stykkpris/timetakst i offentlig tannhelsetjeneste (i Nord-Trøndelag) og i tillegg et driftstilskudd på 33 % av offentlig takst per år unntatt teknikerkostnader.
- Behandlingen skjer i forhold til kriteriene for nødvendig tannbehandling. Dersom det er diskrepans mellom nødvendig og ordinær tannbehandling skal prosjektleder underrettes.

Kontrakten underskrives av behandler og fylkestannlegen.

I Vest-Agder er det ikke skrevet kontrakt med behandlende privatpraktiserende tannleger, men det ble enighet mellom Vest-Agder Tannlegeforening og Fylkestannlegen om en generell avtale for private tannleger som behandlet Futt-pasienter. Behandlingen godtgjøres etter Vest-Agders offentlige takster (som er høyere enn trygdetakstene) i tillegg til et driftstilskudd på kr 500,- per pasient per år.

6.3 Fylkesvise forskjeller i behandlingskostnader

Det er store fylkesvise forskjeller i behandlingskostnadene og behandlingstid hos privat og offentlig tannlege.

For 2002-2003	Hedmark		Vest-Agder		Nord-Trøndelag	
	offentlig	privat	offentlig	privat	offentlig	privat
Behandlings kostnader hos tannlege	7083	9037	8047	17621	3614	7575
Tid per pasient	6,8	7	8	13,2	3,9	6,6
Timepris	1030	1280	1008	1340	927	1155

Tabell 4: Behandlingskostnader per pasient etter fylke for 2002 og 2003 under ett.

Kommentar: Behandlingskostnadene varierer og dette vil påvirke kostnadene i prosjektet. Det er store fylkesvise forskjeller på behandlingstid og behandlingskostnader. Vest-Agder har den desidert dyreste behandlingen hos private tannleger både i tidsbruk og timehonorar. 41 % av pasientene med behandlingsbehov i Vest-Agder har vært behandlet hos privat tannlege. Kostnadene i Vest-Agder bør ses i sammenheng med ordningen de har med private tannleger, det er ikke skrevet kontrakt med de private tannlegene, og det er heller ingen kontrollordningen ved spesielt kostnadskrevende behandling. Nord-Trøndelag har den billigste behandlingen hos offentlig tannhelsetjeneste. I timeprisen for alle fylker er inkludert driftstilskudd, tid på ikke-møtt pasienter, men teknikerutgifter er ikke tatt med.

6.4 "Ikke møtt"-problematikken

Det har også vært vanskelig å få et godt bilde av hvor mange timer som har vært tapt i forbindelse med at pasienter ikke møter til timen. Muntlige tilbakemeldinger, spesielt fra privatpraktiserende tannleger, indikerer at tallet antakeligvis er høyere enn det som fremgår av tabellen. Det er likevel gitt en oversikt over kostnader knyttet til dette. Under er tid og kostnader oppsummert slik at det fremkommer stipulerte kostnader på tid medgått til pasienter som ikke møter til time. Timehonoraret er 80 % av ordinært timehonorar. Kostnadene er ikke fordelt på målgrupper.

Ikke møtt	Tidstap i timer (samlet 2002-03)	Timehonorar (80 %)	Kostnad ikke møtt Kr
Off. tannl.	125,5	616	77308
Privat tannl.	61,8	934	57721
Tannpleier	401	432	173232
Totalt	588,3		308261

Tabell 5: Tid og kostnader medgått til pasienter som ikke møter til time.

6.5 Behandlingskostnader i prosjektet

Behandlingskostnadene må vurderes i forhold til den gevinsten en bedret munn- og tannhelse har for hver enkelt, og i forhold til den velferdseffekten den sannsynligvis vil medføre for gruppene.

Fylkene har ut i fra egne regnskaper innrapportert faktiske behandlingskostnader etter målgruppe for begge årene under ett.

Fylkenes rapporteringer over antall som har fått tannbehandling 2002-2003

Målgr	Ant. i gr. tall fra kommu ner	Ant. ja	% ja	Ant.reg Futt	Beh.behov	% beh.behov av ant.reg.
E10	1083	572	53	469	280	60
E11	46	36	78	34	23	68
E12	168	191	114	149	124	83
E13	330	322	98	296	184	62
Totalt	1627	1121	69	948	611	64

Tabell 6: Antall og andel registrert og med behandlingsbehov i 2002 og 2003 under ett.

Kommentar: Tabellen viser antall som ønsket tilbudet i 2002 jfr. Baseline-rapport. For gruppe E12 er det flere som har ønsket tilbudet enn det som i utgangspunktet var innrapportert fra kommunene. Det var vanskelig for kommunene å anslå eksakt hvor mange som var i målgruppene, da noen faller fra og andre kommer til. Noen kan også ha rettigheter i flere grupper. 611 personer har fått og avsluttet tannbehandling i 2002-2003.

Behandlingskostnader Alle Fylker						Under maks egenandel		Sum totalt Inkl. tekn. og e. andeler
Målgr.	Off. tannl.	Private tannl.	Driftstilskudd	Tekn. utg.	Egenandel	Ant pas.	Bet kr.	
E10	443.244	1.042.634	110.018	523.289	182.649	43	38.702	2.340.536
E11	15.088	32.182	14.244	21.675	20.633	3	2.380	106.202
E12	512.507	880.648	101.172	220.687	51.372	1	622	1.767.008
E13	523.154	1.088.142	105.331	332.300	107.658	9	6.893	2.163.478
Totalt	1.493.993	3.043.606	330.765	1.097.951	362.312	56	48.597	6.377.224

Tabell 7: Faktiske behandlingskostnader for 2002 og 2003.

Kommentar: Tabellen viser faktiske behandlingskostnader hos privat og offentlig tannlege, driftstilskudd, teknikerutgifter og antall/kostnader for dem med behandling under maksimal egenandel.

Målgruppe	Off.tannl	Privat tannl	Teknikker utgifter	Tot beh utgifter	Stk pris eks tekniker utgifter	Stk pris inkl tekniker utgifter	Stk pris per år inkl tekn utgifter
E10	443 244	1 042 634	523 289	2 340 526	6 490	8 359	4 179
E11	15 088	32 182	21 675	106 202	3 675	4 617	2 308
E12	512 507	880 648	220 687	1 767 008	12 470	14 250	7 125
E13	523 154	1 088 142	332 300	2 163 478	9 952	11 758	5 879

Tabell 8: Stykk pris per pasient for behandling i 2002-2003.

Kommentar: Gjennomsnittlig kostnad for tannbehandling i prosjektet har vært ca 10 400 kr for årene 2002 og 2003 under ett, inklusive teknikerutgifter og kostnader for dem som er behandlet under egenandelen. Holdes egenandelen utenfor er gjennomsnittskostnader for årene for alle grupper kr 6 115 kr. Behandlingskostnadene er regnet ut fra 611 pasienter som faktisk har mottatt tannbehandling hos tannlege.

6.6 Forhold som kan påvirke kostnadene ved tannbehandling

Det er flere forhold som påvirker kostnadene for tannbehandlingen, både i positiv og negativ retning.

- **Akkumulert behandlingsbehov.** Målgruppene kan, som omtalt over, ha en vanskelig livssituasjon, dårlig økonomi og ha sykdom/lidelser som innebærer pleiebehov osv. Kartleggingen i prosjektet bekrefter at de fleste har behov for nødvendig og til dels omfattende tannbehandling. Omfanget av de tannhelsetjenester som er gitt i prosjektet er høyst sannsynlig et resultat av et akkumulert behandlingsbehov over tid, ved at daglig munnhygiene ikke har vært tilfredsstillende ivaretatt og nødvendig tannbehandling ikke har blitt fulgt opp. Det er nærliggende å tro at i behandlingen og de forebyggende tiltakene som er gitt i løpet av prosjektet vil bidra til lavere behandlingsbehov på sikt, noe som gir lavere behandlingskostnader
- **Økt etterspørsel.** Etter som ordningen blir mer kjent kan dette bidra til at flere ønsker tilbudet. Tilsiget av nye pasienter har i prosjektet vært tilnærmet likt frafallet. Imidlertid kan det antas at kostnader på "nye pasienter" er større enn kostnader på pasienter som har vært under ordningen over tid.
- **Tannhelseutvikling.** Tannhelsesdata viser at flere eldre beholder egne tenner lenger. Det innebærer ofte kostnadskrevende tannbehandling for å opprettholde ett funksjonelt tannsett livet ut. "Fallhøyden" er stor dersom sykdom, funksjonshemming og endret livsstil bidrar til at daglig munnhygiene ikke ivaretas tilfredsstillende.
- **Tannlegekostnader offentlig og privat.** Pasienter i prosjektet har fått tannbehandling både hos private og offentlige tannleger. Den gjennomsnittlige timeprisen hos private tannleger er ca 270 kr dyrere enn den offentlige timeprisen. Bruk av private gir høyere kostnader per behandling. Hedmark har behandlet flest pasienter hos privat tannlege. Omfanget av behandlingen kan variere. Erfaringer viser at det er relativt stor variasjon i vurderingen av påkrevet behandling tannleger i mellom. Også kostnader hos offentlig tannlege har variert. Fylkene opererer med offentlige takster, fastsatt fylkeskommunalt. Variasjon i offentlige takster bidrar til ulik kostnadsbelastning også på det offentlige pasientrettede arbeidet.

7 *Kostnader og nytteeffekten av tilbudet*

Det overordnede helsemålet for tilbudet om tannhelsetjenester er å oppnå akseptabel oral helse for alle målgruppene. Akseptabel oral helse er definert etter den enkeltes subjektive opplevelse av sin munn- og tannhelse. Det innebærer følgende:

- Ikke ha smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen,
- Ha tilfredsstillende tyggefunksjon
- Kunne kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene.

I utgangspunktet skulle pasienter i prosjektet tilbys **ordinær tannbehandling** som innebærer ”nødvendig permanent rehabilitering av tapt tannsubstans som følge av tannråte eller ytre skade. Det omfatter også nødvendig tannkjøttsbehandling, rotbehandling og fremstilling av hel- og delprotese. En enkeltstående krone i hver kjeve kan unntaksvis aksepteres. Fronttenner og jeksler skal prioriteres”. Styringsgruppen valgte å bruke NTFs faglige kriterier for **nødvendig tannbehandling** fra 2001 da disse er mer detaljerte og strekker seg noe lenger spesielt med hensyn til broarbeider. NTFs kriterier sier at ”fast erstatning er første valg ved mindre og enkeltstående luker i front- og premolarregionen”.

Fylkene har presisert kriteriene for nødvendig tannbehandling for alle tannleger som behandlet FUTT-pasienter, slik at behandlingen var i tråd med kriteriene. I Nord-Trøndelag skulle man forelegge behandlingsplan for prosjektleder dersom det var behandling som gikk utover NTFs kriterier for nødvendig tannbehandling. I Hedmark holdt man fagseminar for å diskutere og kalibrere praksis og i tillegg ble all behandling med kostnadsoverslag til over kr 10000,- kr på protetikk (kroner, broer) sendt inn til overtannlegene for godkjenning. Vest-Agder hadde ingen økonomiske kontrollordninger, her var det opp til hver enkelt tannlege å påse at tannbehandling var innenfor kriteriene.

7.1 **Kjennetegn ved målgruppene**

Målgruppene i prosjektet kan kjennetegnes ved noen forhold. Det kan være alder, helse, livssituasjon og økonomi. Dette er faktorer som kjennetegner selve gruppen uten at det nødvendigvis gjelder for hver enkelt individ i gruppen. Dersom man ønsker å gi et tannhelsetilbud til bestemte grupper, definert slik som i dette prosjektet, kan det bli nødvendig å finne slike kjennetegn for å synliggjøre hvilken betydning et tannhelsetilbud har for gruppen som helhet. Velferdseffekten og fordelingseffekten av tilbudet kan være vanskelig å vurdere konkret, men man kan anta at tilbudet kan påvirke de forholdene som kjennetegner de enkelte gruppene.

Under er noen kjennetegn beskrevet.

7.1.1 **Gruppe E10 og E11, personer med kommunale hjemmetjenester eller som pleies av pårørende.**

Gruppene har en høy gjennomsnittsalder (70-80 år). Mange vil sannsynligvis etter hvert ha behov for flere typer helsetjenester, eventuelt sykehusopphold, sykehjemsopphold og hjemmesykepleie. Befolkningsutvikling viser at det blir flere eldre som lever lenger, og flere beholder egne tenner lenger. Tannhelsen forringes raskt ved langvarig sykdom og/eller ved at de selv ikke kan ivareta sin daglige munnhygiene. Det er derfor avgjørende at pleie- og omsorgstjenesten, helse- og sosial tjenesten, sykehuset, og tannhelsetjenesten med flere har rutiner som ivaretar daglig munnhygiene og nødvendig tannbehandling. Akseptabel oral helse hos disse målgruppene er et godt utgangspunkt for å bevare et funksjonelt tannsett livet ut. God munn- og tannhelse, og tilfredsstillende tyggefunksjon er viktig for den generelle helsen og næringsopptak. Underernæring kan være et problem, og sykdom i munnhule eller utilfredsstillende tyggeevne kan være medvirkende årsak.

Ser man på betalingsevne er det stor spennvidde, fra minstepensjonister til dem med meget god økonomi.

7.1.2 Gruppe E12 Personer i rusmiddelomsorgen.

Dette er den yngste gruppen, gjennomsnittsalder rundt 30-40 år. De som er med i prosjektet er under den kommunale rusmiddelomsorgen. Tiltakene/behandlingen er av ulik karakter. Gruppen kan kjennetegnes ved at de er i en meget vanskelig livssituasjonen. Gruppen tunge rusmisbrukere har mangelfullt kosthold og for lite inntak av næringsstoffer.³ Nasjonale undersøkelser av stoffmisbrukere i behandling viser at tannhelsen er dårlig. Det er særlig tre forhold som påvirker tannhelsen. Det ene er dårlig ernæringssituasjon, det andre er at opiatmisbrukere spiser mye sukker og sukkerholdig mat. Det siste forholdet er at mange rusmiddelmisbrukere har redsel eller motvilje mot å oppsøke tannhelsetjenesten.

Mange har i tillegg dårlig økonomi, og trenger stønad fra sosialkontoret. Det er gitt tilbakemelding fra rusmiddelmisbrukere om at tannbehandling oppleves som meget viktig, ikke bare for å bli kvitt smerter og plager, men også for å få muligheten til å ha sosial omgang og gjenoppta arbeidet. Tidligere rusmiddelmisbrukere, som er tilbake i arbeid, har gitt tilbakemelding om at det er nødvendig med økonomisk hjelp til tannbehandling også etter at de har blitt rusfri, da behandlingsbehovet er stort og kostnadene i utgangspunktet skal betales av pasienten selv, noe mange ikke har økonomisk evne til.

7.1.3 Gruppe E13 Personer under psykisk helsevern.

Har en gjennomsnittsalder på 40-50 år i prosjektet. I fylkene har man begrenset målgruppen til å være personer med psykiske lidelser som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. To fylker har konkretisert dette ytterligere. Medikamenter som brukes ved psykiske lidelser kan medføre munntørrehet, og dette kan igjen gi utslag i en rask kariesutvikling og dårlig tannhelse. Forebyggende tiltak vil være svært viktig. Mange kan også ha redsel for tannbehandling. Psykiatriske pasienter i institusjon eller med psykiatrisk hjemmesykepleie har i dag rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og inngår ikke i prosjektets målgruppe.

7.2 Velferdseffekten av tilbudet

Nytten eller velferdseffekten hver enkelt pasient hadde av tannbehandlingen gitt i prosjektet, vil selvsagt variere. For noen kan tannbehandlingen være alfa og omega for å kunne omgås sosialt, for andre har den mindre betydning, mens andre igjen kan føle trygghet og forutsigbarhet ved et offentlig tilbud.

Tannbehandling gitt i prosjektet kan kostnadsberegnes. Velferdseffekten av tilbudet vil være den enkeltes individuelle vurdering av sin tann- og munnhelse, etter kriteriene i begrepet "akseptabel oral helse", før og etter tannbehandling. I tillegg kan man se på mer objektive funn som å ikke ha alvorlige sykdommer/lidelser i munnhulen. Kartleggingen gjort i 2003 viser at færre har problemer med å spise og færre har smerter eller plager i munnhulen. I 2003 ses også en bedring i munnhygien (Beleggindeksen) og en bedring av slimhinnene (Slimhinneindeksen). Dette viser bedret daglig munnhygiene ved målingen andre gang, og slimhinneindeksen indikerer bedring over tid. Resultatene viser en trend, men det kan være vanskelig å måle om bedringen står i forhold til innsatsen gitt fra tannhelsetjenesten og fra pasienten selv, og om det står i forhold til den økonomiske innsatsen.

7.3 Fordelingseffekten av tilbudet

I utgangspunktet har vi antatt at tannhelsen hos målgruppene for prosjektet har vært dårlig og at behandlingsbehovet stort. Noen tidligere undersøkelse og resultatene fra dette prosjektet bekrefter det. Målgruppene kan omtales som "utsatte grupper" vurdert i forhold til tannhelse, helse, livsstil, økonomi med mer. I dag må den voksne befolkningen vanligvis (som målgruppene er en del av) betale for tannhelsetjenester i sin helhet. For mange kan det være vanskelig, antakeligvis er det flere i målgruppene enn i øvrig voksen befolkning som har problemer med det.

Helseundersøkelsen i 1985 viste at grupper av befolkningen med lav inntekt og liten sosial aktivitet har mindre gunstige vaner knyttet til kosthold, røyking og mosjon. Dette er forhold som kan påvirke tannhelsen. Ser man på kjennetegn hos målgruppene er det nærliggende å anta at et gratis eller subsidiert tannhelsetilbud kan bidra til å rette opp sosiale ulikheter i helse/tannhelse.

³ SINTEF rapport "Helsetilstand hos tunge rusmiddelmisbrukere" STF78 F035002

Omfanget og muligheten til tannbehandling kan påvirkes av den enkeltes økonomi. For å oppnå en rettferdig fordeling bør det vurderes om det ønskelig at de med god økonomisk evne skal få gratis/subsidiert tannhelsetilbud. I prosjektet har det vært gitt tannhelsetjenester uavhengig av økonomisk evne. Mange kommuner har gitt tilbakemelding om at tilbudet bør behovprøves etter pasientens økonomiske evne. De ser også behov for at flere andre "utsatte grupper" inngår. Her er bl.a. nevnt:

- Minstepensjonister
- Mennesker med varig nedsatt økonomisk evne
- Sosialhjelpsmottakere generelt
- Alle over 80 år
- Metadonbrukere/personer på legemiddelassistert rehabilitering (mange har allerede fått tilbud gjennom prosjektet), "tørrlagte" rusmisbrukere.

Ved innføring av et permanent tilbud bør man i forkant vurdere tilbudet opp mot mottakernes/målgruppens livssituasjon, økonomiske evne, tannhelsesituasjon, helsesituasjon, alder og sosial situasjon, slik at tilbudet blir bidrar til å rette opp sosiale ulikheter i tannhelse, samtidig som det målrettes til dem som trenger det mest.

8 Oppsummering

8.1 Bakgrunn

I 2001 startet forsøksordningen med utvidet tilbud om tannhelsetjenester til nye grupper av eldre og uføre. I 2002 og 2003 er prosjektet gjennomført. Tre fylker har deltatt og 10 kommuner.

Tilbudet om tannhelsetjenester er gått til:

- Brukere av andre kommunale hjemmetjenester enn hjemmesykepleie
- Personer med pleiebehov som ivaretas av pårørende
- Personer under rusmiddelomsorgen eller lov om psykisk helsevern, som ikke har rettigheter etter lov om tannhelsetjeneste.

8.2 Kartlegging

Munn- og tannhelsen hos målgruppene er kartlagt. I 2002 fikk 817 personer kartlagt tannhelsen, i 2003 var det 591 personer som fikk det. Av disse var det 442 stykker som vi kan følge fra 2002 til 2003.

Frafallet var betydelig større i 2003 enn i 2002: 16 % i 2002 og 41 % i 2003 regnet ut i fra dem som i utgangspunktet ønsket tilbudet. Frafallet var størst i gruppe E10 (Hjemmebaserte tjenester) og minst i gruppe E12 (Psykisk helsevern). Mange fra gruppe E10 frafaller fordi de ikke lenger er kvalifisert til Futt-tilbudet eller de inngår i annen prioritert gruppe og får rettigheter etter Lov om tannhelsetjenesten.

Munn- og tannhelsen er målt til ikke akseptabel/dårlig hos nær 50 % av personene i Rusmiddelomsorgen. Mellom 30- og 40 % av personene med Hjemmebaserte tjenester og ca 30 % av de under Psykisk helsevern har tilsvarende ikke akseptabel/dårlig status.

Totalt rapporterer ca 42 % om smerter/plager fra munnhule og ca 28 % har tyggeproblemer. Det er store forskjeller mellom målgruppene.

Tann- og munnhelsen har blitt bedre for alle målgrupper fra 2002 til 2003. Færre rapporterer om munntørrehet og færre har smerter/plager i munnen i 2003 enn i 2002.

Resultatene fra andre gangs kartlegging er et øyeblikksbilde av hvordan munn- og tannhelsen er hos målgruppene ett år etter første gangs kartlegging. Øyeblikksbildet tar ikke hensyn til hvor lenge det er siden behandlingen ble avsluttet eller om pasienten er ferdigbehandlet.

Totalt 88% har behov for behandling. Rundt 70 % har behov for forebyggende eller reparativ tannbehandling, og 10 % har et akutt behandlingsbehov.

Gruppen med hjemmebaserte tjenester (de eldste undersøkte) har minst behov for alle typer behandling.

85% av de som har kontakt med psykisk helsevern har behov for behandling.

Blant rusmiddelmisbrukerne er behovet størst: Nær 100 % av de undersøkte har behov for tannbehandling. Behandlingsbehovet er størst blant de yngste brukerne i alle kategoriene - antakelig fordi de har egne tenner.

Fra 2002 til 2003 er det en klar reduksjon i andelen som trenger tannbehandling. Også i behovet for akutt tannbehandling har det vært en reduksjon, fra 10 % i 2002 til 2 % i 2003. Det er relativt få som ikke har behov for en eller annen form for behandling.

8.3 Finansiering og organisering

Rundt kr 11,9 millioner er tildelt fylkene for organisering og gjennomføring av forsøksordningen fra 2001 til og med 2003.

To fylker har prøvd ut bruk av egenandeler, de samme fylkene har også inngått skriftlige avtaler med private tannleger for behandling av pasienter under Futt-prosjektet. Det tredje fylket har ikke hatt egenandeler på tannbehandlingen og det er inngått en prinsippavtale med den lokale tannlegeforeningen for behandling av Futt-pasienter.

Tabellen viser *beregnet* gjennomsnittlige kostnader for Futt-kartlegging, undersøkelse, klinisk forebygging og behandling per pasient i perioden 2002-2003 og per år.

Tid/Kostnader	Tid i 2002+2003	Honorar/kostnader	Kostnad per pas 2002-2003	Kostnad per pas per år
Tannpleier på klinikk inkl Futt-kartlegging	3	541	1623	811
Tannbehandling hos tannlege	7,4	ca kr 980-1250	8540	4270
Tanntechniker		1796	1796	898
SUM	10,4		11959	5979

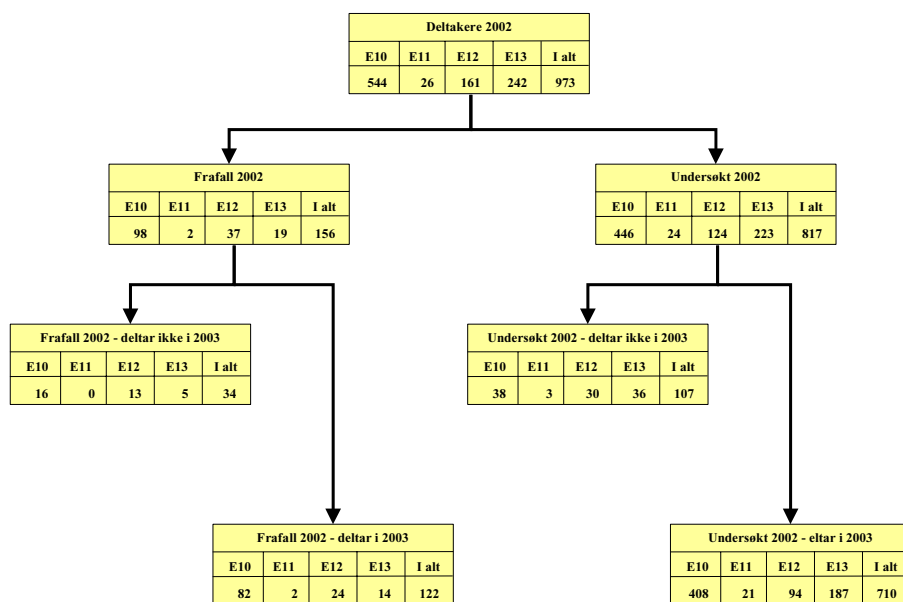
Fylkene har inngått ulike avtaler/kontrakter med private tannleger for behandling av Futt-pasienter. Vest-Agder har den gjennomsnittlig dyreste tannbehandling hos private tannleger, Nord-Trøndelag har den billigste behandlingen i offentlig tannhelsetjeneste.

8.4 Fordelingseffekt

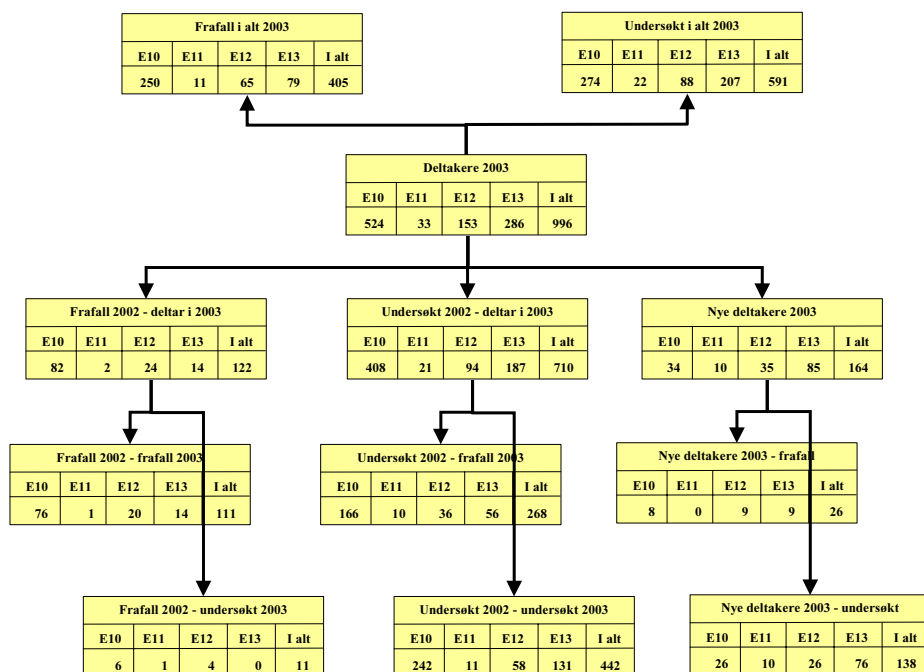
Ved innføring av et permanent tilbud bør man i forkant vurdere tilbudet opp mot mottakernes/målgruppens livssituasjon, økonomiske evne, tannhelsesituasjon, helsesituasjon, alder og sosial situasjon, slik at tilbudet bidrar til å rette opp sosiale ulikheter i tannhelse, samtidig som det målrettes til dem som trenger det mest.

VEDLEGG 1

Deltakelse og frafall i 2002



Deltakelse og frafall i 2003



VEDLEGG 2

Kostnadsvurdering av Thomas Hoel

Innledning

Målsetting

Formålet med dette dokumentet er å gi grunnlag for et estimat for hva det vil koste å gjennomføre FUTT-opplegget for de aktuelle målgruppene i landet som helhet. Målet for kostnadsvurderingen er å komme fram til et anslag for hvor stort behovet er for behandling av forskjellig type under FUTT-konseptet.

Avgrensing

De undersøkte personene tilhører de fire målgruppene E10 (hjemmebaserte tjenester), E11 (pleies av pårørende), E12 (rusmiddelomsorgen) og E13 (psykisk helsevern). Det er imidlertid samlet inn svært lite data for målgruppe E11, og de dataene som er samlet inn er etter all sannsynlighet verken representative i forhold til sin relative vekt i materialet eller i forhold til sin fordeling på kommuner, kjønn eller alder. Målgruppe E11 er derfor ikke inkludert i denne analysen.

Forutsetninger

Det er flere forutsetninger som må være oppfylt for at denne kostnadsvurderingen kan gi grunnlag for holdbare prognoser. Dette gjelder for det første enkelte demografiske forutsetninger:

- a) Kommunene som er valgt ut, må til sammen være representative for Norge mht aldersstruktur.
- b) Andelen personer fra de 4 aldersgruppene undersøkelsen omfatter, som også tilhører målgruppene E10, E12 og E13, må være representativ på landsbasis.
- c) Helsesituasjonen i målgruppene E10, E11 og E12 må også være representativ på landsbasis.

For det andre må det forutsettes at undersøkelsen har foregått etter de samme retningslinjene i alle kommunene, det vil si at:

- d) samtlige personer i målgruppene har fått tilbud om å være med i FUTT-prosjektet,
- e) alle som har takket ja til tilbudet, er blitt innkalt til undersøkelse, og
- f) samtlige som har møtt fram til undersøkelse, er blitt registrert i datasystemet.

For det tredje forutsettes det at helseteamene i fylkene og kommunene har utført undersøkelsen på mest mulig lik måte.

Analysen som følger har som utgangspunkt at disse forutsetningene i det alt vesentlige er oppfylt. Til slutt diskuteres hva det kan bety dersom enkelte av forutsetningene i noen grad ikke kan anses å være oppfylt.

Valg av metode

En kostnadsvurdering kan gjennomføres på flere måter. Valg av metode avhenger i stor grad av hvilken informasjon man har tilgang til. FUTT-prosjektet har gjennom undersøkelser i 10 kommuner fordelt på 3 fylker kartlagt "terrenget" og tilveiebrakt mye informasjon. Den informasjonen som er ønskelig for en kostnadsvurdering, er følgende:

- a) En kartlegging av tannhelsetilstanden og behandlingsbehov per person i målgruppene fordelt på fylker, kjønn og alder.
- b) En kartlegging av målgruppenes omfang ("populasjonen") fordelt på fylker, kjønn og alder.
- c) En kartlegging av hvor stor andel av de forskjellige målgruppene som kan forventes å ville delta i et opplegg av FUTT-typen.
- d) Oversikt over kostnadene ved gjennomføring av de forskjellige komponentene i FUTT-konseptet.

FUTT-prosjektet har til nå først og fremst gitt informasjon av type a). Det har blitt gjort forsøk på en kartlegging av type b), men her har man ikke nådd helt fram. Det har av flere årsaker også vist seg vanskelig å gi eksakte tall for denne typen målgrupper, blant annet fordi "medlemsmassen" i målgruppene til dels varierer sterkt over tid. De samme årsakene fører til at det også har vist seg vanskelig å skaffe informasjon av type c). Informasjon av type d) vil kunne framskaffes uavhengig av prosjektet.

Ønsker man å framskrive resultatene av kostnadsvurderingen, er det også ønskelig med prognoser for utviklingen av omfanget av målgruppene. Det vil ikke bli gjort forsøk på framskrivinger av denne typen i dette dokumentet.

Har man tilgang til informasjon av typene a), b) og c) er det mulig å gjennomføre en kostnadsvurdering i 9 punkter etter disse linjene:

- 1) For hver kommune deles den undersøkte brukermassen inn i 24 grupper definert ved kjønn, aldersgruppe og målgruppe. Disse undergruppene kalles **utvalgsgupper**.
- 2) Populasjonen av brukere tilhørende målgruppene i kommunene inndeles på tilsvarende måte i 24 grupper (etter kjønn, aldersgruppe og målgruppe). Disse gruppene kalles **populasjonsgruppene**.
- 3) For hver av de deltakende kommunene beregner man hvor stor del av hver av de 24 populasjonsgruppe som har deltatt i FUTT-prosjektet (dvs hvor stor del av populasjonsgruppa som også hører til den tilsvarende utvalgsgruppa). De andelene man på denne måten kommer fram til, regner man som **potensialet** for behandling etter FUTT-konseptet.
- 4) For hver kommune beregner man **behandlingsbehov** per person, dvs hvor mye behandling av forskjellig type (undersøkelse, forebyggende, reparasjon, akutt) FUTT-materialet viser at hver person vil trenge.
- 5) Gjennom gjennomsnittsberegninger estimerer man det gjennomsnittlige potensialet for hver populasjonsgruppe på landsbasis. Dette tallet kan vi kalle **landspotensialet**. Landspotensialet er en andelsbrøk som uttrykker hvor stor andel av brukerpopulasjonen man antar vil ønske å delta i et behandlingsopplegg etter FUTT-opplegget.
- 6) Gjennom gjennomsnittsberegninger estimerer man også **behandlingsbehovet på landsbasis**, dvs et gjennomsnittstall for behandlingsbehovet per person på landsbasis i hver av de 24 utvalgsgruppene.
- 7) Ut fra populasjonsgruppenes størrelse i kommunene og folketallet i kommunene beregner man et estimat for størrelsen av hver av populasjonsgruppene på landsbasis. Dette tallet kaller vi **landspotulasjonen**. Denne størrelsen uttrykkes i antall personer.
- 8) Ved å anvende landspotensialet på landspotulasjonen for hver målgruppe, får man et estimat på landsbasis for hvor mange personer i hver av de 24 gruppene definert ved kjønn, målgruppe og alder som vil være interessert i å delta i behandling av FUTT-typen. Disse tallene kaller vi **målgrupper på landsbasis**.
- 9) For hver av målgruppene på landsbasis kan man nå ut fra **målgruppene på landsbasis** og **behandlingsbehovet på landsbasis** estimere hvor stort antall behandlinger av forskjellig type som vil være nødvendig. Ved å multiplisere disse tallene med kostnadsanslag for hver type behandling vil man ha nådd fram til et kostnadsestimat.

For FUTT-prosjektet foreligger det bare brukbar informasjon av type a). Informasjon av type b) foreligger fra 3 av de 10 kommunene, 1 i Nord-Trøndelag og 2 i Hedmark. Dette grunnlaget er for ufullstendig til at det er mulig å gjennomføre en kostnadsanalyse etter oppskriften over. I stedet må det gjennomføres en enklere variant i 7 trinn, etter disse linjene:

- 1) For hver kommune deles den undersøkte brukermassen inn i 24 grupper definert ved kjønn (2), aldersgruppe (4) og målgruppe (3). Disse undergruppene kalles **utvalgsgupper**.
- 2) Befolkningen i hver av de 10 deltakerkommunene inndeles i 8 grupper etter kjønn og alder. Disse gruppene kalles **rekrutteringsgrupper**. Antall personer i hver rekrutteringsgruppe telles opp.
- 3) For hver av deltakerkommunene beregnes det hvor stor andel av rekrutteringsgruppene de rekrutterte i hver av de 3 målgruppene utgjør. I alt blir dette 24 beregninger. Denne andelen kalles **rekrutteringspotensialet** for målgruppene. Rekrutteringspotensialet gir, med utgangspunkt i folketallet i rekrutteringsgruppene i en kommune, et mål for hvor mange personer som vil kunne bli rekruttert til et behandlingsopplegg av FUTT-typen.
- 4) Gjennom gjennomsnittsberegning estimeres **rekrutteringspotensialet på landsbasis** for hver av de 24 utvalgsgruppene.
- 5) Ved å anvende rekrutteringspotensialet på landsbasis på innbyggertallet i landet under ett, får man estimerer for hvor mange personer som vil rekrutteres til hver av de 24 utvalgsgruppene. Disse tallene kaller vi **estimerte målgrupper på landsbasis**.
- 6) For hver kommune beregner man **behandlingsbehov** per person, dvs hvor mye behandling av forskjellig type (undersøkelse, forebyggende, reparasjon, akutt) FUTT-materialet viser at hver person vil trenge. Med utgangspunkt i disse tallene estimerer man **behandlingsbehovet på landsbasis**.
- 7) For hver av målgruppene kan man nå ut fra de **estimerte målgruppene** og **behandlingsbehovet på landsbasis** gi anslag for hvor stort antall behandlinger av forskjellig type som vil være nødvendig. Ved å multiplisere disse tallene med kostnadsanslag for hver type behandling vil man ha nådd fram til et kostnadsestimat.

Den siste varianten (variant 2) kan gi mindre nøyaktige resultater enn den første (variant 1) fordi variant 2 ikke tar hensyn til at populasjonen i hver av målgruppene kan utgjøre en varierende andel av befolkningen fra kommune til kommune og fra fylke til fylke. Forutsetter man imidlertid at denne variasjonen er liten, skal resultatet av de to estimeringsmetodene bli det samme.

Kostnadsvurdering i 7 trinn

Analysen

Trinn 1 – Inndeling i utvalgsgupper

For hver deltakerkommune kan de undersøkte deles inn i 24 grupper ut fra målgruppe (3), kjønn (2) og aldersgruppe (4). En fullstendig matrise med fordeling av de 731 personene som danner datagrunnlaget for kostnadsvurderingen følger på de neste sidene. Det er denne matrisen som er grunnlaget for alle gjennomsnittsberegninger mht **rekrutteringspotensiale** og **behandlingsbehov**.

Målgruppe	Bokommune	Kjønn	Aldersgruppe			
			20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemme- baserte tjenester	0403 Hamar	Kvinne	1	12	27	22
		Mann		1	7	6
	0428 Trysil	Kvinne		1	4	3
		Mann	1	1	1	
	0437 Tynset	Kvinne	2	4	7	10
		Mann	1		6	8
	1001 Kristiansand (Vågsbygd)	Kvinne	1	4	14	16
		Mann	1	2	3	3
	1021 Marnardal	Kvinne		1	7	8
		Mann	1	2	7	7
	1032 Lyngdal	Kvinne	5	16	15	28
		Mann			2	4
	1714 Stjørdal	Kvinne		2	27	51
		Mann		4	8	13
	1717 Frosta	Kvinne				6
		Mann		1		2
	1729 Inderøy	Kvinne		1	12	19
		Mann		1	5	3
	1748 Fosnes	Kvinne			3	
		Mann				2
E12 – rusmiddel- omsorgen	0403 Hamar	Kvinne	3			
		Mann	11	5		
	0428 Trysil	Kvinne		1		
		Mann	4	1		
	0437 Tynset	Kvinne		2		
		Mann	3	2		
	1001 Kristiansand (Vågsbygd)	Kvinne	13	1		
		Mann	21	2		
	1021 Marnardal	Kvinne				
		Mann				

Målgruppe	Bokommune	Kjønn	Aldersgruppe			
			20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
	1032 Lyngdal	Mann		1		
		Kvinne	2			
		Mann	3			
	1714 Stjørdal	Kvinne	2			
		Mann	5	2		
	1717 Frosta	Kvinne	1			
		Mann	2	1		
	1729 Inderøy	Kvinne	1			
		Mann	8	3		
	1748 Fosnes	Kvinne				
		Mann				
E13 – psykisk helsevern	0403 Hamar	Kvinne	5	6		
		Mann	7	2		
	0428 Trysil	Kvinne	7	8	2	
		Mann	7	4		
	0437 Tynset	Kvinne	7	2	5	1
		Mann	4	2	1	1
	1001 Kristiansand (Vågsbygd)	Kvinne	30	8		
		Mann	11	6		
	1021 Marnardal	Kvinne	2	3		
		Mann	1			
	1032 Lyngdal	Kvinne	1	3	1	
		Mann				
	1714 Stjørdal	Kvinne	9	4	2	
		Mann		1		
	1717 Frosta	Kvinne	9	2		
		Mann	1	4		
	1729 Inderøy	Kvinne	9	8	1	
		Mann	7	2		
	1748 Fosnes	Kvinne				
		Mann	1	2		

Tabell 1: Oversikt over de 24 utvalgsgruppene i hver kommune

Trinn 2 – Inndeling i rekrutteringsgrupper

Rekrutteringsgrupper er de populasjonsgruppene som FUTT-deltakerne er hentet fra.

Rekrutteringsgruppene er definert ut fra personenes aldersgruppe (4) og kjønn (2). Det fins derfor 8 rekrutteringsgrupper for hver kommune. Antallet personer i disse rekrutteringsgruppene er gjengitt i tabellen under. Antallet personer i rekrutteringsgruppene vil bli brukt sammen med antallet i

utvalgsgruppene fra forrige trinn (trinn 1) til å beregne **rekrutteringspotensialet**, dvs den andelen personer fra hver aldersgruppe som lar seg rekruttere til å delta i et behandlingsopplegg av FUTT-typen.

Bokommune	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år	Totalsummer
0403 Hamar	kvinner	4311	3860	1889	973	11033
	menn	4307	3593	1339	506	9745
0428 Trysil	kvinner	1045	930	472	298	2745
	menn	1120	996	418	181	2715
0437 Tynset	kvinner	832	698	305	179	2014
	menn	853	725	296	113	1987
1001 Kristiansand (Vågsbygd)	kvinner	3641	2486	997	396	7520
	menn	3711	2366	763	191	7031
1021 Marnardal	kvinner	318	247	116	72	753
	menn	377	257	99	45	778
1032 Lyngdal	kvinner	1200	866	311	201	2578
	menn	1260	847	246	109	2462
1714 Stjørdal	kvinner	3107	2380	835	503	6825
	menn	3249	2484	697	287	6717
1717 Frosta	kvinner	343	309	128	93	873
	menn	381	331	126	47	885
1729 Inderøy	kvinner	862	770	268	178	2078
	menn	938	802	239	94	2073
1748 Fosnes	kvinner	99	96	51	32	278
	menn	103	107	43	23	276
Totalsummer	kvinner	15758	12642	5372	2925	36697
	menn	16299	12508	4266	1596	34669

Tabell 2: Oversikt over de 8 rekrutteringsgruppene i hver kommune

Trinn 3 – Beregning av rekrutteringspotensialet

For hver av deltakerkommunene beregnes det hvor stor andel av rekrutteringsgruppene de rekrutterte i hver av de 3 målgruppene utgjør. I alt blir dette 24 beregninger. Denne andelen kalles **rekrutteringspotensialet** for målgruppene. Rekrutteringspotensialet gir, med utgangspunkt i folketallet i rekrutteringsgruppene i en kommune, et mål for hvor mange personer som vil kunne bli rekruttert til et behandlingsopplegg av FUTT-typen.

Et eksempel på hvordan disse beregningene foretas:

- I Hamar kommune er det bosatt 4311 kvinner i alderen 20-44 år. Dette er rekrutteringsgruppa for kvinner i alderen 20-44 år i Hamar kommune.
- En viss andel av disse kvinnene omfattes av rusmiddelomsorgen for Hamar kommune, dvs at de tilhører målgruppe E12. Antallet kvinner i denne gruppa kjenner vi ikke.

- Blant kvinnene i målgruppe E12 i Hamar kommune, har 3 latt seg rekruttere til å delta i FUTT-prosjektet. Disse 3 personene utgjør utvalgsgruppa for målgruppe E12 blant kvinner i alderen 20-44 år i Hamar kommune.
- Rekrutteringspotensialet for målgruppe E12 blant kvinner i alderen 20-44 år i Hamar kommune finner vi ved å dividere utvalgsgruppa med rekrutteringspotensialet, dvs at regnestykket blir $3 / 4311 = 0,00070$.

Dette regnestykket utføres for hver av utvalgsgruppene i alle kommunene. Resultatene er oppsummert i tabellen under.

			Aldersgruppe			
Målgruppe	Bokommune	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemme-baserte tjenester	0403 Hamar	Kvinne	0,00023	0,00311	0,01429	0,02261
		Mann	0,00000	0,00028	0,00523	0,01186
	0428 Trysil	Kvinne	0,00000	0,00108	0,00847	0,01007
		Mann	0,00089	0,00100	0,00239	0,00000
	0437 Tynset	Kvinne	0,00240	0,00573	0,02295	0,05587
		Mann	0,00117	0,00000	0,02027	0,07080
	1001 Kristiansand (Vågsbygd)	Kvinne	0,00027	0,00161	0,01404	0,04040
		Mann	0,00027	0,00085	0,00393	0,01571
	1021 Marnardal	Kvinne	0,00000	0,00405	0,06034	0,11111
		Mann	0,00265	0,00778	0,07071	0,15556
	1032 Lyngdal	Kvinne	0,00417	0,01848	0,04823	0,13930
		Mann	0,00000	0,00000	0,00813	0,03670
	1714 Stjørdal	Kvinne	0,00000	0,00084	0,03234	0,10139
		Mann	0,00000	0,00161	0,01148	0,04530
	1717 Frosta	Kvinne	0,00000	0,00000	0,00000	0,06452
		Mann	0,00000	0,00302	0,00000	0,04255
	1729 Inderøy	Kvinne	0,00000	0,00130	0,04478	0,10674
		Mann	0,00000	0,00125	0,02092	0,03191
	1748 Fosnes	Kvinne	0,00000	0,00000	0,05882	0,00000
		Mann	0,00000	0,00000	0,00000	0,08696
E12 – rusmiddel-omsorgen	0403 Hamar	Kvinne	0,00070	0,00000		
		Mann	0,00255	0,00139		
	0428 Trysil	Kvinne	0,00000	0,00108		
		Mann	0,00357	0,00100		
	0437 Tynset	Kvinne	0,00000	0,00287		
		Mann	0,00352	0,00276		
	1001 Kristiansand (Vågsbygd)	Kvinne	0,00357	0,00040		
		Mann	0,00566	0,00085		
	1021 Marnardal	Kvinne	0,00000	0,00000		
		Mann	0,00000	0,00389		
	1032 Lyngdal	Kvinne	0,00167	0,00000		

Målgruppe	Bokommune	Kjønn	Aldersgruppe			
			20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
	1714 Stjørdal	Mann	0,00238	0,00000		
		Kvinne	0,00064	0,00000		
	1717 Frosta	Mann	0,00154	0,00081		
		Kvinne	0,00292	0,00000		
	1729 Inderøy	Mann	0,00525	0,00302		
		Kvinne	0,00116	0,00000		
	1748 Fosnes	Mann	0,00853	0,00374		
		Kvinne	0,00000	0,00000		
		Mann	0,00000	0,00000		
		Kvinne	0,00116	0,00155	0,00000	0,00000
	0403 Hamar	Mann	0,00163	0,00056	0,00000	0,00000
		Kvinne	0,00670	0,00860	0,00424	0,00000
E13 – psykisk helsevern	0428 Trysil	Mann	0,00625	0,00402	0,00000	0,00000
		Kvinne	0,00841	0,00287	0,01639	0,00559
	0437 Tynset	Mann	0,00469	0,00276	0,00338	0,00885
		Kvinne	0,00824	0,00322	0,00000	0,00000
	1001 Kristiansand (Vågsbygd)	Mann	0,00296	0,00254	0,00000	0,00000
		Kvinne	0,00629	0,01215	0,00000	0,00000
	1021 Marnardal	Mann	0,00265	0,00000	0,00000	0,00000
		Kvinne	0,00083	0,00346	0,00322	0,00000
	1032 Lyngdal	Mann	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000
		Kvinne	0,00290	0,00168	0,00240	0,00000
	1714 Stjørdal	Mann	0,00000	0,00040	0,00000	0,00000
		Kvinne	0,02624	0,00647	0,00000	0,00000
	1717 Frosta	Mann	0,00262	0,01208	0,00000	0,00000
		Kvinne	0,01044	0,01039	0,00373	0,00000
	1729 Inderøy	Mann	0,00746	0,00249	0,00000	0,00000
		Kvinne	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000
	1748 Fosnes	Mann	0,00971	0,01869	0,00000	0,00000
		Kvinne				

Tabell 3: Oversikt over rekrutteringspotensialet til målgruppene i kommunene

Trinn 4 – Beregning av rekrutteringspotensiale på landsbasis

Neste trinn i analysen er å utarbeide tall for rekrutteringspotensialene på landsbasis. Disse tallene skal seinere brukes til å estimere hvor mange deltakere man kan forvente å få om man starter opp behandling av FUTT-typen på landsbasis.

Rekrutteringspotensiale på landsbasis beregnes som gjennomsnitt over de 10 deltakerkommunene for hver av de 24 utvalgsgruppene. Det fins flere måter å beregne gjennomsnitt på, så her må det gjøres et valg. To vanlige beregningsmåter er de følgende:

- A) Gjennomsnitt uten vekting. Hver av de målte enhetene får samme tyngde i gjennomsnittsberegningen uten hensyn til hvor stor andel av populasjonen enheten utgjør.
- B) Gjennomsnitt med vekting. Hver av de målte enhetene får justert sin tyngde i gjennomsnittsberegningen ut fra hvor stor andel av populasjonen enheten utgjør.

Formålet med denne analysen er å komme fram til et estimat for landet som helhet basert på undersøkelse av utvalg fra 10 kommuner fordelt på tre fylker. For dette formålet vil et gjennomsnitt med vekting etter innbyggertall være riktigere enn et gjennomsnitt uten vekting, siden vektinga kan fange opp eventuelle forskjeller som har sammenheng med enhetenes innbyggertall.

FUTT-prosjektet er gjennomført i 10 kommuner fordelt på 3 fylker. Tre av kommunene tilhører Vest-Agder fylke, tre kommuner tilhører Hedmark fylke og fire kommuner tilhører Nord-Trøndelag fylke. Holder man antall personer i de fire aldersgruppene i de tre fylkene opp mot totalsummen for de samme aldersgruppene i fylkene, får man følgende tabell:

1	2	3	4	5
Fylke	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
Hedmark	59437	51624	21690	10147
Vest-Agder	54811	38090	13797	6796
Nord-Trøndelag	40759	33207	12514	6180
Totalt	155007	122921	48001	23123

Tabell 4: Oversikt over alderssammensetningen i de tre utvalgsfylkene

Erstatter vi tallene for hvert enkelt fylke med fylkets prosentvise andel av totalsummen i nederste linje, ser tabellen slik ut:

1	2	3	4	5
Fylke	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
Hedmark	38,3	42,0	45,2	43,9
Vest-Agder	35,4	31,0	28,7	29,4
Nord-Trøndelag	26,3	27,0	26,1	26,7
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 5: Relativ alderssammensetning i de tre utvalgsfylkene

Tabellen viser at aldersgruppene har en ulik relativ størrelse i de forskjellige fylkene. Det må tas hensyn til under utregning av landstall.

For å unngå eventuelle skjevheter med utgangspunkt i forskjellen i innbyggertall mellom FUTT-fylkene, vil det under gjennomsnittsberegningene gjennomføres en vekting i to trinn:

- 1) Først beregnes gjennomsnittstall for hvert fylke. Under disse beregningene vektet kommunene ut fra forholdet mellom deres innbyggertall. Kommunene får en vekt som øker proporsjonalt med økende innbyggertall.
- 2) Ut fra gjennomsnittstallene for fylkene beregnes gjennomsnitt for landet som helhet. Her brukes samme metode: Hvert fylke får en vekt som er proporsjonal med fylkets andel av summen av innbyggere i de undersøkte fylkene. Grunnlaget for denne vekten framkommer i kolonne 3 i tabellen over. Hedmark får en vekt på $142\,898 / 349\,052 = 0,41$, Vest-Agder en vekt på $113\,494 / 349\,052 = 0,33$ og Nord-Trøndelag en vekt på $92\,660 / 349\,052 = 0,27$. Summen av vektene blir 1,01 (på grunn av avrunding av tallene).

Et regneeksempel for målgruppe E10, kvinner, aldersgruppa 80+ år:

Gjennomsnittstall for Hedmark fylke:

$$(22 + 3 + 10) / (973 + 298 + 179) = 35 / 1450 = \mathbf{0,02414}$$

Gjennomsnittstall for hele landet ut fra fylkestallene:

$$((0,02414 * 10147) + (0,07773 * 6796) + (0,09429 * 6180)) / 23123 = \mathbf{0,05864}$$

Beregning av gjennomsnittstall på samme måte for alle de 24 utvalgsgruppene gir følgende tabell med gjennomsnittstall for rekrutteringspotensiale på landsbasis.

		Aldersgruppe			
Målgruppe	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemmebaserte tjenester	Kvinne	0,00060	0,00334	0,02225	0,05864
	Mann	0,00025	0,00095	0,00926	0,03146
E12 – rusmiddelomsorgen	Kvinne	0,00145	0,00032		
	Mann	0,00353	0,00134		
E13 – psykisk helsevern	Kvinne	0,00505	0,00349	0,00200	0,00030
	Mann	0,00240	0,00182	0,00022	0,00055

Tabell 6: Rekrutteringspotensialet på landsbasis for de 24 utvalgsgruppene

Trinn 5 – Estimering av målgrupper på landsbasis

I trinn 4 ble rekrutteringspotensialet på landsbasis beregnet. Ut fra potensialet og antallet personer i hver av de 24 utvalgsgruppene (målgruppe * kjønn * aldersgrupper) kan vi nå estimere hvor mange personer som vil være interessert i å delta i et behandlingsopplegg etter FUTT-modellen. Denne estimeringa foregår ved at matrisen over multipliseres med matrisen under, som inneholder landstall for de 8 rekrutteringsgruppene (kjønn * aldersgrupper).

		Aldersgruppe				Totalsummer
	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år	
Landstall for rekrutteringsgruppene	Kvinne	784990	565747	225686	134142	1710565
	Mann	814051	575168	182462	67317	1638998
Totalsummer		1599041	1140915	408148	201459	3349563

Tabell 7: Landstall for de 8 rekrutteringsgruppene

Et eksempel på hvordan dette gjøres:

For kvinner i alderen 20-44 år i målgruppe E10 er det estimerte rekrutteringspotensialet på landsbasis 0,00058. I hele landet fins det 784 990 personer i denne utvalgsgruppa. Antall personer som vil være interessert i å delta i et FUTT-opplegg estimerer vi da som:

$$784\,990 * 0,00060 = 469.$$

Resultatet av denne multiplikasjonen utført for alle gruppene er oppsummert i tabellen under.

		Aldersgruppe			
Målgruppe	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemmebaserte tjenester	Kvinne	469	1888	5021	7866
	Mann	207	547	1690	2118
E12 – rusmiddelomsorgen	Kvinne	1140	179	0	0
	Mann	2874	768	0	0
E13 – psykisk helsevern	Kvinne	3963	1977	451	41
	Mann	1953	1047	40	37

Tabell 8: Rekrutteringspotensialet på landsbasis i de 8 rekrutteringsgruppene

Trinn 6 – Beregning av behandlingsbehov per person

Under undersøkelsen rundt i utvalgskommunene har tannhelsepersonalet vurdert hva slags behandling hver enkelt undersøkt person trenger. På grunnlag av dette kan det beregnes et gjennomsnittstall for hvor stort behandlingsbehov hver enkelt person har. Vi kan også kalle dette tallet en **behovsindeks**. Ut fra undersøkelsen kan vi skille mellom 4 forskjellige behandlinger:

- Forundersøkelse. Alle som deltar i FUTT-prosjektet må inn til en forundersøkelse. Formålet med forundersøkelsen er å vurdere om personen trenger oppfølgende behandling, og i så fall hva slags oppfølgende behandling som er nødvendig.
- Forebyggende behandling
- Reparasjon
- Akuttbehandling

Som nevnt trenger alle behandling av type a), mens behovet for behandling av typene b), c) og d) varierer mye mellom de forskjellige gruppene (målgruppe, kjønn og aldersgrupper). Behandlingsbehovet kan vises som et tall i området 0–1. Behandlingsbehov lik 0 betyr at ingen i gruppa er vurdert til å ha dette behovet. Behandlingsbehov lik 1 betyr at alle i gruppa trenger behandlingen det er snakket om.

Fylkesvise gjennomsnittstall for behandlingsbehov beregna ut fra resultatet av undersøkelsen i FUTT-prosjektet er oppsummert i tabellene under. En tom celle i tabellene betyr at det ikke fins noen personer i utvalget som passer inn i cellen.

Forebyggende behandling			Aldersgruppe			
Målgruppe	Bofylke	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemmebaserte tjenester	Hedmark	Kvinne	0,66667	0,64706	0,65789	0,45714
		Mann	1,00000	0,50000	0,71429	0,57143
	Vest-Agder	Kvinne	0,83333	0,95238	0,80556	0,73077
		Mann	1,00000	1,00000	0,83333	1,00000
	Nord-Trøndelag	Kvinne		1,00000	0,64286	0,59211
		Mann		1,00000	0,76923	0,70000
E12 – rusmiddelomsorgen	Hedmark	Kvinne	1,00000	1,00000		
		Mann	0,83333	1,00000		
	Vest-Agder	Kvinne	1,00000	1,00000		
		Mann	1,00000	1,00000		

Forebyggende behandling			Aldersgruppe			
Målgruppe	Bofylke	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E13 – psykisk helsevern	Nord-Trøndelag	Kvinne	1,00000			
		Mann	0,93333	0,83333		
	Hedmark	Kvinne	0,57895	0,68750	0,14286	1,00000
		Mann	0,72222	0,87500	1,00000	1,00000
	Vest-Agder	Kvinne	0,93939	1,00000	0,00000	
		Mann	1,00000	1,00000		
	Nord-Trøndelag	Kvinne	0,88889	1,00000	0,33333	
		Mann	1,00000	1,00000		

Tabell 9: Behovsindeks for forebyggende behandling

Reparasjon			Aldersgruppe			
Målgruppe	Bofylke	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemmebaserte tjenester	Hedmark	Kvinne	0,00000	0,76471	0,52632	0,48571
		Mann	1,00000	1,00000	0,71429	0,28571
	Vest-Agder	Kvinne	0,66667	0,23810	0,47222	0,46154
		Mann	1,00000	0,75000	0,66667	0,57143
	Nord-Trøndelag	Kvinne		0,66667	0,50000	0,43421
		Mann		0,83333	0,84615	0,40000
E12 – rusmiddelomsorgen	Hedmark	Kvinne	1,00000	0,66667		
		Mann	0,83333	0,87500		
	Vest-Agder	Kvinne	0,93333	1,00000		
		Mann	0,87500	1,00000		
	Nord-Trøndelag	Kvinne	1,00000			
		Mann	1,00000	1,00000		
E13 – psykisk helsevern	Hedmark	Kvinne	0,68421	1,00000	0,42857	0,00000
		Mann	0,88889	0,75000	0,00000	1,00000
	Vest-Agder	Kvinne	0,81818	0,78571	0,00000	
		Mann	0,83333	0,33333		
	Nord-Trøndelag	Kvinne	0,66667	0,64286	0,33333	
		Mann	0,55556	0,77778		

Tabell 10: Behovsindeks for reparasjonsbehandling

Akuttbehandling			Aldersgruppe			
Målgruppe	Bofylke	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemme-baserte tjenester	Hedmark	Kvinne	0,00000	0,05882	0,05263	0,05714
		Mann	0,00000	0,00000	0,00000	0,07143
	Vest-Agder	Kvinne	0,00000	0,09524	0,02778	0,01923
		Mann	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000
	Nord-Trøndelag	Kvinne		0,00000	0,00000	0,03947
		Mann		0,16667	0,07692	0,00000
E12 – rusmiddel-omsorgen	Hedmark	Kvinne	0,33333	0,00000		
		Mann	0,16667	0,25000		
	Vest-Agder	Kvinne	0,20000	1,00000		
		Mann	0,12500	0,00000		
	Nord-Trøndelag	Kvinne	0,25000			
		Mann	0,33333	0,50000		
E13 – psykisk helse-vern	Hedmark	Kvinne	0,26316	0,25000	0,00000	0,00000
		Mann	0,22222	0,00000	0,00000	0,00000
	Vest-Agder	Kvinne	0,15152	0,07143	0,00000	
		Mann	0,00000	0,00000		
	Nord-Trøndelag	Kvinne	0,14815	0,21429	0,00000	
		Mann	0,22222	0,00000		

Tabell 11: Behovsindeks for akuttbehandling

På samme måte som landsgjennomsnitt for rekrutteringspotensiale i trinn 4 ble beregnet ut fra fylkestallene, skal det nå også beregnes landstall for behovsindeksene. Gjennomsnittstallene for landet som helhet beregnes ved at fylkestallene vektes ut fra innbyggertallet i fylkene for de 8 utvalgsgruppene bestemt av kjønn og aldersgrupper. For eksempel framkommer gjennomsnittstallet for behovet for forebyggende behandling for kvinner, 20-44 år, i målgruppe E10 på denne måten:

$$((\text{Hedmark} * 59437) + (\text{Vest-Agder} * 54811) + (\text{Nord-Trøndelag} * 40759)) / 155007 =$$

$$((0,66667 * 59437) + (0,83333 * 54811) + (0,00000 * 40759)) / 155007 =$$

$$(39624,86479 + 45675,65063 + 0,00000) / 155007 = (85300,51542) / 155007 = 0,55030.$$

Samme beregning gjøres for alle kombinasjoner behandlingstype, målgruppe, kjønn og aldersgrupper. Under følger de landstallene som framkommer ved disse beregningene.

Forebyggende behandling		Aldersgruppe			
Målgruppe	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemmebaserte tjenester	Kvinne	0,55030	0,83702	0,69642	0,57363
	Mann	0,73705	0,79001	0,76283	0,73175
E12 – rusmiddelomsorgen	Kvinne	1,00000	0,72985	0,00000	0,00000
	Mann	0,91856	0,95498	0,00000	0,00000
E13 – psykisk helsevern	Kvinne	0,78790	0,86876	0,15145	0,43883
	Mann	0,89349	0,94750	0,45187	0,43883

Tabell 12: Behovsindeks på landsbasis for forebyggende behandling

Reparasjon		Aldersgruppe			
Målgruppe	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemmebaserte tjenester	Kvinne	0,23574	0,57504	0,50391	0,46484
	Mann	0,73705	0,87751	0,73498	0,40023
E12 – rusmiddelomsorgen	Kvinne	0,97643	0,58986	0,00000	0,00000
	Mann	0,89189	0,94750	0,00000	0,00000
E13 – psykisk helsevern	Kvinne	0,72697	0,83712	0,28056	0,00000
	Mann	0,78159	0,62839	0,00000	0,43883

Tabell 13: Behovsindeks på landsbasis for reparasjonsbehandling

Akuttbehandling		Aldersgruppe			
Målgruppe	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemmebaserte tjenester	Kvinne	0,00000	0,05422	0,03177	0,04128
	Mann	0,00000	0,04502	0,02005	0,03134
E12 – rusmiddelomsorgen	Kvinne	0,26427	0,30987	0,00000	0,00000
	Mann	0,19576	0,24007	0,00000	0,00000
E13 – psykisk helsevern	Kvinne	0,19344	0,18502	0,00000	0,00000
	Mann	0,14364	0,00000	0,00000	0,00000

Tabell 14: Behovsindeks på landsbasis for akuttbehandling

De behovsindeksene vi nå har fått, viser behovet for behandling av forskjellig type pr person på landsbasis. For eksempel betyr tallet 0,19576 for en gruppe at om lag hver femte person i denne gruppa har behov for behandlingen.

På grunnlag av disse behovsindeksene kan vi estimere behandlingsbehovet på landsbasis uttrykt ved et tall for antall behandlinger som vil være nødvendig. Det gjør vi ved å multiplisere behovsindeksen i hver enkelt celle i tabellene over med rekrutteringspotensialet på landsbasis for cella. Rekrutteringspotensialet på landsbasis estimerte vi i trinn 5, og resultatene er oppført i tabell 8 over.

Anvender vi nå dette rekrutteringspotensialet fra tabell 8 på behovsindeksene i tabellene over, får vi følgende tabeller for behandlingsbehovet på landsbasis. Tabellene inneholder estimer for det antallet personer i landet som trenger hver av de tre behandlingsformene.

Forebyggende behandling		Aldersgruppe			
Målgruppe	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemmebaserte tjenester	Kvinne	258	1580	3497	4512
	Mann	153	432	1289	1550
E12 – rusmiddelomsorgen	Kvinne	1140	131	0	0
	Mann	2640	733	0	0
E13 – psykisk helsevern	Kvinne	3122	1718	68	18
	Mann	1745	992	18	16

Tabell 15: Behandlingsbehovet på landsbasis for forebyggende behandling

Reparasjon		Aldersgruppe			
Målgruppe	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemmebaserte tjenester	Kvinne	111	1086	2530	3656
	Mann	153	480	1242	848
E12 – rusmiddelomsorgen	Kvinne	1113	106	0	0
	Mann	2563	728	0	0
E13 – psykisk helsevern	Kvinne	2881	1655	127	0
	Mann	1526	658	0	16

Tabell 16: Behandlingsbehovet på landsbasis for reparasjonsbehandling

Akuttbehandling		Aldersgruppe			
Målgruppe	Kjønn	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80+ år
E10 – hjemmebaserte tjenester	Kvinne	0	102	160	325
	Mann	0	25	34	66
E12 – rusmiddelomsorgen	Kvinne	301	55	0	0
	Mann	563	184	0	0
E13 – psykisk helsevern	Kvinne	767	366	0	0
	Mann	281	0	0	0

Tabell 17: Behandlingsbehovet på landsbasis for akuttbehandling

Trinn 7 – Grunnlag for kostnadsberegning

Tabellene 15-17 estimerer hvor mange behandlinger av hver type som vil være nødvendig ved et behandlingsopplegg av FUTT-typen. Ved å finne totalantallet for hver type behandling (gjennom summering av cellene i hver enkelt tabell) kan det settes opp en budsjettskisse for et landsomfattende

FUTT-opplegg. I budsjettsskissen er også kostnadene ved selve FUTT-delen av opplegget tatt inn som en faktor. Kostnadsanslagene som er tatt inn i skissen er:

(Kostnadene er per år)

Gjennomsnittlig pris for undersøkelse og røntgen hos tannpleier	270 kr
Gjennomsnittlig pris for forebyggende behandling	405 kr
Gjennomsnittlig pris for tannbehandling hos tannlege eks teknikerutgifter	4270 kr

Tallene er hentet fra fylkenes rapporteringer over beregnet tannlege og tannpleiertid og gjennomsnittlig timehonorar. Tallene er per år og teknikerutgiftene er ikke tatt med i behandlingskostnadene.

I tabell 18 under er resultatene av disse estimatene oppsummert. Tabellen er dynamisk, dvs at man kan endre på kostnadsanslagene i kolonne 3 ("Anslått stykkpris") og oppdatere tabellen etterpå. Man går fram på denne måten:

- Skriv inn det nye kostnadstallet (eventuelt flere) i kolonne 3
- Merk de 5 nederste cellene i kolonne 4.
- Trykk deretter på tast F9. Tabellen oppdateres.

Jeg vil tilråde at man bare endrer i kolonne 3. Det er teknisk mulig å endre også i de andre kolonnene, men det er gode grunner til ikke å gjøre det (med unntak av kolonne 1). Endrer man i kolonne 2 ("Antall"), endrer man på resultatet av beregningene basert på FUTT-dataene. I kolonnene 4-6 ligger det formler. Skriver man over disse formlene, vil ikke lenger tabellen fungere.

1	2	3	4
Behandlingstype	Antall	Anslått stykkpris	Anslått kostnad
Undersøkelse/rtg	34276	270	9254520
Forebyggende beh.	25612	405	10372860
Reparasjonsbeh.	21479	4270	91715330
Akuttbeh.	3229	1000	3229000
Summer	-	-	114571710

Tabell 18: Totalsum på landsbasis for behandling etter FUTT-modellen

Det understrekes igjen at kostnadsestimatet bare omfatter de tre målgruppene E10, E12 og E13. Kostnader til målgruppe E11 kommer i tillegg til estimatene i dette dokumentet.

Det er også rimelig å forvente at en landsomfattende gjennomføring av behandling etter FUTT-opplegget vil kreve en del administrasjon, av både sentral og mer lokal karakter. Disse utgiftene er heller ikke vurdert i det foreliggende estimatet.

Noen ord om gyldigheten til kostnadsestimatet

Anslaget på 114 571 710 kroner er et estimat, og det kan derfor virke urealistisk at kostnadene er presisert under nærmeste million. Det er naturligvis også urealistisk å tro at man klarer å gjøre et estimat av denne typen så nøyaktig. Likevel står resultatene av regnestykkene akkurat slik de har framkommet, ut fra det hensynet at man ikke behøver å innføre mer usikkerhet i resultatene enn den som allerede er der.

Men usikkerhet er til stede – i rikt monn. I begynnelsen av dokumentet er det presisert hvilke forutsetninger kostnadsvurderinga avhenger av. Det er vanskelig å gi noen vurdering av i hvor stor grad de forskjellige av dem er oppfylt. Det man med rimelig stor grad av sikkerhet kan si, er at de nok ikke alle er oppfylt fullt ut. Resultatet i tabell 18 over må derfor i høyeste grad betraktes som det anslaget det er.

Uoppfylte forutsetninger behøver imidlertid ikke føre til et fullstendig uriktig svar. Det skjer først og fremst hvis alle avvikene fra forutsetningene trekker i samme retning. Trekker de derimot i forskjellig retning, kan de til dels veie hverandre opp, slik at estimatet nærmer seg til den virkelige verdien.

Hvor stor unøyaktighet kan så resultatet være befengt med? Med utgangspunkt i forutsetningene fra tidligere i dokumentet kan man forsøke å vurdere i hvor stor grad forutsetningene er oppfylt, samt antyde hvordan manglende tilslag for de forskjellige forutsetningene kan påvirke resultatet.

- a) Kommunene som er valgt ut, må til sammen være representative for Norge mht aldersstruktur.

En sammenligning viser at populasjonen i Hedmark-kommunene er litt eldre enn landsgjennomsnittet, mens populasjonen i Vest-Agder-kommunene er litt yngre enn landsgjennomsnittet og populasjonen i Nord-Trøndelag-kommunene litt eldre. Antakelig vil landspopulasjonen i gjennomsnitt være en liten tanke yngre enn utvalgspopulasjonen. Det betyr at estimatet undervurderer utgiftene i målgruppe E12 noe, og tilsvarende overvurderer utgiftene i målgruppe E10. Dette betyr at målgruppe E10 på landsbasis nok vil være noe tyngre representert enn i utvalget, og i noen grad også E13, mens målgruppe E10 vil være noe mindre. Forskjellene er imidlertid ikke store, og de største kommunene i utvalget (Hamar, Kristiansand og Stjørdal) ligger nært landsgjennomsnittet.

Tabellen 15-17 viser at de eldste aldersgruppene gjennomgående har behov for forebyggende behandling, mens de to yngste aldersgruppene har et større behov per person og et mer bredspektret behov. Akuttbehandling er i overveiende grad et behov i de yngste aldersgruppene. Alt i alt vil derfor en forskyvning i alder i retning av yngre aldersgrupper føre til en økning i kostnadene.

- b) Andelen personer fra de 4 aldersgruppene undersøkelsen omfatter, som også tilhører målgruppene E10, E12 og E13, må være representativ på landsbasis.

FUTT-undersøkelsen gir ikke grunnlag for å vurdere dette på noen eksakt måte. Det er grunn til å vente forskjeller mht alderssammensetning i de tre målgruppene i landets kommuner, men siden antallet utvalgs kommuner i FUTT-undersøkelsen er såpass høyt som 10, er avviket mellom populasjonen og utvalget neppe stort. Dette er nok likevel den forutsetningen som det er vanskeligst å vurdere om er oppfylt. Et avvik her kan slå begge veier.

- c) Helsesituasjonen i målgruppene E10, E11 og E12 må også være representativ på landsbasis.

Heller ikke her gir FUTT-undersøkelsen grunnlag for en vurdering. Men igjen er det en styrke at FUTT-undersøkelsen ble foretatt i 10 utvalgs kommuner med god spredning. Det reduserer muligheten for drastiske avvik. Antakelig er denne forutsetningen oppfylt.

- d) Samtlige personer i målgruppene har fått tilbud om å være med i FUTT-prosjektet.

Vi antar at denne forutsetningen i det alt vesentlige er oppfylt. Denne vurderingen baseres på størrelsen av utvalgs kommunene: De er alle små eller middels store kommuner, hvor det er grunn til å tro at det ikke er uoverkommelig for kommunen å ha god oversikt over de målgruppene som er interessante. Hvis man skal forvente et avvik i landspopulasjonen i forhold til denne forutsetningen, vil det sannsynligvis heller være snakk om at man ikke når ut til alle kandidatene, dvs at estimatet vil være for høyt.

- e) Alle som har takket ja til tilbudet er blitt innkalt til undersøkelse.

Ut fra samme resonnement som i forrige punkt går man ut fra at denne forutsetningen er oppfylt, og at kommunene på landsbasis ikke vil klare å gjøre dette bedre enn utvalgs kommunene for FUTT. Også her kan estimatet være for høyt.

- f) Samtlige som har møtt fram til undersøkelse er blitt registrert i datasystemet.

Materialet gir ikke grunnlag for å tro noe annet. Prosjekt-effekten fra de to foregående punktene vil nok også her trekke i retning av at et eventuelt avvik i populasjonen heller vil føre til en underregistrering enn det motsatte.

For det tredje forutsettes det at helseteamene i fylkene og kommunene har utført undersøkelsen på mest mulig enhetlig måte.

Teamene i FUTT-undersøkelsen har blitt kalibrert to ganger underveis i prosjektet. Det er grunn til å anta at det bare vil være små avvik mellom teamenes resultater. En gjennomføring av et FUTT-opplegg på landsbasis vil nok medføre større variasjon mellom teamene enn i FUTT-prosjektet. Men en slik variasjon kan forventes å være tilfeldig fordelt, slik at gjennomsnittet likevel vil ligge rundt resultatene fra FUTT-prosjektet.

Konklusjonen på gjennomgangen er at manglende oppfylling av forutsetning a) kan føre til en økning i utgiftene, mens forutsetningene d) og e) kan trekke i motsatt retning. Dette gir grunn til å tro at ingen av de feilkildene jeg har vurdert vil kunne endre resultatet i vesentlig grad.

Man står likevel igjen med det faktum at det alltid vil være en generell usikkerhet til stede når man projiserer resultater fra utvalg opp mot den populasjonen utvalget er hentet fra. Det er, som vist, vanskelig å tallfeste denne usikkerheten, men det vil være realistisk å anse en feilmargin på 20 prosent til begge sider som mulig.

***FORSØKSORDNING MED
UTVIDET FYLKESKOMMUNALT
TILBUD OM TANNHELSETJENESTER
2001-2003***

Futt-prosjektet

Kvalitativ evaluering

Juni 2004

FORORD

Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester ble iverksatt som et tilbud til grupper av personer som mottar eller er kvalifisert for kommunale hjelpetjenester.

Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for kommunale tjenester, har hatt det overordnede styringsansvar for forsøket. Det ble etablert som et prosjekt, Futt-prosjektet¹, og har hatt en gjennomføringsperiode på to år fra 1. januar 2002 til utgangen av desember 2003.

Følgende tre fylker har deltatt i prosjektet, Nord-Trøndelag med Inderøy, Stjørdal, Frosta og Fosnes kommuner, Hedmark med Hamar, Trysil og Tynset kommuner og Vest-Agder med Marnardal og Lyngdal kommuner og Vågsbygd bydel i Kristiansand.

Hensikten med forsøksordningen har vært å gi et vurderingsgrunnlag for en eventuell landsomfattende utvidelse av tannhelsetilbudet til målgruppene for forsøksordningen ved å fremskaffe kunnskap om målgruppenes omfang, tannhelseforhold og behandlingsbehov, og kunnskap om hvordan en utvidelse av offentlige tannhelsetjenester kan organiseres, administreres og finansieres.

For å fremskaffe ønsket informasjon er det blitt gjennomført kvantitativ og kvalitativ evaluering av forsøket.

Den kvantitative evalueringen er blitt ivarettatt av forsøksfylkene i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og innebærer følgende:

- kartlegging av målgruppenes størrelse
- kartlegging av personenes tannhelse
- registrering av behov for forebyggende tiltak herunder opplæring i egenomsorg og kostnadsberegning av tiltakene
- registrering av behov for nødvendig tannbehandling og kostnadsberegning med og uten egenandel

En forutsetning for å gjennomføre forsøksordningen var samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste og mellom tannhelsetjenesten og helse- og sosialtjenesten i forsøkskommunene.

Hensikten med den kvalitative evalueringen har vært å finne hvilke kriterier som er viktige for at dette samarbeidet skal fungere.

Denne rapporten omhandler den kvalitative evalueringen. Egen rapport er utarbeidet for den kvantitative evalueringen av prosjektet.

Takk til alle informanter som har vært villige til å besvare spørreskjemaer og tatt seg tid til å bli intervjuet i løpet av forsøksperioden. En spesiell takk til de tre prosjektlederne for godt samarbeid.

Undertegnede har vært ansvarlig for den kvalitative evalueringen av forsøksordningen.



Mette Eldevik

Juni 2004

¹ Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester

Innhold

1	Innledning.....	7
1.1	Bakgrunn	7
1.2	Evaluering av prosjektet	8
1.2.1	Kvantitativ evaluering	8
1.2.2	Kvalitativ evaluering	8
1.3	Brukerundersøkelsen	8
2	Kvalitativ evaluering av forsøksordningen. Valg av metode	9
2.1	Hensikt med den kvalitative evalueringen	9
2.2	Innsamling av data og tilbakeføring av evalueringsresultater	9
2.3	Anonymisering av informantene	10
2.4	Brukerundersøkelsen	10
3	Organisering av forsøksordningen	11
3.1	Utvalg av målgrupper.....	11
3.2	Mål for forsøksordningen.....	11
3.3	Overordnet styringsansvar.....	11
3.3.1	Styringsgruppens mandat	12
3.4	Utvalg av forsøksfylker.....	12
3.5	Fylkeskommunens ansvar	12
3.6	Beskrivelse av tilbudet om tannhelsetjeneste	12
3.7	Finansiering.....	13
3.8	Tidsplan.....	13
3.9	Lokal organisering i forsøksfylkene.....	13
3.9.1	Utvalg av forsøkskommuner	13
3.9.2	Linjer og strukturer for samarbeid.....	14
4	Nord-Trøndelag fylke: Samarbeid i planlegging og oppstart av forsøksordningen: Evalueringsresultater	17
4.1	Samarbeidet før prosjektet startet.....	17
4.2	Prosjektdeltakernes innstilling til forsøksordningen i oppstartfasen	17
4.3	Samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten i oppstartfasen	19
4.4	Samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste i oppstartfasen	21
4.5	Faktorer og forhold som hadde innvirkning på samarbeidet i oppstartfasen.....	21
5	Hedmark fylke: Samarbeid i planlegging og oppstart av forsøksordningen: Evalueringsresultater	23
5.1	Samarbeidet før prosjektet startet.....	23
5.2	Prosjektdeltakernes innstilling til forsøksordningen i oppstartfasen	23
5.3	Samarbeid mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten i oppstartfasen.....	25
5.4	Samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste.....	27
5.5	Faktorer og forhold som har hatt innvirkning på samarbeidet i planlegging og oppstart av prosjektet.....	28
6	Vest-Agder fylke: Samarbeid i planlegging og oppstart av forsøksordningen: Evalueringsresultater	30
6.1	Samarbeid før prosjektet startet.....	30
6.2	Prosjektdeltakernes innstilling til forsøksordningen i oppstartfasen	30
6.3	Samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten i oppstartfasen.....	32
6.4	Samarbeidet mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste.....	34
6.5	Faktorer og forhold som har hatt innvirkning på samarbeidet i oppstartfasen	34

7	Samarbeidet i gjennomføringsfasen av forsøksordningen. Evalueringsresultater	36
7.1	Motstand mot forsøksordningen.....	36
7.1.1	Resultater fra offentlig og privat tannhelsetjeneste	37
7.1.2	Resultater fra ledere i Helse- og sosialtjenesten	40
7.2	Samarbeidet i gjennomføring av tilbudet	41
7.2.1	Nord-Trøndelag. Evalueringsresultater	41
7.2.2	Hedmark: Evalueringsresultater	42
7.2.3	Vest-Agder: Evalueringsresultater	43
7.3	Faktorer og forhold som har hatt innvirkning på samarbeidet i gjennomføringsfasen	45
8	Brukerundersøkelsen. Evalueringsresultater	47
8.1	Brukernes innstilling til tilbudet.....	47
8.2	Begrunnelser fra de som svarte nei til tilbudet	47
8.3	Brukernes erfaringer med tilbudet.....	48
8.3.1	Resultater fra spørreskjema	48
8.3.2	Intervjuresultater med hensyn til brukernes erfaringer med tilbudet.....	50
9	Videreføring av tilbudet.....	52
9.1	Prosjektdeltakernes innstilling til videreføring av tilbudet etter at prosjektperioden er over	52
9.2	Valg av målgrupper	55
9.3	Utsagn om kriterier for videre samarbeid	56
9.3.1	Kriterier for videre samarbeid	57
9.4	Videreføring av tilbudet om offentlige tannhelsetjenester til Futtspasientene.....	59
10	Læringserfaringer fra samarbeidet i Futtprosjektet. Konklusjon	60
10.1	Kriterier for videre samarbeid	60
10.1.1	Kriterier som kan vurderes som forutsetninger for et godt samarbeid	61
10.1.2	Strukturelle faktorer som vil forsterke samarbeidet	62
10.2	Kritiske element med hensyn til samarbeid om midlertidig videreføring av tilbudet	64
10.3	Synergieffekter som konsekvens av Futtprosjektet	65
10.4	Styrke og svakheter med evalueringen	66
10.5	Konklusjon	66

Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001-2003

1 INNLEDNING

Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester ble iverksatt som et tilbud til grupper av personer som mottar eller har krav på kommunale hjelpetjenester.

Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for kommunale tjenester, har hatt det overordnede styringsansvaret for forsøket. Det ble etablert som et prosjekt, Futtprosjektet, og har hatt en gjennomføringsperiode på to år. Prosjektet ble igangsatt 1. januar 2002 etter en forberedende fase på ca. seks måneder og ble avsluttet 31. desember 2003. Følgende tre fylker har deltatt i prosjektet: Nord-Trøndelag, Hedmark og Vest-Agder.

Målgrupper

Målgruppene for prosjektet var utvalg av hjemmeboende personer som mottar eller er kvalifisert for kommunale hjemmetjenester i de tre deltakerfylkene.

Hensikt

Hensikten med prosjektet har vært å gi et vurderingsgrunnlag for en eventuell landsomfattende utvidelse av tannhelsetilbudet til målgruppene for forsøksordningen. Prosjektet skal bidra med kunnskap om målgruppenes omfang, tannhelseforhold og behandlingsbehov, og kunnskap om hvordan en utvidelse av offentlige tannhelsetjenester kan organiseres, administreres og finansieres.

Mål for forsøksordningen

Overordnet helsemål er at målgruppene som omfattes av forsøksordningen skal kunne ha akseptabel oral helse.

Prosjektmålet er at de personer som mottar tilbudet skal kunne utøve egenomsorg så de kan ivareta sin egen munnhygiene eller få tilfredsstillende hjelp til dette.

1.1 Bakgrunn

Tilbud om tannhelsetjenester til eldre, uføre og langtidssyke er regulert i lov om tannhelsetjenesten av 3. juni 1983 nr 54 og forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten av 24. mai 1984. Etter dagens regelverk er det fylkeskommunale vederlagsfrie tannhelsetilbudet til disse pasientgruppene knyttet til vilkår om institusjonsopphold eller hjemmesykepleie innenfor den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Avgrensningen av tilbudet er imidlertid ikke tilpasset endringene som har skjedd i den kommunale tjenestestrukturen de siste 20 årene siden loven ble iverksatt. Hjemmebaserte tjenester er mer utbredt enn før, og færre bor på institusjon. Mange av dem som tidligere ville fått et tilbud, oppfyller nå ikke kriteriene for vederlagsfrie tannhelsetjenester.

I forbindelse med behandling av Stortingsmelding nr. 50 (1996-1997) om handlingsplan for eldreomsorgen ble tannhelsetilbudet til de eldre satt på dagsorden. Sosialkomiteens innstilling viser til at det er behov for utvidelser av tilbudet om tannhelsetjenester til deler av eldrebefolkningen. Innstillingen viser også til at det er behov for tidsavgrensede

stimuleringsordninger som gjør det mulig for fylkeskommunene å gi fri tannbehandling til alle pasienter som er avhengige av kommunale hjelpetjenester.

I statsbudsjettet for 2001 foreslo Sosial- og helsedepartementet at det ble iverksatt en forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester til grupper av personer som får eller er kvalifisert for kommunale hjemmetjenester. Stortinget vedtok forslaget og bevilget midler til forsøksordningen.

1.2 Evaluering av prosjektet

Ut fra Helsedepartementets krav er det blitt gjennomført kvantitativ og kvalitativ evaluering av prosjektet.

1.2.1 Kvantitativ evaluering

Den kvantitative evalueringen er blitt ivarettatt av forsøksfylkene i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og innebærer følgende:

- kartlegging av målgruppens størrelse
- kartlegging av personenes tannhelse
- registrering av behov for forebyggende tiltak herunder opplæring i egenomsorg, og kostnadsberegning av tiltakene
- registrering av behov for nødvendig tannbehandling og kostnadsberegning med og uten egenandel

1.2.2 Kvalitativ evaluering

Undertegnede har hatt et engasjement med ansvar for den kvalitative evalueringen. Den er blitt gjennomført som en ekstern prosessevaluering av samarbeidet mellom partene som har vært involvert i prosjektet.

Rammedokumentet for forsøksordningen viser til at en forutsetning for gjennomføring av tilbudet var samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste og med kommunale hjemmetjenester (1). En evaluering av samarbeidsprosessene underveis i forsøksordningen skulle ha som mål å finne hvilke kriterier som er viktige for at samarbeidet skal fungere mellom følgende parter:

- fylkeskommunalt og kommunalt forvaltningsnivå
- ledere på de to forvaltningsnivåer
- ulike yrkesgrupper i tannhelsetjenesten i fylkeskommunene og pleie- og omsorgspersonell i kommunene
- offentlig og privat tannhelsetjeneste

1.3 Brukerundersøkelsen

Parallelt med evaluering av samarbeidet er det blitt gjennomført en brukerundersøkelse. Hensikten med brukerundersøkelsen har vært å få informasjon om:

- brukernes innstilling til forsøket
- begrunnelse fra de som ikke tar imot tilbudet
- brukernes erfaringer med tilbudet

Denne rapporten omhandler den kvalitative evalueringen av prosjektet med presentasjon og drøfting av resultater, samt en kort beskrivelse av evalueringsmetoden.

2 KVALITATIV EVALUERING AV FORSØKSORDNINGEN. VALG AV METODE

Den kvalitative evalueringen er blitt gjennomført som en formativ prosessevaluering. Dette innebærer en veksling mellom innhenting av data og tilbakeføring av evalueringsresultatene til de prosjektansvarlige gjennom hele forsøksperioden.

En formativ prosessevaluering gir muligheter for å anvende evalueringsresultatene underveis. Hensikten er å tydeliggjøre for deltakerne hvilke kriterier eller hvilke faktorer og forhold som får samarbeidet til å fungere. Samtidig vil kritiske element i samarbeidet, det vil si faktorer og forhold som kan eller vil hindre et målrettet samarbeid bli avdekket, og deltakerne vil ha mulighet til å gjøre noe med hindringene. På denne måten kan evalueringsresultatene bidra til å forme og gjennomføre forsøket etter planen.

2.1 Hensikt med den kvalitative evalueringen

I følge rammedokumentet for forsøksordningen er hensikten med den kvalitative evalueringen å finne hvilke kriterier som er viktige for at samarbeidet mellom Den offentlige tannhelsetjenesten, privat tannhelsetjeneste og Helse- og sosialtjenesten skal fungere (1). Med dette som utgangspunkt ble følgende hovedspørsmål formulert som retningsgivende for evalueringen:

1. Hvilke faktorer og forhold har ført til formålstjenlig samarbeid mellom partene?
2. Hvilke kriterier kan legges til grunn for et formålstjenlig samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste og mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten for en eventuell videreføring av tilbudet om offentlige tannhelsetjenester til nye målgrupper etter at forsøket er over?
3. Hvilke læringserfaringer kan evalueringsresultatene bidra med når det gjelder administrering og organisering av offentlige tannhelsetjenester til nye målgrupper?

2.2 Innsamling av data og tilbakeføring av evalueringsresultater

I prosjektperioden ble det utviklet tre spørreskjemaer for innhenting av informasjon om samarbeidet. I tillegg ble det gjennomført intervjuer av utvalg av informanter fra prosjektdeltakerne i de tre forsøksfylkene.

Evalueringsresultatene er blitt tilbakeført til oppdragsgiver etter hver datainnsamling.

Det ble skrevet en evalueringsrapport i første prosjektår, oktober 2002, som omhandler planlegging og oppstart av forsøksordningen. Nedenfor er en oversikt over innsamling av data i prosjektperioden.

Oversikt over innsamling av data i prosjektperioden

Høst 2001/vår 2002: Totalt gjennomført 75 intervjuer.

Informanter: Prosjektdeltakere i Den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger som deltar i prosjektet og ledere i helse- og sosialtjenesten i forsøkskommunene.

- Desember 2002: Spørreundersøkelse om tannhelsepersonells innstilling til Futt-prosjektet.
Informanter: tannleger (n=90), tannpleiere (n=31) og tannhelsesekretærer (n=127) i Den offentlige tannhelsetjenesten i alle tre forsøksfylkene.
- Januar/februar 2003: Spørreundersøkelse om privatpraktiserende tannlegers innstilling til Futt-prosjektet.
Informanter: Alle privatpraktiserende tannleger (n= 135) i de tre forsøksfylkene.
- Mai/juni 2003: Spørreundersøkelse om innstilling til Futt-prosjektet.
Informanter: Ledere i Helse- og sosialtjenesten i forsøkskommunene (n=54)
- September/oktober 2003: Totalt gjennomført 66 intervjuer
Informanter: prosjektdeltakere i Den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger som deltar i prosjektet og ledere i helse- og sosialtjenesten i forsøkskommunene.

2.3 Anonymisering av informantene

Med hensyn til et forholdsvis lite antall informanter fra hvert forsøksfylke er følgende retningslinjer fulgt for best mulig å ivareta deres anonymitet:

- antall informanter fra hver kommune er ikke spesifisert
- antall ledere, tannleger og tannpleiere som er intervjuet fra hvert fylke er ikke spesifisert.
- med referanse til intervjuutsagnene vil det bli brukt betegnelser som noen, mange, mindretallet osv og ikke spesifisert antall informanter bak de ulike oppfatningene.
- i noen tilfeller vil utsagn bli referert til prosjektleder eller fylkestannlege som er sentrale personer i prosjektet.
- evalueringsresultatene vil ikke bli relatert til den enkelte forsøkskommune men presenteres samlet fra hvert fylke
- bare evalueringsansvarlig har tilgang til data fra enkeltpersoner

Evalueringen er meldt til Datatilsynet og følger gjeldende retningslinjer.

2.4 Brukerundersøkelsen

Etter ønske fra de styringsansvarlige i forsøksfylkene ble det i oppstarten av forsøksordningen igangsatt en brukerundersøkelse som er blitt gjennomført parallelt med evaluering av samarbeidet.

Hensikten med brukerundersøkelsen var å få informasjon om:

- brukernes innstilling til tilbudet ut fra hvor mange fra hver målgruppe som svarte ja og hvor mange som svarte nei til tilbudet
- begrunnelse fra de som svarte nei til tilbudet
- brukernes erfaringer med tilbudet

Til innsamling av data ble det brukt to spørreskjemaer. Et ble besvart samtidig som tilbudet ble formidlet til brukerne. Informanter til det andre spørreskjemaet var alle brukerne som hadde tatt imot tilbudet. Dette ble besvart etter at de var ferdigbehandlet hos tannlege/tannpleier. I tillegg ble det gjennomført noen få intervjuer av brukere. Resultatene fra det første spørreskjemaet ble tilbakeført til oppdragsgiver våren 2003.

3 ORGANISERING AV FORSØKSORDNINGEN

Som nevnt innledningsvis er hensikten med prosjektet å gi et vurderingsgrunnlag for en eventuell landsomfattende utvidelse av tannhelsetilbudet til hjemmeboende personer som mottar eller er kvalifisert for kommunale hjemmetjenester. Prosjektet skal bidra med kunnskap om målgruppenes omfang, målgruppenes tannhelseforhold og behandlingsbehov og kunnskap om hvordan en utvidelse av offentlige tannhelsetjenester til nye grupper kan organiseres, administreres og finansieres.

3.1 Utvalg av målgrupper

Målgruppene for forsøket var utvalg av hjemmeboende personer som mottar eller er kvalifisert for kommunale hjemmetjenester i de tre deltakerfylkene. Utvalg av målgrupper er definert som følger:

- Målgruppe E 10: brukere av andre kommunale hjemmetjenester enn hjemmesykepleie
- Målgruppe E 11: personer med pleiebehov som ivaretaes av pårørende og som kvalifiserer for kommunale hjemmetjenester
- Målgruppe E 12: personer under rusmiddelomsorgen
- Målgruppe E 13: personer under psykisk helsevern

3.2 Mål for forsøksordningen

I følge rammedokumentet er målene for forsøksordningen formulert som overordnet helsemål og prosjektmål (1).

Overordnet helsemål er akseptabel oral helse hos de målgrupper som omfattes av forsøket.

Akseptabel oral helse er definert som:

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

Prosjektmålet er at personer som mottar tilbudet skal kunne utøve egenomsorg, eller få tilfredsstillende hjelp slik at de ivaretar sin tannhelse.

3.3 Overordnet styringsansvar

Helsedepartementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for kommunale tjenester, det overordnede styringsansvaret for forsøksordningen. Det ble etablert en sentral styringsgruppe som har bestått av følgende medlemmer:

- fylkestannlegene fra de tre forsøksfylkene
- en representant fra Norsk pensjonistforbund
- en representant fra Mental Helse, Norge
- en representant fra Kommunenes Sentralforbund
- to representanter fra Sosial- og helsedirektoratet

I tillegg deltok prosjektlederne i hvert forsøksfylke og evalueringsansvarlig på styringsgruppemøtene uten stemmerett. En av representantene fra Sosial- og helsedirektoratet har vært sentral prosjektleder, og den andre representanten var leder av sentral styringsgruppe.

3.3.1 Styringsgruppens mandat

Styringsgruppens mandat var:

- å gjennomgå prosjektplaner fra deltakerfylkene
- fastsette modeller for egenbetaling i hvert fylke
- styre forsøksordningen som prosjektorganisasjon og følge opp fremdriften i fylkene
- ta stilling til/behandle overordnede prinsipper i forbindelse med eventuelle endringer i forutsetninger eller planer under gjennomføring av forsøksordningen

3.4 Utvalg av forsøksfylker

Følgende kriterier ble lagt til grunn for utvalg av fylker:

- noe prosjekterfaring, men ikke prosjektgjengangere
- geografisk spredning
- bemanningssituasjon som ville gjøre det mulig å gjennomføre tilbudet

Ut fra disse kriteriene ble Nord-Trøndelag, Hedmark og Vest-Agder forespurt. Alle tre fylkene ved fylkestannlegene sa ja til å delta i forsøksordningen.

3.5 Fylkeskommunens ansvar

I følge rammedokumentet for forsøksordningen har fylkeskommunen hatt ansvar for følgende (1):

- å organisere og gjennomføre forsøksordningen slik det var mest hensiktsmessig i eget fylke
- å opprette nødvendige linjer og strukturer for samarbeid med den kommunale pleie- og omsorgstjenesten
- rapportere til styringsgruppen

Fylkestannlegen i Hedmark hadde i tillegg et spesielt ansvar for koordinering av oppgaver, problemstillinger og utfordringer som ville berøre alle tre forsøksfylkene.

3.6 Beskrivelse av tilbudet om tannhelsetjeneste

Tilbudet om tannhelsetjenester i Futt-prosjektet er beskrevet som følger (1):

Tilbudet om tannhelse skal inneholde:

- Forebyggende munnpleie etter den enkeltes behov. Alle personer i de nye gruppene skal få et oppsøkende tilbud om forebyggende tann- og munnpleie. Den offentlige tannhelsen skal gi individuell forebygging og råd. De som har den daglige kontakten har ansvar for at daglig munnhygiene gjennomføres hos dem som ikke er i stand til å ivareta egenomsorg. Ansatte i pleie- og omsorgstjenesten skal tilbys opplæring i forebyggende tannhelsearbeid i regi av Den offentlige tannhelsetjenesten.
- Ordinær tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten eller hos privatpraktiserende tannlege. Med ordinær tannbehandling menes nødvendig permanent rehabilitering av tapt tannsubstans som følge av tannråte eller ytre skade. Den omfatter også nødvendig tannkjøttbehandling, rotfyllinger og fremstilling av hel- eller delprotese. Fronttenner og de fremste jekslene skal prioriteres.

3.7 Finansiering

Forsøksordningen finansieres med statlige tilskuddsmidler over Helsedepartementets budsjett. Når det gjelder finansiering av tjenestene, forutsettes det at opplærings- og veiledningsvirksomhet, undersøkelse, kartlegging og forebyggende aktiviteter dekkes 100 % av prosjektmidler.

En forutsetning i forsøksordningen var utprøving av ulike systemer for egenandel for behandling, som ble planlagt som følger:

Nord-Trøndelag: Differensierte egenandeler:

- Målgruppe E 10: kr 1500
- Målgruppe E 11: kr 1500
- Målgruppe E 12: ingen egenandel
- Målgruppe E 13: kr 750

Hedmark: Lik egenandel for alle fire målgruppene: kr 1500

Vest-Agder: Ingen egenandel

3.8 Tidsplan

Tidsplanen for forsøksordningen ble inndelt i tre faser:

- Fase 1: Forberedende fase, vår/høst 2001, ca seks måneder.
- Fase 2: Gjennomføringsfase, inkludert oppstartfasen, 2 år, 2002/ 2003
- Fase 3: Etterarbeid: ca. 6 måneder fra 1. januar 2004.

3.9 Lokal organisering i forsøksfylkene

Sosial- og helsedepartementet ville ha erfaringer fra ulike måter å organisere tilbudet på. Den praktiske gjennomføringen av forsøksordningen er derfor organisert noe forskjellig i de tre deltakerfylkene. I denne sammenheng ble det på et av styringsgruppemøtene uttalt at det må være så stor forskjell på organiseringen at det er interessant, og så likt at det er sammenlignbart.

3.9.1 Utvalg av forsøkskommuner

Nord-Trøndelag

Nord-Trøndelag fylke er inndelt i seks tannhelsedistrikter, Namdal, Namsos, Steinkjer, Inderøy, Verdal, Levanger og Stjørdal tannhelsedistrikt. I følge den lokale prosjektbeskrivelsen for Nord-Trøndelag går det fram at utvalg av kommuner til å delta i prosjektet var basert på (2):

- kommunens antatte kapasitet til å gjennomføre tilbudet
- ønske om å få med både by- og landkommuner
- ønske om få med kommuner av ulik størrelse
- geografisk spredning

Ut fra disse kriteriene har følgende kommuner deltatt:

- Inderøy kommune, Inderøy, Verdal tannhelsedistrikt
- Stjørdal kommune, Stjørdal tannhelsedistrikt
- Frosta kommune, Levanger tannhelsedistrikt
- Fosnes kommune, Namsos tannhelsedistrikt

Hedmark fylke

Hedmark fylke består av fem tannhelsedistrikter, Vest- Hedmark, Ringsaker, Sør-Hedmark, Øst- Hedmark og Nord-Østerdal distrikt. Følgende kriterier ble lagt til grunn for utvalg av forsøkskommuner (3):

- by- og landkommune skulle være representert
- samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste i forsøkskommunene skulle innebære tilstrekkelige ressurser til å muliggjøre prosjektet

Basert på disse kriteriene har følgende kommuner deltatt i Hedmark:

- Hamar kommune, Vest- Hedmark tannhelsedistrikt
- Trysil kommune, Øst- Hedmark tannhelsedistrikt
- Tynset kommune, Nord-Østerdal tannhelsedistrikt

Vest-Agder fylke:

Vest-Agder fylke er inndelt i tre tannhelsedistrikter, Kristiansand, Midtre distrikt og Lister distrikt.

Følgende kriterier ble lagt til grunn for utvalg av kommuner (4):

- bykommune og landkommune skulle være representert
- bemanningssituasjonen i offentlig og privat tannhelsetjeneste skulle være i rimelig nærhet av å gjennomføre tilbudet
- en deltakerkommune fra hvert av de tre tannhelsedistriktene

Med utgangspunkt i disse kriteriene ble følgende kommuner med i forsøksordningen:

- Vågsbygd bydel i Kristiansand, Kristiansand tannhelsedistrikt
- Marnardal kommune, Midtre tannhelsedistrikt
- Lyngdal kommune, Lister tannhelsedistrikt

I alle tre fylkene utgjør befolkningen i forsøkskommunene til sammen ca. 20 % av befolkningen i fylket.

3.9.2 Linjer og strukturer for samarbeid

I følge rammedokumentet var samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste og mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten en forutsetning for gjennomføring av forsøksordningen.

Begrunnelsen for dette samarbeidet var (1):

- Den offentlige tannhelsetjenesten har ikke tilstrekkelig behandlingskapasitet
- Mange av pasientene vil tidligere ha gått regelmessig til en privatpraktiserende tannlege som de ønsker å fortsette å bruke
- Kartlegging av hva et utvidet tilbud til nye grupper der privatpraktiserende tannleger deltar vil bety for oppgavefordeling mellom offentlige og private tannhelsetjenester
- Mulighet for kvalitetsutviklingsarbeid i samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste
- Ønske om et bedre samarbeid med Helse- og sosialtjenesten om felles målgrupper
- Helse- og sosialtjenesten er et nødvendig kontaktledd til målgruppene for forsøksordningen

Fylkeskommunen var tillagt ansvaret for etablering av linjer og strukturer for samarbeidet mellom de ulike etater og grupper av personell som var nødvendig for gjennomføring av tilbudet. Tabellen nedenfor viser en oversikt over linjer og strukturer for samarbeid i alle tre forsøksfylkene.

Tabell 3-1. Linjer og strukturer for samarbeid i alle tre forsøksfylkene

	Nord-Trøndelag	Hedmark	Vest-Agder
Styringsgruppe	Fylkestannlegen	Fylkestannlegen 3 overtannleger fra distrikter med deltagerkommuner 1 priv. tannlege (Hedm. tannlegeforening)	Fylkestannlegen Alle 3 overtannlegene
Prosjektgruppe	Prosjektleder Off. tannleger: 3 Off. Tannpleiere: 1 Sosialleder: 1	Prosjektleder Ledende tpl: 3 Prosj. tpl.: 3 Kom. helse. tj.: 1	Prosjektleder Prosj. sekr. Leder mental helse Pleie/omsorgssjef Repr. VA Tpl. forening Priv. pr.VA Tl.forening
Samarbeids- eller nettverksgrupper på kommunenivå	Representanter fra off. tannhelsetj. og kommunehelsetj.	Representanter fra off. tannhelsetj. og kommunehelsetj.	Prosjektleder Off. tpl.: 1 Tannl.: 1 (off eller pr.) Overtannlegen 3-4 repr fra kom helse tj

Oversikten viser at de tre forsøksfylkene hadde valgt lik samarbeidsstruktur med en lokal styringsgruppe, en prosjektgruppe og nettverks/samarbeidsgrupper på kommunenivå. I tillegg hadde alle tre fylkene opprettet en referanse eller rådgivningsgruppe.

Den lokale styringsgruppen hadde overordnet ansvar for gjennomføring av forsøksordningen, men prosjektleder sammen med prosjektgruppene var tillagt ansvaret for den praktiske gjennomføringen. Samarbeids/nettverksgruppene som ble etablert i alle tre fylkene på kommunenivå hadde ansvaret for den lokale planlegging, oppstart og gjennomføring av tilbudet i sin kommune.

Forskjell i organisering

Selv om samarbeidsstrukturen var lik i de tre deltakerfylkene, var følgende faktorer og forhold forskjellige med hensyn til organisering av forsøksordningen:

1. Sammensetning av representanter i de ulike gruppene/ valg av prosjektleder.

I Hedmark var forsøksordningen organisert som et tannpleierprosjekt. I prosjektgruppen satt syv tannpleiere, hvorav en av dem var prosjektleder. De andre seks var henholdsvis tre ledende tannpleiere fra hvert sitt forsøksdistrikt, og tre prosjekttannpleiere ansatt i hver sin forsøkskommune for å ivareta tannpleieraktiviteter i prosjektet. I de andre to fylkene var en tannlege prosjektleder.

2. Forskjellig egenandel for behandling hos tannlege (se avsnitt 3.7).
3. Tilbudet som del av daglig drift.

I Vest-Agder var forsøksordningen organisert som et prosjekt ved siden av daglig drift, mens i de to andre fylkene var prosjektet så langt som mulig inkludert i den daglige driften.

4. Frivillig deltaking i Vest-Agder.

Selv om forsøksordningen i Vest-Agder ble planlagt gjennomført i tre kommuner, ble deltaking av tannhelsepersonell fra Den offentlige tannhelsetjenesten basert på frivillighet blant offentlig tannhelsepersonell i hele fylket. Styringsgruppens begrunnelse for frivillig deltaking var at de mente det var vanskelig bare å belaste tannhelsepersonalet i de utvalgte kommunene med nye målgrupper ut fra bemanningssituasjonen.

5. Forskjellig organisering av samarbeidet med privatpraktiserende tannleger.

Samarbeidet med privatpraktiserende tannleger har vært organisert noe forskjellig. I Hedmark og Nord-Trøndelag har Den offentlige tannhelsetjenesten inngått skriftlige kontrakter med privatpraktiserende tannleger som var villige til å behandle Futt-pasienter. I Vest-Agder kunne privatpraktiserende tannleger som hadde egne pasienter som kom inn under målgruppene for forsøksordningen forholde seg til samarbeidsavtaler gjennom den lokale tannlegeforeningen. I alle tre forsøksfylkene var Den norske tannlegeforenings kriterier lagt til grunn for nødvendig tannbehandling.

4 NORD-TRØNDELAGE FYLKE: SAMARBEID I PLANLEGGING OG OPPSTART AV FORSØKSORDNINGEN: EVALUERINGSRESULTATER

Dette kapitlet er inndelt i fem hovedavsnitt. Første hovedavsnitt inneholder en kort sammenfatning av samarbeidet mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten og mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste før forsøksordningen ble iverksatt. Annet hovedavsnitt presenterer evalueringsresultater med hensyn til prosjektdeltakernes innstilling til forsøksordningen. Tredje og fjerde hovedavsnitt presenterer resultatene fra samarbeidet i planlegging og oppstart av forsøksordningen. Siste hovedavsnitt er en konklusjon som viser hvilke faktorer og forhold som har hatt innvirkning på samarbeidet i planlegging og oppstart av forsøket.

4.1 Samarbeidet før prosjektet startet

Både informantene fra tannhelsetjenesten og fra Helse- og sosialtjenesten i Nord-Trøndelag ga inntrykk av at det var lite formalisert samarbeid mellom de to etatene før planleggingen av forsøksordningen startet. Samarbeid om målgruppene som kommer inn under forsøksordningen var tidligere sporadisk og knyttet til enkeltsaker. I alle kommunene var det imidlertid noe samarbeid med hensyn til sykehjemsbrukere og brukere av hjemmesykepleien. I en kommune har det også vært organisert samarbeid om tilbud om tannhelsetjeneste til flyktninger.

Det var også lite samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste. Det var sporadisk kjøp av tjenester hos privatpraktiserende tannleger med hensyn til enkeltpasienter og ut fra dårlig bemanningssituasjon i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Prosjekt nettverk

Året før prosjektet ble en realitet, det vil si i år 2000, startet Den offentlige tannhelsetjenesten i Nord-Trøndelag "Prosjekt nettverk". Hensikten var å etablere kommunale nettverksgrupper med representanter fra tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten for å få til et bedre samarbeid om felles målgrupper. Det var imidlertid liten entusiasme for prosjektet og etablering av gruppene gikk tregt. Samarbeidsgruppene i forsøkskommunene i Nord-Trøndelag ble derfor kalt nettverksgrupper som et ledd i nettverksarbeidet i fylket.

4.2 Prosjektdeltakernes innstilling til forsøksordningen i oppstartfasen

Forskning og daglige erfaringer fra arbeidslivet og fra gjennomføring av prosjekter viser at det er nær sammenheng mellom aktørenes innstilling til et prosjekt og deres evne og vilje til samarbeid for å få ønsket resultat (5). Spørsmål med hensyn til deltakernes innstilling til forsøksordningen var derfor et av hovedområdene i intervjuene som gjaldt planlegging og oppstart av forsøket.

Intervjuresultatene fra Nord-Trøndelag kan tyde på at det var en noe blandet innstilling til forsøksordningen både i offentlig tannhelsetjeneste og i Helse- og sosialtjenesten. Nedenfor presenteres utvalg av utsagn om prosjektdeltakernes innstilling til forsøket. Utsagnene vurderes som representative ut fra at flere informanter har uttalt tilnærmet det samme.

Utsagn fra informanter i Den offentlige tannhelsetjenesten

- prosjektet er et flott tiltak
- disse målgruppene trenger dette tilbudet
- det var positiv innstilling blant de private tannlegene til prosjektet
- jeg ønsker at tilbudet skal bli permanent
- ingen er jo imot et tilbud til disse gruppene, men hvem skal gjøre det, vi har nok som det er
- det er veldig tilfredsstillende å kunne gi disse gruppene et tilbud
- det er negativ holdning blant de offentlige tannlegene, men de private er positive
- det var negativ holdning blant tannlegene i starten, mye motstand, men etter hvert går det greit
- det var orientering om prosjektet på overtannlegemøtet i juni 2001, og vi ble bedt om forslag til distrikt og kommuner som kunne delta
- det var litt forskjellige reaksjoner fra overtannlegene men liten entusiasme, få hadde lyst til å delta
- det ble hevdet at alle hadde så mye å gjøre
- en overtannlege sa at vi ikke måtte bli med fordi vi ikke hadde tid og ressurser
- det var kritisk å få på plass kommunene som skulle være med, men til slutt gikk det
- det var vanskelig å få solgt prosjektet her på klinikken til de andre, de skal ikke få noe ekstra for jobben, det er et økonomisk spørsmål
- at fylkestannlegen sier at det skal være del av daglig drift er det ikke entusiasme for, det er tunge grupper og det er negativ holdning blant offentlige tannleger
- negativisme er smittsomt
- det er et dilemma med tunge grupper
- de må jo bare holde på, vi klarer jo ikke en gang å ta oss av gruppe C
- det er mye motstand her på klinikken, jeg er imot det sjøl også
- hvis vi ikke får flere offentlige tannleger, håper jeg at det ikke blir varig
- hvis det skal settes ut i livet som varig tilbud, vil det ikke gå her
- egentlig var jeg imot hele prosjektet, kanskje har vi tatt på oss noe som vi ikke har kapasitet til
- mange er imot
- her på klinikken er alle imot, årsak, det går jo mye tid til det
- det er så mange utsagn som svirrer, for eksempel at dette går ut over de målgruppene vi allerede har

Utsagn fra informanter i Helse- og sosialtjenesten

- min rolle er å skape entusiasme for prosjektet
- veldig bra prosjekt, dette er brukere som har falt utenfor
- vi kunne ikke si nei til et slikt prosjekt, hygiene og stell av tenner blir ikke prioritert
- det har vært positiv respons hos saksbehandlerne, de får mindre å gjøre, så dette prosjektet får større ringvirkninger
- det er positivt at vi har fått diskusjon om hvor viktig dette er
- prosjektet er en bra sak
- jeg liker prosjektet fordi jeg liker at vi har tilbud til disse gruppene
- i utgangspunktet var omsorgssjefen ikke positiv, men en sykepleier var veldig positiv og syntes det var viktig, og ble en ildsjel for å få det til
- hjemmehjelpene i vår kommune er veldig positive til prosjektet, vi har fleksible hjemmehjelpere som jobber fleksibelt, og er ikke så opptatt av hva som er din og min jobb:
- helse- og sosialsjefen i vår kommune var positiv til prosjektet, og delegerte hovedansvaret til pleie- og omsorgssjefen
- det ble tatt opp på ledermøtet og kommunen stilte seg positivt til å delta
- det er overhodet ikke motstand mot prosjektet hos oss, mange synes det er et fantastisk tilbud
- det blir positivt, når leder er positiv
- jeg håper at tilbudet blir varig
- prosjektet er veldig viktig, hvis vi kan nå de gruppene vi håper å nå
- flott med tilbud til disse gruppene, vi har lenge sagt at det ikke er rett slik det er
- jeg har lært veldig mye
- det er motstand blant soneledere og hjemmehjelpere
- hjemmehjelpene skal stille huset, de har ikke noe med tannhelsetjeneste
- det skulle vært behovsprøving ut fra økonomi, vi har mange minstepensjonister som har behov for et slikt tilbud
- alle kunne få slippe egenandel
- differensiert egenandel er et kritisk element

Forholdet mellom antall utsagn som etter vanlig skjønn kan vurderes som positive og utsagn som kan vurderes som negative gir et bilde av informantgruppene innstilling til prosjektet. Selv om innstillingen er noe blandet i begge informantgruppene, viser resultatene at det var større motstand mot prosjektet i Den offentlige tannhelsetjenesten enn i Helse- og sosialtjenesten.

Resultatene kan tolkes som at motstanden i Den offentlige tannhelsetjenesten mot prosjektet ikke gjaldt selve tilbudet. Imidlertid var det overveldende motstand mot at forsøket skulle gjennomføres i deres egne tannhelsedistrikter eller egne klinikker. Dette ble begrunnet med manglende kapasitet og at et utvidet tilbud ville gå ut over de gruppene som de allerede hadde ansvaret for. Flere informanter fra tannhelsetjenesten ga uttrykk for at dette er tunge grupper som krever mye tid i forhold til antatt stort behandlingsbehov.

Innstillingen hos tannhelsepersonell som ble intervjuet var ikke bare negativ. Av de som deltok i forsøket var det også uttrykk for at prosjektet var viktig, og at de ville gjøre sitt til at det ble gjennomført etter intensjonene. De fleste var imidlertid skeptisk til en permanent ordning etter at forsøket var over.

Det kan synes som at ildsjelene blant de ansatte i tannhelsetjenesten og som var representert i prosjektgruppen og i nettverksgruppene, samt noen få andre har medvirket til at motstanden mot prosjektet ikke har ført til dårlig samarbeid når det gjelder planlegging og oppstart av tilbudet.

Sammenliknet med utsagnene fra tannhelsetjenesten var det få informanter i Helse- og sosialtjenesten som var direkte negative til forsøket i sine kommuner. De viste til at noen soneledere var imot på grunn av stor arbeidsbyrde. Imidlertid ga de aller fleste uttrykk for at dette var et viktig tilbud, og at de var villige til å ta sin del av ansvaret for at tilbudet ble gjennomført i deres egen kommune. De ga også uttrykk for at tilbudet burde bli permanent.

Med hensyn til valg av målgrupper var det flere informanter i Helse- og sosialtjenesten som ga uttrykk for at det ville vært bedre med behovsprøving ut fra økonomi og viste til at mange minstepensjonister kunne trenge et slikt tilbud. Noen hevdet også at tilbudet burde vært gratis, da de mente at egenandelen kunne være et problem for mange.

Privatpraktiserende tannleger som ble intervjuet var stort sett positivt innstilt til forsøket og til å behandle Futt-pasienter hvis det ble enighet om takster og godtgjøring.

4.3 Samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten i oppstartfasen

Intervjuresultatene kan tolkes som at alle informantene var godt fornøyd med samarbeidet i planleggings- og oppstartfasen av prosjektet. Dette gjaldt informanter fra begge de to etatene, og det gjaldt samarbeidet på alle nivåene relatert til organiseringen av forsøksordningen. Ingen ga uttrykk for spesielle problemer når det gjelder samarbeid eller eventuelle interessenmotsetninger i prosjektgruppen eller i nettverksgruppene.

Nedenfor presenteres et representativt utvalg av utsagn som gjelder informantenes oppfatning av samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten.

Utsagn fra informanter fra Tannhelsetjenesten

- så langt har samarbeidet fungert bra
- det har fungert veldig bra her
- motivasjonen i kommunene må holdes ved like
- vi ønsker et fortsatt forpliktende samarbeid med kommunene
- prosjektleder er veldig positiv, han har vært veldig flink til å organisere, for eksempel slik at alle får den informasjonen de skal ha
- jeg vil gi mye ros til prosjektleder, mest ros til ham
- det er veldig bra å være i prosjektgruppen med den prosjektleder som vi har
- det har vært ryddige og greie diskusjoner
- samarbeidet er veldig greit
- prosjektgruppen fungerer bra
- vi har hatt fruktbare og meningsfulle diskusjoner
- det har vært lærerikt

- samarbeidet i nettverksgruppen går veldig greit
- nettverksgrupper har vært nødvendige, vi går gjennom prosedyrer og rutiner i prosjektet
- samarbeidet på møtene går fint

- samarbeidet med Helse- og sosialtjenesten har gått veldig fint, vi har samarbeidet om hvordan få tilbudet ut
- fint at vi har fått til et formalisert samarbeid i nettverksgruppen
- vi har fått mer respekt for hverandres jobb

Utsagn fra informanter fra Helse- og sosialtjenesten

- det viser seg at det er bra organisert her i fylket
- prosjektleder har prosedyrer for alle ting, vi har ikke noe å klage over
- vi får bra oversikt over brukergruppene
- vi har ingen problemer så langt
- alt går så bra fordi at det er veldig godt samarbeid, alle er positivt innstilt
- kommunelegen samarbeider godt med sosialkontoret om å få tak i brukere
- jeg håper at disse gruppene skal få et varig behandlingstilbud
- hjemmehjelpene synes dette er helt greit, ingen problemer, de er knall dyktige, mine hjemmehjelpere er fleksible, uansett hva jeg finner på så sier de greit
- vi har også dyktige omsorgsarbeidere
- hjemmehjelperne er med i stell og pleie når nødvendig, det er ikke så mye din og min jobb her
- jeg ønsker at mange tar imot tilbudet, og at det blir varig
- vi har liten kontakt med de andre forsøkskommunene
- dokumentasjon er avgjørende, vi må finne frem til hva som hindrer folk i å delta, hva er hindringene
- samarbeidsmessig fungerer det bra
- dette er et lite sted, liten kommune, så det er lett å kontakte brukerne, vi vet hvem de er og kjenner dem

- dette må absolutt bli en fast ordning, og utvides til andre grupper som for eksempel minstepensjonister
- jeg har hørt bare positivt om tilbudet
- det er så mye enklere når vi er en liten kommune, vi er en liten nettverksgruppe, prosjektleder, overtannlegen og jeg fra pleieomsorgstjenesten, vi trenger ikke ha så mange møter, snakkes over telefon når det er noe, er det noe jeg lurte på tar jeg kontakt med overtannlegen
- vi har fulgt prosedyrene og det har gått greit
- jeg har kanskje tatt litt lett på prosedyrene
- det er fint med prosedyrer for alle ting, slik at alle vet hva de skal gjøre.
- samarbeidet i nettverksgruppen er veldig bra
- dette er et utradisjonelt og veldig positivt samarbeid om felles tilbud
- det er et samarbeid som er kollegabyggende på en ny måte
- samarbeidet i nettverksgruppen er bra, men det kan være vanskelig med terminologien
- vi har veldig fin nettverksgruppe
- nettverksgruppen har fungert bra, vi kjenner hverandre godt
- nettverksgrupper er naturlig, for vi har felles brukere
- nettverksgruppa har fungert bra, men det er mye tannhelsefolk, den har vært nyttig

Utsagnene ovenfor må tolkes som at alle informantene opplevde samarbeidet om planlegging og oppstart av prosjektet som meningsfullt og lærerikt og uten spesielle problemer.

Informanter fra prosjektgruppen ga uttrykk for at prosjektleder skulle ha mye av æren for godt samarbeid med god organisering av møtene og greie diskusjoner om prosjektaktivitetene. Spesielt viktige oppgaver i denne fasen var markedsføring av tilbudet, identifisering av målgruppene og etablering av kontakt med privatpraktiserende tannleger. De ga også uttrykk for at samarbeidet med fylkestannlegen som lokal prosjektgruppe var uproblematisk.

Informantene fra nettverksgruppene i forsøkskommunene var også svært godt fornøyd med samarbeidet i gruppene og med prosjektleder. Mange av dem ga uttrykk for at nettverksgruppene var helt nødvendige for planlegging og gjennomføring av tilbudet på kommunenivå. Det ble gitt uttrykk for at samarbeidet i disse gruppene på tvers av profesjoner og yrkesgrupper hadde gitt dem mer respekt for hverandre og større forståelse for betydningen av et formalisert samarbeid om felles målgrupper.

I oppstartfasen hadde nettverksgruppene med støtte fra prosjektgruppen ansvar for lokal markedsføring av forsøket i kommunen og ansvar for formidling av tilbudet til den enkelte bruker. Mot slutten av denne fasen ble det avdekket problemer i en av

forsøkskommunene når det gjelder formidling av tilbudet til enkelte brukere. Problemene ble oppfattet som at enkelte ledere i Helse- og sosialtjenesten hadde nedprioritert prosjektaktivitetene med begrunnelser om stor arbeidsbyrde.

4.4 Samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste i oppstartfasen

En av forutsetningene for å kunne gjennomføre tilbudet var samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste. Undersøkelse og forebyggende virksomhet skulle utføres av tannpleiere i Den offentlige tannhelsetjenesten, mens tannleger skulle ivareta all behandling.

I Nord-Trøndelag ønsket man samarbeid med privatpraktiserende tannleger i forsøkskommunene og/eller i nabokommunene om behandling av en del av pasientene. Tannlegeforeningen i Nord-Trøndelag var representert med en privatpraktiserende tannlege i prosjektgruppen. Prosjektleder uttalte at samarbeidet med denne tannlegen ble avgjørende for å få privatpraktiserende tannleger til å ta Futtpasienter. Han bidro med formidling av informasjon om tilbudet til tannlegene, og med å etablere en tilfredsstillende avtale med de privatpraktiserende som kunne tenke seg å være med i forsøksordningen.

Prosjektledelsen og Nord-Trøndelag tannlegeforening ble enige om at tannleger som behandlet Futt-pasienter skulle forholde seg til NTFs kriterier når det gjelder bevilgning av offentlige midler til ordinær tannbehandling. I tilfeller hvor kriteriene for finansiering kom i konflikt med ordinær tannbehandling, skulle behandlingsplanen forelegges prosjektleder. Prosjektpasienter som ønsket en annen og dyrere behandling enn det som ville bli dekket av prosjektmidler hadde mulighet til å betale mellomlegget selv.

I alt syv private tannleger skrev kontrakt og fikk avtale om 33 % driftstilskudd ved bruk av offentlig takst for behandling av Futtpasienter..

4.5 Faktorer og forhold som hadde innvirkning på samarbeidet i oppstartfasen

Nedenfor er en oppsummering av faktorer og forhold som etter prosjektdeltakernes oppfatninger kan tolkes som kriterier for et godt samarbeid i oppstartfasen av forsøksordningen. Deretter følger en oppsummering over faktorer og forhold som kan tolkes som kritiske element i oppstartfasen.

Kriterier for godt samarbeid i oppstartfasen

- etablering av nettverksgrupper i forsøkskommunene
- etablering av kontakt med privatpraktiserende tannleger gjennom representant fra den lokale tannlegeforeningen og kontrakt med 7 privatpraktiserende tannleger.
- positiv innstilling til forsøket blant lederne i Helse- og sosialtjenesten
- positiv innstilling blant ildsjeler i Den offentlige tannhelsetjenesten
- oppstartseminar med deltakelse fra Den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og Helse- og sosialtjenesten.
- god prosjektledelse
- godt samarbeid mellom prosjektleder og fylkestannlegen

Kritiske element i planlegging og oppstart av forsøksordningen

- problemer med formidling av tilbudet fra kontaktperson til brukere i en av forsøkskommunene
- problemer med at enkelte ledere i Helse- og sosialtjenesten nedprioriterte prosjektaktivitetene med begrunnelser om for stor arbeidsbyrde fra før

- egenandel med hensyn til behandling hos tannlege
- motstand mot prosjektet hos offentlig tannhelsepersonell

Når det gjelder kritiske element i oppstartfasen ble det avdekket problemer i formidling av tilbudet da flere brukere enn forventet takket nei til tilbudet. Informantene fra Helse- og sosialtjenesten mente at en mulig årsak kunne være at tilbudet ikke ble formidlet av kontaktperson så brukerne skjønte hva de eventuelt sa nei til. De mente at en årsak kunne være svikt i informasjonen mellom leder og brukernes kontaktpersoner.

Prosjektdeltakerne fra Helse- og sosialtjenesten mente at et annet kritisk element var differensiert egenandel som var vanskelig å skjønne for mange brukere. Noen steder er det små forhold, og det kunne oppleves uforståelig at noen måtte betale egenandel for tilbudet, mens andre fikk alt gratis. Informantene fra tannhelsetjenesten ga uttrykk for at flere brukere som ønsket å delta, sa ja til tilbudet hos tannpleier fordi dette var gratis, men svilte si nei til tilbudet hos tannlege fordi de ikke hadde råd til egenandelen.

Evalueringsresultatene fra oppstartfasen viser at det var motstand blant de offentlige tannlegene i Nord-Trøndelag mot at forsøksordningen skulle gjennomføres i deres eget fylke. De begrunnet motstanden med manglende kapasitet, og at tilbudet ville gå ut over allerede prioriterte grupper.

En av informantene fra offentlig tannhelsetjeneste ga uttrykk for at til tross for motstand blant tannhelsepersonell mot forsøksordningen var det ildsjeler av tannleger og tannpleiere som fikk forsøket i gang, og fikk til et fruktbart samarbeid med Helse- og sosialtjenesten.

5 HEDMARK FYLKE: SAMARBEID I PLANLEGGING OG OPPSTART AV FORSØKSORDNINGEN: EVALUERINGSRESULTATER

Kapitelet er inndelt som forrige kapitel med fem hovedavsnitt. Første hovedavsnitt inneholder en kort sammenfatning av samarbeidet mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste før forsøksordningen ble iverksatt. Annet hovedavsnitt presenterer resultater med hensyn til prosjektdeltakernes innstilling til prosjektet, og tredje og fjerde hovedavsnitt fra samarbeidet i planlegging og oppstart av forsøksordningen. Siste avsnitt er en konklusjon som viser hvilke faktorer og forhold som har hatt innvirkning på samarbeidet i denne fasen.

5.1 Samarbeidet før prosjektet startet

Evalueringsresultatene tyder på at det også i Hedmark var lite strukturert samarbeid mellom Helse- og sosialtjenesten og tannhelsetjenesten før forsøksordningen var en realitet. Det virker som forsøk på samarbeid ikke har fungert helt etter planen, og det har vært tregt å få i gang formålstjenlige samarbeidsrutiner i kommunene om felles prioriterte brukere.

5.2 Prosjektdeltakernes innstilling til forsøksordningen i oppstartfasen

Som nevnt tidligere i rapporten har partenes innstilling til et prosjekt stor grad av innvirkning på samarbeidet.

Med utgangspunkt i intervjuresultatene kan det synes som om informantene fra tannhelsetjenesten i Hedmark var noe mer positivt innstilt til forsøksordningen enn informantene fra denne etaten i de to andre fylkene. Mange ga uttrykk for entusiasme i forhold til tilbudet, og mange kom med lovord om prosjektet både med hensyn til innhold og organisering.

I alle tre forsøkskommunene i fylket var det i oppstartfasen et delt syn på prosjektet blant deltakerne fra Helse- og sosialtjenesten. Flertallet var positivt innstilt, men de som var imot mente det ble for mye ekstraarbeid i tillegg til andre oppgaver de hadde. Blant de som kunne regnes som positive ut fra utsagn de kom med, var det imidlertid mange som mente at prosjekttaktivitetene hadde tatt mindre tid enn forventet. Andre utsagn som viser delt syn i Helse- og sosialtjenesten var at noen ga uttrykk for at tenner ikke var så viktige sammenliknet med andre problemer de møter hos sine brukere, mens andre lurte på hvorfor tenner alltid kommer til slutt, og mente at god tannhelse vil gi brukerne mer verdighet.

På den annen side var det mange av dem som var imot forsøksordningen som ga uttrykk for at det var et flott tilbud og at det er stort behov for tannhelsetjeneste hos brukerne. Informantene fra Helse- og sosialtjenesten får innblikk i brukernes livssituasjon og oppdaget at mange brukere i målgruppene for forsøket ikke har vært hos tannlege på flere år.

Flere av deltakerne fra Helse- og sosialtjenesten som i begynnelsen var negative til forsøket, endret oppfatning underveis og var mer positive på slutten av oppstartfasen.

Nedenfor er et utvalg av utsagn fra informantene i Hedmark med hensyn til innstilling til prosjektet. En sammenlikning mellom de tre fylkene når det gjelder innstilling til prosjektet viser at det er flere positive utsagn fra prosjektdeltakerne i tannhelsetjenesten i Hedmark enn i de to andre fylkene. Samtidig er det færre utsagn som kan vurderes som negative. Utsagnene vurderes til å være representative ut fra antall utsagn som tilnærmet gir uttrykk for det samme.

Utsagn fra informanter fra Tannhelsetjenesten

- det er et flott prosjekt
- egenandel for behandling på kr 1500 er et kritisk element
- er ikke helt fornøyd med valg av målgrupper, tenker på minstepensjonister
- tannpleier bruker mye tid til vurdering, er skeptisk til at tannpleier skal vurdere behandlingsbehov, tar dobbelt så lang tid som om tannlege skulle gjøre det
- det er et veldig spennende prosjekt
- det er fint med tilbud til disse gruppene
- dumt at alle minstepensjonister ikke er med
- det virker som prosjektet er velorganisert
- vi var skeptiske til hvor mye vi ville bli belastet i tillegg
- dette er mye mer jobb for oss, kan gå på bekostning av de pasientene vi allerede har
- vi må tilføres mer ressurser hvis tilbudet skal bli varig
- det er positivt at disse gruppene blir fanget opp og får et tilbud, det blir mer likestilt med medisinsk tilbud og behandling
- det er positivt at fylket vil utvide tilbudet
- dumt med egenandel, for noen er det mange penger
- de er litt negative i samarbeidsgruppen, tenner er faktisk viktig, de har vanskeligheter med å se helheten
- sosialsjefen er positiv
- dette er et kjempe tilbud
- det hadde vært lettere hvis alle hadde vært interessert i tenner, tenner betyr ikke alt for alle
- tilbudet møter de beste av de svakeste, og nå de aller svakeste kan komme etter hvert
- jeg er usikker på om tannpleier skal gjøre førsteundersøkelsen, det blir avhengig av person, avhengig av erfaring
- det er veldig grundig organisert,
- det er spennende å tenke nytt
- prosjektet er omfattende, mer enn jeg hadde trodd
- Helse- og sosialtjenesten har et stort ansvar for å få prosjektet til å gli
- det har vært vanskelig å få tannlegene her til å bli med
- dette er kjempegøy, kjempeartig, det er gøy å være med
- det er lærerikt, jeg lærer mye om å organisere, få tak i ting, lærer å ta initiativ
- prosjektet er ryddig så langt, saklig og grundig
- fått veldig positiv respons fra Helse- og sosialtjenesten
- dette er bra for en ny gruppe pasienter
- veldig positivt prosjekt, fint at disse gruppene får hjelp
- vi har mange med stort behov
- så langt er jeg veldig positiv
- kjempefint å få med disse gruppene
- jeg er redd for om vi har nok kapasitet på klinikken, vi har stort klientell fra før
- disse gruppene oppleves som tungt klientell
- prosjektet er jo ganske ferskt enda, men vi ønsker å være positive
- vi vil gjerne hjelpe disse gruppene
- det er jo noen som alltid skal tydeliggjøre sin motvilje
- de offentlige litt skeptiske til å begynne med i forhold til kapasitet
- jeg trives med å jobbe i prosjektet, lærer mye nytt
- det er positivt hvis tilbudet fortsetter videre etter at prosjektet er over
- det hadde vært bedre hvis alle hadde vært entusiastiske fra starten av
- de offentlige er presset på stillinger
- prosjektet virker bra
- jeg er bekymret for arbeidsmengden om vi får nok tid og kapasitet på klinikken
- det er positivt med hensyn til faglig utvikling
- det er stort behov for dette tilbudet
- dette er tynge gruppe, som tar lengre tid, vi har pr i dag ikke ressurser til det
- prosjektet er ryddig og ordentlig, godt gjennomtenkt, godt organisert
- tunge grupper krever tid, vi har for lite kapasitet
- helsepersonell føler seg overkjørt
- flott med dette tilbudet
- her hos oss har vi nok ressurser
- har inntrykk av at noen fra helsepersonell kommer fort veldig i forsvar, de har så mye å gjøre
- veldig positivt med prosjektleder
- førsteinntrykket fra Helse- og sosialtjenesten er positivt

Utsagn fra informanter i Helse- og sosialtjenesten:

- det er et kritisk element om alle i målgruppene blir plukket opp
- det er kritisk, vi har for lite bemanning
- kritisk om vi kan nå alle
- dette tilbudet er noe folk har krav på, sosialklienter har vanskelig for å be om noe
- tilbudet kunne vært utvidet til flere, for eksempel minstepensjonister
- det har vært litt til og fra, men nå er vi da kommet i gang
- det har vært mye jobb med det
- tenner er en liten del av kroppen, en liten del av hele skroget
- vi ser nå at mange ikke har vært hos tannlegen på mange år
- håper å få noe produktivt ut av prosjektet for brukerne
- det er god motivasjon å delta i prosjekt
- jeg var mer frustrert for en stund siden, nå går det bedre
- det er et kritisk element at mange har tannlegeskrekk, vi kan få erfaringer med det, hvordan takle disse pasientene
- i det store og hele har ikke prosjektet berørt oss på negativ måte
- vi lokker med at første skritt er til tannpleier, at det er forebyggende og at det er gratis
- prosjektet er et puff for mange til å komme seg til tannlegen
- det er et flott tilbud
- i starten tenkte jeg at dette blir arbeidskrevende, jo mer vi snakker om det, jo mer belastende er det, nå er jeg positiv
- med en gang, dette ville vi, viktig behov
- min første reaksjon var positiv, hadde lyst til å være med
- dette er spennende, og dette hadde jeg lyst til
- visste at min gruppe trenger dette tilbudet
- rusmiddelbrukerne ønsker veldig dette tilbudet
- jeg lurte på hvorfor tenner kommer til slutt
- prosjektet er innmari all right
- gir brukerne mer verdighet at de får stelt tennene sine
- vi har en stabil hjemmehjelpergruppe, de er en kjempefin gjeng, mine er positive, ingen er negative
- det positive veier mer enn det negative, har en tøff hverdag med mye å gjøre
- har fått positiv tilbakemelding fra hjemmehjelperne, som sier brukerne er positive
- veldig mange har ikke vært hos tannlegen på lang tid
- det er mye ekstraarbeid for oss

5.3 Samarbeid mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten i oppstartfasen

Omtrent halvparten av informantene fra tannhelsetjenesten mente de hadde et godt samarbeid med Helse- og sosialtjenesten, mens den andre halvparten skulle ønske at samarbeidet var bedre. De sistnevnte ga uttrykk for at Helse- og sosialtjenesten var et kritisk element for å få gjennomført prosjektaktivitetene, spesielt når det gjelder å få formidlet tilbudet på en tilfredsstillende måte til alle brukerne.

Dette kom også frem hos informantene fra Helse- og sosialtjenesten.

Evalueringsresultatene viste at enkelte av lederne i forsøkskommunene forholdt seg passive til prosjektaktivitetene, noe som fikk konsekvenser for samarbeidet om prosjektet internt i samarbeidsgruppene. Informantene fra Helse- og sosialtjenesten pekte på at gjennomføring av prosjektaktivitetene i kommunene var direkte avhengig av innstillingen til sonelederne, og at deres holdninger spredde seg til andre ansatte. De viste til at hvor det var entusiastiske soneledere gikk samarbeidet greit og det var lite prosjektproblemer. Hvor sonelederne var lite motiverte for prosjektet var det problemer med formidlingen av tilbudet til brukerne. Flere av informantene fra Helse- og sosialtjenesten ga uttrykk for at de skulle ønske at det var mer positive holdninger til prosjektet blant alle lederne.

Samarbeidsgruppene styrte prosjektet på kommunenivå, og i Hedmark var det tre ledere fra Helse- og sosialtjenesten i hver samarbeidsgruppe. De hadde kontakt med tannhelsetjenesten gjennom ledende tannpleier, prosjekttannpleier eller prosjektleder etter behov. Arbeidet i alle tre samarbeidsgruppene bar i oppstartfasen preg av problemene i Helse- og sosialtjenesten. Evalueringsresultatene viste at noen av representantene ikke møtte på samarbeidsmøtene. Mot slutten av oppstartfasen hadde spesielt en av kommunene fremdeles problemer med formidling av tilbudet til sine brukere.

I de andre to kommunene gikk oppstartfasen stort sett etter planen. Det kan synes som om storparten av prosjektaktivitetene som samarbeidsgruppen hadde ansvaret for, ble gjennomført av de lederne i Helse- og sosialtjenesten som var motiverte og entusiastiske til å få iverksatt tilbudet. Et utsagn fra en av de sistnevnte er dekkende for innstillingen til flere når det gjelder problemene i samarbeidsgruppene:

”Samarbeidsgruppene er personavhengige, når jeg møter slike negative holdninger, tenker jeg, da gjør jeg det heller selv.”

Som nevnt tidligere bestod prosjektgruppen i Hedmark av syv tannpleiere, hvorav en av dem var prosjektleder, samt en leder fra Helse- og sosialtjenesten. Alle medlemmene fra prosjektgruppen uttalte seg positivt om samarbeidet i gruppen, og at det var spennende og motiverende å være med i prosjektet på denne måten. De ga også uttrykk for at prosjektgruppen hadde god kontakt med samarbeidsgruppene gjennom ledende tannpleier i distriktet og prosjekttannpleier i forsøkskommunene.

Den lokale styringsgruppen i Hedmark bestod av fylkestannlegen og overtannlegene fra de tre forsøksfylkene. Prosjektleder var sekretær for gruppen. Hun ga uttrykk for at samarbeidet med styringsgruppen var greit og uproblematisk, og at det var lett å ta kontakt med fylkestannlegen når hun hadde behov for det.

Nedenfor er et utvalg av utsagn om samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten i Hedmark. Utsagnene vurderes til å være representative ut fra at flere informanter uttaler tilnærmedesvis det samme.

Utsagn fra informanter fra tannhelsetjenesten

- samarbeidet med Helse- og sosialtjenesten går greit
- samarbeidsgruppene har et veldig ansvar, det er avhengig av personene i samarbeidsgruppene
- samarbeidet på tannklinikken er litt kritisk, tannlegene skulle vært litt mer engasjert
- vi har et veldig godt samarbeid med Helse- og sosialtjenesten
- Helse- og sosialtjenesten er et kritisk element
- soneleder er godt inne i prosjektet, er veldig entusiastisk
- kontakten mellom oss og de i samarbeidsgruppen har fungert bra
- det er å håpe at det kan etableres et permanent samarbeid med Helse- og sosialtjenesten videre, for eksempel med samarbeidsgrupper
- prosjektleder er kjempeflink, kjempetøff og grundig
- prosjektet står og faller med kommunene og med behandlingsskapasiteten
- prosjektgruppen fungerer kjempefint, det er helt naturlig at tannpleiere leder prosjektet
- det er gøy å være med i prosjektgruppen
- jeg lærer mye om å organisere, få tak i ting, lærer å ta initiativ
- vi har jobbet veldig bra sammen om sakene i prosjektgruppa, jeg blir hørt, har en opplevelse av at de setter pris på meg
- det har gått ganske bra i samarbeidsgruppen
- i vår samarbeidsgruppe er det en som aldri har møtt, det skaper problemer, vet ikke grunnen, ellers har vi ingen problemer
- vi har en åpen tone, rett og gåli, rydder veldig raskt i problemer
- det er lærerikt å jobbe tverrfaglig også med folk fra Helse- og sosialtjenesten, fint å kunne utveksle erfaringer
- vi har fått bekreftelse på at vi er på riktig vei
- det har ikke vært så store problemer i samarbeidsgruppen, tror folk fra Helse- og sosialtjenesten føler mer på det, og leder gir uttrykk for at det er en belastning
- x fra Helse- og sosialtjenesten gir inntrykk av problemer i samarbeidsgruppen, noen er negativt innstilt, som vi må jo gjøre dette
- det er litt problematisk at leder for vår samarbeidsgruppe virker lite motivert
- en av sonelederne er veldig positiv, hun skal ha æren for mye
- det er mye sukk og stønn blant sykepleierne
- vi merker at leder i samarbeidsgruppen ikke er så positiv, synes ikke at tennere er så viktig
- det er vanskelig å få en fast representant fra sosialkontoret, dette er et kritisk element
- at vi jobber tverrfaglig er veldig bra, det er nyttig at vi får kjennskap til hverandre
- vi får respekt for hverandre, ikke sitte på egen tue, og alltid tro at det vi gjør er det viktigste
- angående problemer med noen av sonelederne, det er jo jobben deres, har med plassering av ansvar

Utsagn fra informanter fra Helse- og sosialtjenesten

- vi har for lite bemanning til å gjøre dette
- vi har veldig bra samarbeid med prosjektleder
- det er et problem at en av sonelederne er lite entusiastisk
- det er slik at motivasjonen spres med lederne, hvis det er problemer er det et lederproblem
- dette er en læringsprosess for alle
- soneleder er veldig positiv, og da fungerer samarbeidet bedre
- samarbeidet med tannhelsetjenesten er veldig bra
- samarbeidet med sonelederne går greit, vanskeligst med hjemmebasert tjeneste, de er ikke kommet i gang
- soneledernes holdninger overføres til hjemmehjelperne
- vi må vurdere nærmere hvem vi skal bruke i kommunen, hvordan få det til, hvem skal involveres, aktiviseres på tilbudssiden
- jeg skulle ønske det var mer positive holdninger i Helse- og sosialtjenesten

5.4 Samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste

Den offentlige tannhelsetjenesten i Hedmark fikk kontrakt med 32 privatpraktiserende tannleger. De fleste behandlet Futtpasienter som hadde vært pasienter hos dem tidligere. Den norske tannlegeforenings kriterier for nødvendig tannbehandling ble lagt til grunn for kontrakten. Kostnadsoverslag over kr 10.000 for behandling måtte oversendes overtannlegene for godkjenning.

Nedenfor er utvalg av utsagn fra offentlige og privatpraktiserende tannleger når det gjelder samarbeidet om behandling av Futtpasientene.

Utsagn fra informanter fra offentlig tannhelsetjeneste

- det er flott at det er skikkelig betaling til de private,
- prosjektet løser opp grensene mellom privat og offentlig
- fint at de private blir inkludert
- det som er mest positivt med dette prosjektet er at vi reduserer grensene mellom privat og offentlig, og at vi får med flere brukergrupper
- vi har hatt et orienteringsmøte, det resulterte i at alle i vår kommune ble med
- jeg har ingen betenkeligheter på samarbeid med de private, vi har ikke valg, vi må kjøpe tjenester
- det har vært et kritisk element, samarbeid privat offentlig. Private har unndratt seg enkelte grupper og vakter i ferie, fritid
- jeg er spent på samarbeidet med private tannleger
- det er viktig at vi nå kan få til et strukturert samarbeide med private
- kontakten med de private var ikke så positiv til å begynne med
- nå har alle private som har pasienter som kommer inn under målgruppene for prosjektet skrevet kontrakt på sine pasienter, og det er positivt
- vi må få de private til å ta offentlige oppgaver
- vi må få til en permanent avtale om å kjøpe tjenester

Utsagn fra informanter fra privat tannhelsetjeneste

- positivt at det offentlige kjøper tjenester fra de private når de offentlige øker tilbudet
- mange av disse pasientene går allerede til private tannleger, og har en naturlig tilhørighet
- tidligere var det en klar politikk at det ikke skulle være samarbeid mellom offentlig og privat, men behovet har vært der for å kjøpe tjenester
- de offentlige har store problemer med å fylle stillinger
- prosjektet er første skritt til samarbeid, til organisert samarbeid
- tidligere var det større forskjell mellom offentlige og private takster, nå har de offentlige skrudd opp prisene, Hedmark har skrudd opp prisene så det er tilnærmet likt
- fordi at det offentlige ikke har hatt behandlingskapasitet, får vi en del akutte som ikke skulle vært akutt
- i gamle dager hadde vi avtaler med de offentlige om å behandle x antall skolebarn
- dette samarbeidet kan redusere akuttproblemet

Både de offentlige og de privatpraktiserende tannlegene uttalte seg positivt med hensyn til at prosjektet bidro til å løse opp grenser mellom privat og offentlig tannhelsetjeneste. I begynnelsen gikk det litt tregt å få med privatpraktiserende tannleger i forsøksordningen, men etter hvert som prosjektet ble kjent og det ble orden på takster og godtgjøring, ble innstillingen til samarbeidet mer positiv. Prosjektleder understreker at samarbeidet med representanten fra den lokale tannlegeforeningen har vært avgjørende for etablering av en tilfredsstillende kontrakt med så mange privatpraktiserende tannleger.

Begge tannlegegruppene uttalte at det er nødvendig og positivt at det offentlige kjøper tjenester fra de private. Begge gruppene påpekte at formalisert samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste er en forutsetning hvis nye målgrupper skal få et varig tilbud om tannhelsetjeneste. Det er også et ønske fra begge parter om å få til en permanent avtale om kjøp av tjenester fra de private.

5.5 Faktorer og forhold som har hatt innvirkning på samarbeidet i planlegging og oppstart av prosjektet

Nedenfor er en oppsummering av faktorer og forhold som ut fra prosjektdeltakernes oppfatninger kan tolkes som kriterier for godt samarbeid i oppstartfasen. Deretter følger en oppsummering av faktorer og forhold som kan tolkes som kritiske element i oppstartfasen.

Kriterier for godt samarbeid i oppstartfasen

- organisering av prosjektet som et tannpleierprosjekt
- etablering av samarbeidsgrupper på kommunenivå
- etablering av kontakt med privatpraktiserende tannleger og kontrakter med 32 privatpraktiserende tannleger om behandling av Futtapasientene
- positiv innstilling til prosjektet blant nøkkelpersoner i begge etatene
- oppstartseminar med deltakere fra Den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og Helse- og sosialtjenesten
- god prosjektledelse
- god kontakt mellom prosjektleder og lokal styringsgruppe

Kritiske element med hensyn til samarbeidet i oppstartfasen

- problemer med formidling av tilbudet til brukerne i en av kommunene
- problemer med at enkelte ledere i Helse- og sosialtjenesten nedprioriterte prosjektaktiviteter
- egenandel med hensyn til behandling hos tannlege
- motstand mot forsøksordningen blant prosjektdeltakere i begge etatene.

Organisering av forsøket som et tannpleierprosjekt har hatt en positiv innvirkning på samarbeidet når det gjelder planlegging og oppstart i Hedmark. Det er imidlertid vanskelig å si om dette har vært en avgjørende faktor, det vil si om det kan vurderes som et kriterium for funksjonelt samarbeid, da man ikke vet noe om virkningen av en annerledes organisering for eksempel med færre tannpleiere i ledende prosjektfunksjoner. Det man imidlertid vet ut fra evalueringsresultatene, er at prosjektgruppen som bestod av syv tannpleiere inklusiv prosjektleder og en leder fra Helse- og sosialtjenesten var alle aktive for å etablere tilbudet i sine forsøkskommuner og for å løse samarbeidsproblemer med og internt i Helse- og sosialtjenesten. Resultatene viser at god og fast styring av

prosjektaktivitetene i Hedmark og god kommunikasjon mellom lokal styringsgruppe, prosjektgruppen og samarbeidsgruppene har bidratt til fruktbart samarbeid mellom de aktive deltakerne i forsøket når det gjaldt iverksetting av tilbudet.

Prosjektleder ga uttrykk for uro i prosjektgruppen på grunn av lav oppslutning fra målgruppe E 10 (brukere av andre kommunale tjenester enn hjemmesykepleie), og målgruppe E 12 (personer under rusmiddelomsorgen). Medlemmene i prosjektgruppen mente at lavere oppslutning enn antatt kunne skyldes problemene i samarbeidsgruppen, og at enkelte ledere i Helse- og sosialtjenesten hadde prioritert prosjektaktivitetene lavt i forhold til andre oppgaver.

Som informantene i Nord-Trøndelag var det flere av informantene fra Hedmark som mente at egenandel kunne være et problem for mange brukere. Noen ga uttrykk for at det ville være mer rettferdig med behovsprøving ut fra økonomi for svakerestilte grupper, noe som ville inkludere minstepensjonister.

I Hedmark var det i oppstartfasen motstand mot forsøksordningen i Den offentlige tannhelsetjenesten i alle tre forsøkskommunene. Sammenliknet med de andre to forsøksfylkene kan det imidlertid synes som om færre personer i tannhelsen var imot og at flere var positivt innstilt enn i de andre to forsøksfylkene.

Det virker som de fleste informantene fra tannhelsetjenesten var for gjennomføring av tilbudet som et forsøk, men nesten alle offentlig ansatte tannleger var skeptiske til etablering av et permanent tilbud om offentlige tannhelsetjenester til nye målgrupper. De begrunnet dette med for lav behandlingskapasitet, og at nye målgrupper vanligvis er tunge grupper som trenger tid og har stort behandlingsbehov.

Motstanden mot prosjektet blant enkelte ledere i Helse- og sosialtjenesten ble begrunnet med for stor arbeidsbyrde fra før. De ga også uttrykk for at tannhelse ikke er så viktig sammenliknet med andre problemer som deres brukere måtte ha. På den annen side var flertallet av informantene fra Helse- og sosialtjenesten positivt innstilt både til forsøket og til at tilbudet skal bli varig. De viser til at bedre tannhelsetjeneste hos mange av deres klienter kunne gi dem mer verdighet og en bedre livssituasjon.

Positiv innstilling til forsøksordningen blant nøkkelpersoner i tannhelsetjenesten og i Helse- og sosialtjenesten bekrefter sammenhengen mellom innstilling og innsats.

Spesielt kan en merke seg at alle tannpleierne som var med i prosjektet ga uttrykk for stor grad av motivasjon og engasjement, ikke bare for tilbudet men like mye for å være med i et prosjekt. De ga uttrykk for at prosjektet ga nytt innhold i arbeidsdagen, det gjorde jobben spennende og de lærte mye om problemløsning og organisering.

6 VEST-AGDER FYLKE: SAMARBEID I PLANLEGGING OG OPPSTART AV FORSØKSORDNINGEN: EVALUERINGSRESULTATER

Inndelingen av dette kapitlet er tilsvarende kapitlene som omhandler evalueringsresultatene fra oppstartfasen i de to andre forsøksfylkene. Først er en kort oppsummering av samarbeidet før prosjektet startet. Deretter følger et hovedavsnitt som omhandler prosjektdeltakernes innstilling til forsøksordningen. Tredje og fjerde hovedavsnitt er en presentasjon av evalueringsresultatene fra planleggings- og oppstartfasen av forsøksordningen og til slutt en konklusjon som viser faktorer og forhold som har hatt innvirkning på samarbeidet i denne fasen av prosjektet.

6.1 Samarbeid før prosjektet startet

Før prosjektet startet var det i Vest-Agder noe formalisert samarbeid mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten når det gjaldt sykehjemspasienter og pasienter i hjemmesykepleien. Vågsbygd bydel i Kristiansand, som er med i forsøksordningen, utviklet en mal for organisering av dette arbeidet som etter hvert ble anvendt av de andre bydelene. Det var imidlertid lite samarbeid når det gjaldt Futtpasientene og bare i forhold til enkeltsaker. Det var også bare sporadisk samarbeid mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og privatpraktiserende tannleger.

6.2 Prosjektdeltakernes innstilling til forsøksordningen i oppstartfasen

Sammenliknet med de to andre forsøksfylkene viste evalueringsresultatene fra Vest-Agder en mer markert forskjell mellom informantene fra tannhelsetjenesten og informantene fra Helse- og sosialtjenesten med hensyn til innstilling til forsøksordningen. Motstanden mot prosjektet blant tannleger og tannpleiere var større i dette fylket, samtidig som det kan synes som om entusiasmen blant lederne i Helse- og sosialtjenesten også var større enn i de to andre fylkene. Som eksempel kan nevnes at det var få av informantene fra Helse- og sosialtjenesten som var direkte negative, samtidig som det var få av informantene fra tannhelsetjenesten som var positive.

Informantene fra tannhelsetjenesten begrunnet motstanden mot forsøket med manglende kapasitet, at målgruppene er tunge grupper og at de er urolige for å få flere tunge grupper inn i det offentlige. Noen av utsagnene kan også tolkes som liten motivasjon til å gjennomføre tilbudet. Det ble hevdet av flere at det var liten interesse for prosjektet blant tannhelsepersonell.

Mange av tannlegene men også flere tannpleiere ga uttrykk for misnøye når det gjaldt økonomisk godtgjøring for å delta i forsøket. De viste til at det var mye diskusjon om takster og tilleggsbetaling for å undersøke og behandle Futtpasienter. En av informantene sa at det var en skuffelse for mange at prosjektpasientene ikke ga mer penger i lomma.

Det kom også fram kritikk mot fylkestannlegen og ledergruppen som kunne si ja til at Vest-Agder skulle være med i forsøksordningen med henvisning til at dette kunne ledelsen ordne opp i selv.

Når det gjaldt frivillighetsprinsippet var det vanskelig å få med tannleger og tannpleiere fra Den offentlige tannhelsetjenesten. Prosjektleder ga uttrykk for at oppstartfasen var en vanskelig periode og at han skulle ønske at ledergruppen hadde tatt mer direkte ansvar for å få med tilstrekkelig personell. For å få tilbudet iverksatt etter planen, valgte prosjektleder som var tannlege å behandle prosjektpasientene i en av forsøkskommunene hvor man ikke fikk annen tannlege til å delta, og å gjøre tannpleierjobben i en annen kommune hvor det manglet tannpleier.

Fylkestannlegen forklarte problemene med å få tilstrekkelig personell til å delta ut fra at bemanningssituasjonen med hensyn til tannlegekapasitet endret seg til å bli radikalt dårligere fra de besluttet å delta i forsøket til det ble en realitet.

Utsagn fra offentlig ansatte tannleger og tannpleiere kan tolkes som at frivillig deltaking og misnøye med Futtprosjektet førte til at de fraskrev seg ansvar for forsøket.

Intervjuutsagn om at prosjektet levde sitt eget liv parallelt med tannhelsetjenesten ga en god beskrivelse av innstillingen til forsøket blant tannhelsepersonell i oppstartfasen.

Nesten alle informantene fra Helse- og sosialtjenesten ga uttrykk for begeistring og entusiasme for tilbudet fra tannhelsetjenesten, og prosjektet ble av mange beskrevet som flott og kjempebra. Noen ga uttrykk for at ingen kunne være imot et slikt prosjekt, og at det er et stort behov for tilbudet blant de valgte målgruppene.

Flere ga imidlertid uttrykk for uro når det gjaldt om det var nok tannleger til å behandle prosjektpasientene, da de hadde oppfattet en kritisk holdning til forsøket fra tannhelsetjenesten.

Lederne i Helse- og sosialtjenesten var opptatt av skjevhet i tannhelsetilbudet til svakerestilte grupper. For eksempel mente mange at behovsprøving ut fra økonomi burde vurderes hvis tilbudet skulle bli permanent. De viste til at mange minstepensjonister faller utenfor, fordi de ikke mottar andre kommunale hjelpetjenester.

Informanter både fra tannhelsetjenesten og fra Helse- og sosialtjenesten berømmet prosjektleder og ga uttrykk for at han gjorde en eksepsjonelt god jobb. Mange av utsagnene kunne tolkes som at prosjektet ikke ville vært levedyktig i Vest-Agder uten prosjektleders innsats.

Nedenfor presenteres et utvalg av utsagn fra tannhelsepersonell og fra lederne i Helse- og sosialtjenesten. Utvalget gir et representativt bilde av informantenes innstilling til forsøket i oppstartfasen.

Utsagn fra informanter i tannhelsetjenesten

- Futt lever sitt eget liv, på kryss og tvers
- prosjektet oppleves som noe som går parallelt med DOT
- innstillingen min til prosjektet nå er at Vest-Agder ikke skal ta disse pasientene videre
- offentlige tannleger er vanskelig å få med, de skjønnte ikke hvor fylkestannlegen og ledergruppen var da de sa ja
- min innstilling er at hvis du gjør noe utenom, skal du ha tilleggsbetaling
- tilbudet vil gå på bekostning av andre grupper
- skal fylkestannlegen løse sine problemer med dette tilbudet, må han spille på begge team, offentlig og privat
- det er en skuffelse at det ikke gir mer i lomma for den som er med
- veldig positiv tilbakemelding fra brukergruppene
- det blir kritisk fremover med tannlegekapasitet
- det er tunge pasienter
- det er ikke mange fra tannhelsetjenesten som har lyst til å være med
- jeg vil ikke anbefale noen å være med, skulle hatt økonomiavtaler på forhånd
- jeg tvinges til å være med i arbeidstiden, tannlegeseekretær er misfornøyd, hvis prosjektleder ikke finner noen andre vil jeg ikke være med
- tanken bak prosjektet er ok
- det er vanskelig å få nok personell, for vi kommer ikke gjennom det vi skal ellers, vi greier ikke ta unna, det blir så mye tull nå
- det er kritisk å få folk til å være med
- tannhelsepersonell er kritisk, det er ikke rom for nye grupper, vi vil ikke ha noe med prosjektet å gjøre
- det er forholdsvis stor motstand mot prosjektet, det er urealistisk og mye penger bortkastet
- jeg føler meg fanget til å være med
- håper noe positivt kommer ut av det
- det er mest motstand blant tannlegene
- veldig få offentlige tannleger er med

- i utgangspunktet var vi overtannlegene positive og lojale, da var det bedre bemanning, vi ble kritisert av driftsrådet for tannhelse, det var ikke tid og interesse for prosjektet blant tannlegene
- frustrasjon blant de offentlige for lønnsforskjell mellom offentlig og privat, motstand mot ekstra pålegg
- interessen blant tannlegene var ganske blandet, vi har for mange svake grupper som det er,
- vi har ikke ressurser til å gjennomføre dette
- det har vært mye diskusjon i forhold til takster og godtgjøring
- det er mye prat på lunsjrommet, vi er redde for at prosjektet bare er en foranledning til et varig tilbud
- jeg meldte meg som frivillig, jeg liker nye ting, fikk reaksjon fra kolleger om at jeg var dum som meldte meg
- viktig at det er valgfritt så bare de som synes det er spennende kan være med
- disse pasientene er tunge grupper
- nye prioriterte grupper i det offentlige er å presse det offentlige
- greit at det er frivillig
- det ville vært lettere å gjennomføre hvis det var flere tannleger
- det var motstand blant alle grupper de ville få så mye å gjøre
- redd for å få flere grupper inn i det offentlige
- vi har fått flere ting i trynet, vi vil ikke ha flere grupper
- frivillighet har gitt en her og en der
- vi har trivdes med de gruppene vi har
- det var kanskje dumt at det var frivillig

Utsagn fra ledere i Helse- og sosialtjenesten:

- prosjektet er helt ok
- det tar ikke så mye tid for meg, prosjektleder gjør mye
- jeg synes prosjektet høstes interessant ut
- det er behov for tannlegehjelp hos disse gruppene
- gjennom prosjektet fanger vi opp personer som har stort behov for tannhelsetjenester og som ellers ikke ville fått hjelp, det er det viktigste, og grunnen til at jeg er positivt innstilt
- har følelsen av at tannlegene er kritisk til prosjektet, sier de ikke har nok kapasitet
- håper det er nok tannleger til behandling, jeg tror egentlig det er nok av dem
- hvorfor ikke gjøre slik som ellers i helsetjenesten når det gjelder behov og tilbud, det ville vært mer riktig og rettferdig
- jeg har litt problemer med valg av målgrupper, jeg tenker på minstepensjonister som ikke får noe
- det er et dilemma med utvalg av målgrupper, skulle vært behovsprøving etter økonomi
- det er fint at disse gruppene får tilbud
- denne organiseringen har irritert mange, det vil si utvalget av målgrupper, mange flere må få tilgang til tannhelsetjeneste, vi har mange som har behov, det er derfor vi er med, håper det er en begynnelse på et utvidet tilbud
- fordelingen av tilbudet er så skakk, det er et kjempebehov hos mange for eksempel minstepensjonister
- vi må velge ut hvem tilhører hvilke målgrupper etter skjønn, men vi er mer opptatt av å inkludere enn å ekskludere
- det skulle vært behovsprøving etter økonomi, for minstepensjonister er det en bøyg å gå på sosialkontoret
- jeg har solgt tilbudet, jeg brenner for det
- det er urettferdig at minstepensjonister med hjemmehjelp får tilbudet og ikke de andre som ikke har hjemmehjelp
- før jeg begynte her hørte jeg at kommunen var med i prosjektet, kjempebra prosjekt, det ga meg lyst til å jobbe her
- det er flott at sosialtjenesten kan tilby noe positivt til våre brukere
- prosjektet i seg selv er kjempefint, det retter opp skjevheter
- jeg synes dette prosjektet er kjempeflott, kan ikke forstå at noen kan være mot
- vi føler oss privilegert for at vår kommune er plukket ut

6.3 Samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten i oppstartfasen

Samarbeidsstrukturen i prosjektet i Vest-Agder var lik strukturen i de to andre forsøksfylkene, med lokal styringsgruppe, prosjektgruppe og en samarbeidsgruppe i hver forsøkskommune.

Til tross for motstand mot prosjektet blant tannhelsepersonell ble det et godt samarbeid mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten om iverksetting av tilbudet. Som nevnt tidligere hadde samarbeidsgruppene det praktiske styringsansvaret på kommunenivå, og alle utsagnene om samarbeidsgruppene i Vest-Agder har vært positive. Dette gjaldt utsagn både fra tannhelsepersonell og fra lederne i Helse- og sosialtjenesten. Utsagnene var preget av at samarbeidet var nyttig og at det var positivt å

bli kjent med hverandres daglige ansvar og oppgaver. Fordeling av ansvar og oppgaver på kommunenivå gikk greit. I motsetning til de andre to forsøksfylkene hadde forsøkskommunene i Vest-Agder lite problemer med å få formidlet tilbudet til brukerne. Flere av informantene fra Helse- og sosialtjenesten ga uttrykk for at prosjektleder skulle ha mye av æren for at samarbeidsgruppene og prosjektaktivitetene i kommunene fungerte så bra. De mente at han hadde gjort en kjempejobb for å få iverksatt tilbudet.

Informanter både fra tannhelsetjenesten og fra Helse- og sosialtjenesten ga uttrykk for at det kunne virke som at lokal styringsgruppe distanserte seg fra prosjektet og overlot mye av ansvaret for planlegging og oppstart til prosjektleder, og overlot til ham å finne løsninger på problemene med å få tilstrekkelig personell. Den lokale styringsgruppa i Vest-Agder bestod av fylkestannlegen og de tre overtannlegene i fylket. Informanter fra styringsgruppen ga uttrykk for at å skaffe personell var prosjektleders ansvar, mens prosjektleder hadde regnet med mer støtte og direkte oppfølging fra ledelsen i denne prosessen.

Nedenfor presenteres utvalg av representative utsagn om samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten.

Utsagn fra informanter i tannhelsetjenesten

- det faller mye på prosjektleder
- lokal styringsgruppe har distansert seg fra prosjektet, vi vil beskytte de ansatte, det er interessekonflikt
- prosjektleder har gjort en kjempejobb
- det er lett å samarbeide med kommunene, lett å bli enige med dem, de gjør det de skal, de stiller opp på møtene og er presise
- samarbeidet med kommunen fungerer godt
- har god dialog med de som er involvert i prosjektet
- det har vært nyttig å samarbeide med kommunene
- vi har godt samarbeide med kommunen, det er greie folk
- prosjektleder leder på en fin måte
- det har fungert veldig bra i samarbeidet sosial- og helse, de er engasjerte
- det som er gledelig er at vi har god dialog med Helse- og sosialtjenesten
- det er interessant å være med i samarbeidsgruppen,
- Helse- og sosialtjenesten syntes det ble mye ekstra for dem
- det er interessant å møte folk fra Helse- og sosialtjenesten
- prosjektet er ganske omfattende, mer jobb enn jeg trodde med det
- fint å bli bedre kjent med Helse- og sosialtjenesten, deres problemer var ukjente for meg
- det er fint at vi har fått i gang pasientsamarbeid med Helse- og sosialtjenesten
- Utsagn fra informanter i Helse- og sosialtjenesten: vi har ikke hatt så mye møtevirksomhet i samarbeidsgruppen, har samarbeidet over telefon
- samarbeidet med prosjektleder er veldig bra
- i samarbeidsgruppen sitter alle lederne, vi har fast møteplan
- i samarbeidsgruppen har vi diskutert hvem må passe på hva
- samarbeidet fungerer godt her, vi er små, vi er godt kjent med hverandre og med innbyggerne
- vi er samkjørte i kommunen
- vi har organisert møte med hjemmehjelperne og informert dem om hva de skal gjøre
- det har ikke vært så mye ekstraarbeid for meg
- arbeidet i samarbeidsgruppen går greit
- samarbeidet er knirkefritt hos oss, det er ikke veldig stor uenighet
- min oppgave er å informere hjemmehjelperne
- hos oss fungerer samarbeidet veldig godt, jeg gjør bare en liten del i forhold til min gruppe
- prosjektleder er ryddig, behagelig og samarbeide med
- leder i samarbeidsgruppen er strukturert, hun passer som leder
- samarbeidsgruppen har jevnlig møter med prosjektleder, det fungerer greit
- det følger en del arbeid med slike ting, det har vært mye arbeid, dagene er ganske presset
- samarbeidsgruppen fungerer helt fint, fine diskusjoner
- leder i samarbeidsgruppen fungerer kjempebra
- samarbeidspartnerne er veldig hyggelige, de to tannlegene i samarbeidsgruppen er en positiv opplevelse
- prosjektleder er flink til å planlegge, ryddig og romslig samarbeidspartner
- samarbeider mye over e-mail ved siden av møtene
- positiv ressursfaktor at det er laget gode rutiner, så alle vet hva de skal gjøre
- det har vært travelt. på toppen av min andre jobb, hvis jeg hadde avsatt tid til det skulle jeg gjort det bedre, i samarbeidsgruppen går det veldig fint, vi har fast møteplan, vi har også mye uformell kontakt om prosjektet
- det er lett å ta kontakt, har mye uformell kontakt
- det er praktisk organisert
- samarbeidsmiljøet er veldig positivt
- samarbeidet er greit
- det var gjort godt forarbeid før forsøket startet
- nå er vi over den tyngste biten, i hvert fall vi som skal kontakte pasientene

6.4 Samarbeidet mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste

Den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder hadde ikke skiftlige kontrakter med privatpraktiserende tannleger når det gjaldt Futtspasientene. Privatpraktiserende tannleger kunne inngå muntlige samarbeidsavtaler med den offentlige tannhelsetjenesten om sine egne pasienter som kom inn under en av målgruppene for tilbudet. Samarbeidsavtalene var basert på NTFs kriterier for nødvendig tannbehandling.

Som i de to andre forsøksfylkene var samarbeidet med representanten fra den lokale tannlegeforeningen en viktig faktor når det gjaldt formidling av informasjon om Futtprosjektet til privatpraktiserende tannleger i forsøkskommunene. Nedenfor presenteres utvalg av utsagn om samarbeidet mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste.

Utsagn fra tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten

- første gang vi samarbeider om pasienter, privat/offentlig
- vi må få i gang et pasientsamarbeid
- jeg tror at etter hvert vil de private få problem med kapasitet
- samarbeidet off/privat er et kritisk element, har ikke vært lett å få det til pga. forskjell i takster og godtgjøring
- økonomi bidrar til motstand
- det er konflikt mellom off og privat, de er veldig flinke til å unndra seg akuttspasienter i ferier/fritid
- vi må finne en god løsning på samarbeidsstruktur mellom offentlig og privat
- det har vært stor debatt i tannlegeforeningen om hvem skal ta disse pasientene
- private tar seg av godbitene
- det er kjempeubalanse mellom privat og offentlig
- det er et dilemma å finne en god struktur

Utsagn fra privatpraktiserende tannleger

- tidligere har ikke pasienter kunnet gå til sin private tannlege hvis det dekkes av offentlige midler
- det offentlige ønsker samarbeid, de kjøper tjenester
- private har økende satser
- sekundært at det er et økonomisk problem
- vi ventet på utspill om honorar og forklaring på hva vi skulle gjøre
- endelig kom fylkestannlegen med tilbud om honorar
- det hadde vært fint med flere tannleger med fra starten
- de private har dårlige erfaringer med betaling fra det offentlige
- la pasientene få fortsette med tannlegen de har hatt tidligere.
- mange privatpraktiserende er villig til samarbeid hvis vi kan få til et samarbeid hvis det blir orden på takstene

Både offentlige og privatpraktiserende tannleger hevder at samarbeid er nødvendig hvis tilbud om subsidierte tannhelsetjenester til nye målgrupper skal kunne gjennomføres. Begge tannlegegruppene peker imidlertid på problemer som må løses før det kan etableres et konstruktivt samarbeid om samfunnsprioriterte målgrupper for tannhelsetjenester.

De offentlige tannlegene påpeker at de privatpraktiserende tannlegene må ta sin del av tannlegevaktene i ferier, og at det må bli balanse med hensyn til takster og godtgjøring for begge tannlegegruppene.

De privatpraktiserende påpeker problemet med økonomi og viser til dårlige erfaringer med offentlige satser og utbetaling av honorar.

Både offentlige og privatpraktiserende tannleger er imidlertid enige om at problemene kan løses, og at det er mulig å finne frem til en formålstjenlig samarbeidsstruktur.

6.5 Faktorer og forhold som har hatt innvirkning på samarbeidet i oppstartfasen

Nedenfor er en oppsummering av faktorer og forhold som ut fra prosjektdeltakernes oppfatninger kan tolkes som kriterier for et godt samarbeid i oppstartfasen av forsøksordningen. Deretter følger en oppsummering av kritiske element i samarbeidet om oppstart av forsøksordningen.

Kriterier for godt samarbeid i oppstartfasen

- etablering av samarbeidsgrupper på kommunenivå
- samarbeidsavtaler med privatpraktiserende tannleger
- positiv innstilling blant lederne i Helse- og sosialtjenesten
- oppstartseminar med deltakere fra Den offentlige tannhelsetjenesten, privatpraktiserende tannleger og Helse- og sosialtjenesten
- god prosjektledelse

Kritiske element i planlegging og oppstart av forsøket

- frivillig deltaking av tannhelsepersonell.
- prosjektdeltakeres oppfatning av distansert lokal styringsgruppe
- stor motstand mot forsøksordningen blant offentlig tannhelsepersonell

Samarbeidsgruppene på kommunenivå som i Vest-Agder var sammensatt av representanter fra tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten har ifølge evalueringsresultatene hatt en sentral funksjon i planlegging og oppstart av forsøksordningen. Overtannlegen i hvert distrikt har deltatt i sin respektive samarbeidsgruppe, noe som har fått positiv tilbakemelding fra de andre deltakerne.

Representantene fra samarbeidsgruppene som ble intervjuet ga entydig uttrykk for et fruktbart og lærerikt samarbeid. De ga også uttrykk for at samarbeidet hadde gitt dem nyttig kjennskap til hverandres arbeidsfelt, noe som bidro til bedre forståelse for hverandres ansvar og arbeidsoppgaver.

Evalueringsresultatene viser at positiv innstilling og engasjement blant lederne i Helse- og sosialtjenesten har hatt stor betydning for planlegging og iverksetting av prosjektaktivitetene i Vest-Agder. Det kan også synes som om deres entusiasme og innsatsvilje har hatt en smitteeffekt på representantene fra tannhelsetjenesten, og vært avgjørende for samarbeidet mellom dem.

Som tidligere nevnt er kritiske element i prosjektet faktorer og forhold som kan eller vil medføre irritasjon og frustrasjoner og dårlig samarbeid om prosjektaktivitetene. Når det gjaldt planlegging og oppstart av tilbudet i Vest-Agder tyder intervjuresultatene på at alle prosjektaktivitetene ble gjennomført som planlagt.

Stor motstand mot forsøksordningen blant offentlige tannleger og tannpleiere i tillegg til at deltaking i prosjektet var frivillig ble av mange prosjektdeltakere fremhevet som et kritisk element i gjennomføring av tilbudet.

Informanter både fra Helse- og sosialtjenesten og fra offentlig tannhelsetjeneste kom til dels med sterk kritikk mot den lokale styringsgruppen som de mente var for utydelig når det gjaldt å markedsføre verdien av prosjektet og med hensyn til å få med nok tannhelsepersonell.

Informanter fra den lokale styringsgruppen sa at de var klar over at frivillighetsprinsippet ikke fungerte som de hadde håpet. De viste til at bemanningssituasjonen hadde endret seg etter at de sa ja til forsøksordningen og prioriterte å beskytte sine medarbeidere mot merarbeid. Derfor valgte de å holde en lav profil når det gjaldt å få tannpleiere og tannleger til å undersøke og behandle prosjektpasienter, og mente at det var prosjektleders ansvar å motivere og få med tilstrekkelig personell.

Selv om prosjektaktivitetene når det gjaldt planlegging og oppstart av forsøket i Vest-Agder ble gjennomført som planlagt, mente mange informanter at den negative innstillingen blant tannhelsepersonell kunne bli et kritisk element i gjennomføring av tilbudet.

7 SAMARBEIDET I GJENNOMFØRINGSFASEN AV FORSØKSORDNINGEN. EVALUERINGSRESULTATER

Dette kapitelet er et sammendrag av evalueringsresultatene som gjelder samarbeidet mellom partene i gjennomføring av forsøksordningen. Tidligere i rapporten vises det til at det er nær sammenheng mellom innstilling til arbeidsoppgaver og evne og vilje til å gjennomføre dem. (avsnitt 4.2.) I denne sammenheng har prosjektdeltakernes innstilling til forsøksordningen vært et sentralt tema i intervjuene.

I oppstartfasen ble det avdekket forholdsvis stor motstand mot forsøksordningen blant offentlig tannhelsepersonell. I løpet av prosjektperioden kan det synes som om denne motstanden har avtatt i Nord- Trøndelag og Hedmark mens den er uforandret i Vest-Agder hvor den var størst i utgangspunktet.

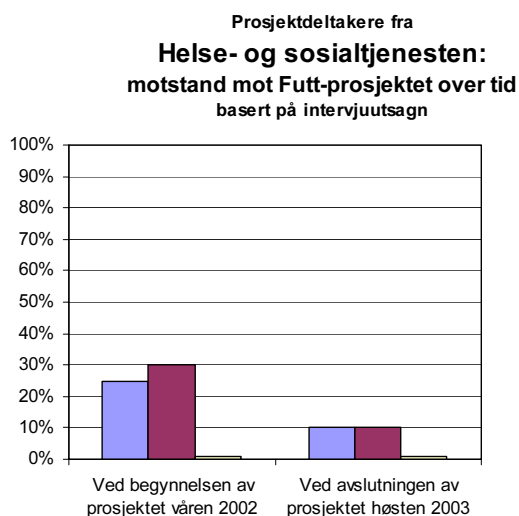
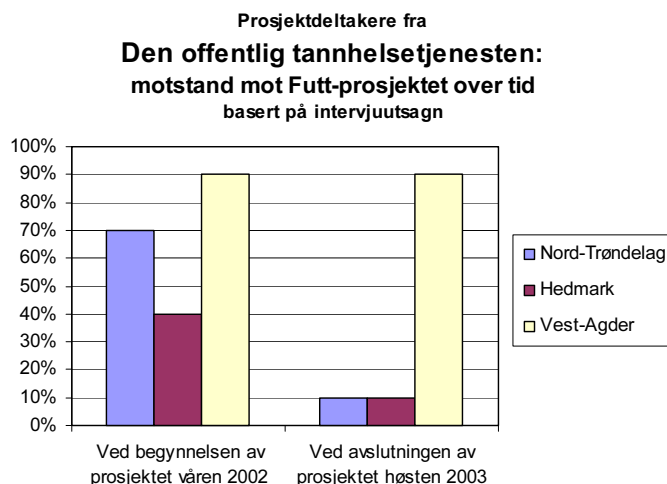
Første del av dette kapitelet viser et tilnærmet bilde av motstanden blant prosjektdeltakerne og hvordan den har forandret seg i løpet av prosjektperioden.

Andre del av kapitelet viser resultater fra en spørreundersøkelse som ble gjennomført i alle tre forsøksfylkene med hensyn til informantenes innstilling til Futt-prosjektet. Informanter var alt offentlig tannhelsepersonell og alle privatpraktiserende tannleger i alle tre fylkene. Svarprosenten var totalt omtrent 70 %. En tilsvarende undersøkelse ble gjennomført blant et utvalg av ledere i Helse- og sosialtjenesten i alle forsøkskommunene.

Tredje del av kapitelet presenterer evalueringsresultatene fra samarbeidet i gjennomføringsfasen. Siste del er en konklusjon som viser hvilke faktorer og forhold som har hatt innvirkning på samarbeidet i gjennomføring av forsøksordningen.

7.1 Motstand mot forsøksordningen

Diagrammene nedenfor viser et tilnærmet bilde av motstanden mot forsøksordningen blant prosjektdeltakerne i offentlig tannhelsetjeneste og i Helse- og sosialtjenesten i alle tre fylkene, og hvordan motstanden har forandret seg i løpet av prosjektperioden. Det er ikke laget diagrammer over innstillingen blant de privatpraktiserende tannlegene som



behandlet Futt-pasienter, da det syntes som om det var lite eller ingen motstand mot forsøksordningen i denne gruppen.

Diagrammene er basert på 75 intervjuer med hensyn til informantenes innstilling til forsøksordningen våren 2002 i oppstart av prosjektet og 66 intervjuer høsten 2003 på slutten av forsøksperioden. Informanter var utvalg av prosjektdeltakere i alle tre forsøksfylkene.

7.1.1 Resultater fra offentlig og privat tannhelsetjeneste.

Resultatene som presenteres nedenfor gjelder informanter fra offentlig og privat tannhelsetjeneste. De presenteres samlet fra alle tre forsøksfylkene.

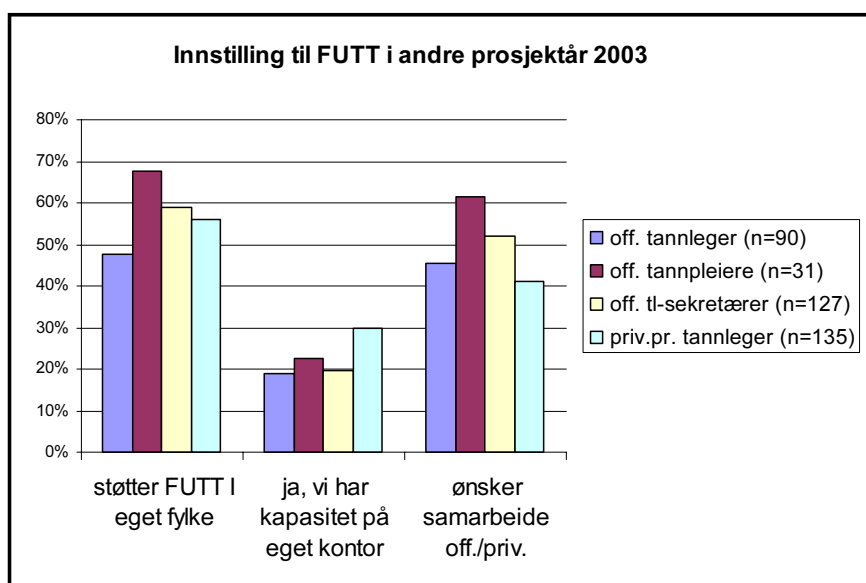


Diagram 1. Innstilling til prosjektet.

Evalueringsresultatene viser at gjennomsnittlig 60 % av de som har svart fra Den offentlige tannhelsetjenesten støtter beslutningen om at tilbudet skulle gjennomføres i eget fylke. Av informantene er det størst oppslutning blant tannpleierne med nesten 70 %, mens 45 % av de offentlige tannlegene støtter beslutningen.

Det er noe mer utbredt støtte til FUTT prosjektet blant de privatpraktiserende tannlegene enn blant de offentlige.

Derimot er det omtrent 20-30% som mener at arbeidssituasjonen på deres egen tannklinikk tilsier at de kan gi et permanent tilbud til disse gruppene, igjen er de privatpraktiserende tannlegene mer positive enn de offentlige.

Mellom 40 og 60 % av informantene fra offentlig tannhelsetjeneste ønsker å inngå samarbeid med privatpraktiserende tannleger om tilbud om tannhelsetjenester til samfunnsprioriterte målgrupper. 40 % av de privatpraktiserende tannlegene som har svart ønsker dette samarbeidet.

Omtrent 55 % av privatpraktiserende tannleger som har besvart spørreskjemaet støtter beslutningen om at forsøksordningen ble iverksatt i deres fylke. Omtrent 30 % av privatpraktiserende tannleger sier at de har kapasitet til å ta imot nye pasienter, og omtrent 40 % vil samarbeide med Den offentlige tannhelsetjenesten om samfunnsprioriterte målgrupper.

Kommentarer fra informantene

Informantene ble gitt muligheten til å komme med egne kommentarer om tilbudet i tillegg til å besvare spørsmålene. Kommentarene presenteres fylkesvis.

Kommentarer fra offentlig ansatte tannleger og tannpleiere i Nord-Trøndelag

- slik bemanningssituasjonen er bør vi ikke bli pålagt flere grupper med permanent tilbud. Det er ikke bare tannlegemangel i det offentlige, men det er også slik at de privatpraktiserende har mer enn nok å gjøre. Det offentlige har mer enn nok tunge grupper fra før. Skal vi få flere tunge grupper, kommer jeg nok til å slutte som offentlig ansatt tannlege.
- målgruppene det dreier seg om er klart tunge pasienter. Det er på tide at også de privatpraktiserende tar mer ansvar og finner ordninger via NTF som gjør at tunge pasienter blir fordelt blant landets tannleger.
- med de problemer som tannhelsetjenesten i Nord-Trøndelag har, privat og offentlig, mener jeg det er meget uklokt å innføre nye prioriterte grupper nå.
- min hovedinnvending mot Futt-prosjektet er at vi ikke har tid til nye pålagte oppgaver. Den offentlige tannhelsetjenesten står ovenfor en krise pga tannlegemangel. Vi bør ordne opp og konsolidere stillinger før vi tar på oss nye oppgaver.
- rekruttering og tilgang på mange flere tannleger må være på plass før ansvar for nye grupper tas.
- i vårt distrikt er det for få tannleger og da har vi problemer med å gi et tilfredsstillende tilbud til de tidligere prioriterte gruppene. Arbeidssituasjonen blir derfor enda mer stresset med de nye gruppene.
- både vårt distrikt og hele Nord-Trøndelag er underbemannet mht tannleger i offentlig tannhelsetjeneste. Man kan godt være enig i at nye grupper gjerne bør prioriteres, men det hjelper bare så lite når behandlingskapasiteten mangler.
- jeg er ikke mot Futtprosjektet i seg selv, men slik arbeidssituasjonen er for tiden, føles det kanskje mer som en belastning. I alle fall tanken på at det blir flere grupper selv om de burde ha like rettigheter som de andre i samfunnet.
- ut fra dagens kapasitetsmangel av tannleger er Futtprosjektet en belastning istedenfor en utfordring, som det i utgangspunktet skulle ha vært. Den offentlige tannhelsetjenesten er nær kollaps og de private tannlegene er overbelastet av pasienter. Årsaken er kjent, så tidspunktet for Futt var/ er lite egnet. Har situasjonen vært bedre, hadde Futt blitt bedre mottatt, men pr dato er det ikke populært pga stort arbeidspress og liten kapasitet, dessverre.

Kommentarer fra offentlig ansatte tannleger og tannpleiere i Hedmark

- den offentlige tannhelsetjenesten er underbemannet og underbetalt, vi sliter svært med å kunne gi et bra tilbud til barn, unge og eldre pleietrengende, og klarer derfor ikke flere tunge pasientgrupper, noe som vil gjøre det enda mindre attraktivt å jobbe i det offentlige.
- hvis offentlig tannhelsetjeneste alene får ansvaret for de nye gruppene, vil det bli enda vanskeligere å få rekruttere og beholde medarbeidere. Dette fordi det blir for mange såkalte tunge pasienter i disse gruppene.

Kommentarer fra offentlig ansatte tannleger og tannpleiere i Vest-Agder

- så lenge det er mangel på tannleger er det ikke tid for å innføre nye grupper. Det viktigste må være å ta vare på gruppe A.
- nye grupper er ok. Gitt at vi har ressurser til det
- det er ikke gruppene som sådan, men ressursgrunnlaget som er problemet.
- antakelig bruker vi for mye tid på gruppe A (mange friske/lite behov), slik at vi ikke får tid til dem som trenger dette
- personalet i Den offentlige tannhelsetjenesten må få konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår slik at stabilitet i de offentlige stillingene kan gjenopprettes
- hele Futtprosjektet kom på et galt tidspunkt. Vi er underbemannet og hadde trengt all tannlegetid for å klare de oppgaver vi allerede er satt til.
- vi har mer enn nok å gjøre fra før på det kontoret jeg jobber. Nye grupper vil føre til enda mer stressende arbeidssituasjon, derfor må det ansettes flere offentlige tannleger dersom Futt kan bli permanent, eller tjenestene må kjøpes privat.
- kan vanskelig se for meg at vi kan gi en ny gruppe tilbud om gratis tannbehandling da Den offentlige tannhelsetjenesten knapt nok klarer å ta seg av dem som allerede har krav på det (for eksempel gruppe C2), pga bemanningssituasjonen, for få tannleger og tannpleiere.
- synes dette er vanskelig, da ressursene i Den offentlige tannhelsetjenesten ikke strekker til, ideelt sett burde alle gruppene få tilbud.
- dette er meget tunge pasienter, på toppen av andre prioriterte grupper etter mitt syn vil ta for mye tid og krefter for å si det litt platt. Syns allerede vi behandler tungt nok klientell.
- skal flere pasienter inn i systemet, må det ressurser til, ellers vil ikke tannlegene kunne eksistere i Den offentlige tannhelsetjenesten.
- det er helt vanvittig å innføre nye målgrupper i en tannhelsetjeneste som allerede sliter tungt, og som

ikke klarer å opprettholde tilbudet til nåværende målgrupper.

- slik det er i dag med mange ubesatte tannlegestillinger i det offentlige, har ikke offentlige

tannklinikker mulighet til å gi et tilfredsstillende tilbud, en bør kunne fordele nye grupper mellom offentlige og private klinikker.

Kommentarer fra privatpraktiserende tannleger

Nord-Trøndelag

- mange av pasientene krever mye behandlingstid dvs. høye kostnader. dette er ikke alltid like lett å fakturere
- skuffende økning av offentlige takster, virker hemmende på samarbeid offentlig/privat
- det blir feil å ta inn nye pasientgrupper når DOT ikke klarer å gi tannbehandling til grupper som allerede har krav til fri behandling
- slik situasjonen mht bemanning i DOT er, vil det være naturlig at alle tar et tak enten som en midlertidig ordning eller på permanent basis
- jeg mener at det er helt feil å prioritere nye grupper så lenge det er alvorlig mangel på tannleger i mitt distrikt. det er i dag total mangel på behandling av fritt klientell, likevel forsøker DOT å innlemme nye grupper. Nå må de ansvarlige snart ta til fornuft

Hedmark

- på vår klinikk arbeider hver tannlege med 3-4 stoler og utstrakt delegering av arbeidsoppgaver. Dette gjør det vanskelig å beregne timehonorar fordi tannlegen godt kan ha tre pasienter under behandling samtidig. En slik praksis har vanligvis en inntjening over det dobbelte av hva en enmannspraksis med en sekretær kan greie. Derfor blir det nå et tap ved å jobbe med Futtpasienter
- DOT må gjerne leie private tjenester ved min praksis etter min prisliste da jeg har noe ledig kapasitet
- et meget bra tiltak som absolutt bør organiseres gjennom DOT. Jeg vil imidlertid anta at det for mange privatpraktiserende er et kapasitetsproblem, behandlingsbehovet ser jo ut til å øke i de fleste aldersgrupper.
- et eventuelt samarbeid er helt avhengig av honorarberegninger for tjenesten.
- jeg mener at mange som blir kalt inn under prosjektet har gått til egen tannlege før og har penger. Disse bør ikke belaste offentlige budsjetter.
- noe tungrodd slik det har fungert nå, godt samarbeid med DOT, ikke møtt problematikk ved rusmiddel/psykiske kasus
- dersom jeg som privatpraktiserende skal delta, må jeg få den tilliten som kreves. Jeg har blitt med på prosjektet av idealistiske grunner, og kriteriene er greie. Dersom jeg må forholde meg til et byråkrati som bare stjeler tid, vil jeg måtte avstå.
- ingen pasienter har skjønt at de skal årlig innkalles til off. tannpleier. De sier at de ble jo lovt å fortsette hos sin vanlige tannlege.
- etter min mening burde offentlig tannhelsetjeneste nedlegges og erstattes med gode refusjonsordninger hos privatpraktiserende tannleger for prioriterte grupper. Sannsynligvis store penger og spare for staten

Vest-Agder

- det som er kjempebra med Futt-prosjektet er at tannleger selv får bestemme behandlingsbehov, og trenger ikke å krangle om behandlingstype og penger. SUPERT
- vi bør kunne arbeide etter våre egne takster. hvorfor skal vi "sponse" disse gruppene?
- for lave takster. det er feil at mine egne betalende voksne pasienter skal subsidiere Futtpasientene. Skal en ordning innføres må dette tas høyde for.
- jeg synes Den offentlige tannhelsetjenesten bør prioritere 0 til 18 år etter det som er lovpålagt og ikke ta inn nye grupper før de første har
- gode og ferdigbehandlede resultater. Samarbeid med de offentlige tannlegene er ingen problem, men noe annet er honorarene vi da påtvinges.
- det må forutsettes at vi ikke må basere oss på takster bestemt av stat, da disse ikke justeres når de skal. Siden de private har egne takster må disse legges til grunn for honorarberegninger.
- det lille jeg har hatt med Futt prosjektet å gjøre synes jeg tyder på litt vel mye byråkrati i forhold til behandling. man blir fratatt en pasient etter mangeårig kjennskap, og får tilbake en "ordre" om hva man skal gjøre. Den privatpraktiserende tannlege burde kunne få ha pasienten i sitt system og utføre registrering/behandling selv. Gjerne etter fastsatte retningslinjer.
- det er viktig at tannlegen selv stiller diagnose
- og lager behandlingsplan

Kommentarene fra offentlig tannhelsepersonell viser at det fremdeles er motstand mot forsøksordningen. Imidlertid kan en merke seg at omtrent halvparten av tannlegene sier de støtter beslutningen om at forsøket ble satt i gang i eget fylke, mens 20 % mener de har kapasitet til nye målgrupper på egen tannklinikk. En kan merke seg at 80 % av tannlegene som har gitt kommentarer ikke er med i Futtprosjektet, og at alle kommentarene er entydig imot forsøket og mot et permanent tilbud. Begrunnelsen er for dårlig tannlegekapasitet til å behandle nye tunge grupper som de mener vil ha et stort behandlingsbehov og være tidkrevende i tillegg til tunge grupper som allerede er i systemet.

Det er verdt å merke seg at omtrent 30 % av privatpraktiserende tannleger sier de har kapasitet til å ta imot nye pasienter, og omtrent 40 % av dem er positivt innstilt til samarbeid med Den offentlige tannhelsetjenesten.

Kommentarene fra de privatpraktiserende tannlegene er fordelt mellom de som er med og de som ikke er med i Futtprosjektet. Mange av kommentarene viser til at et samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste må være basert på en tilfredsstillende avtale for begge parter. Noen av kommentarene gir uttrykk for at en samarbeidsavtale er avhengig av visse forutsetninger som tilfredsstillende takster og godtgjøring, slik at samfunnsprioriterte brukere ikke medfører økonomisk tap i forhold til private takster. Andre kommentarer viser til at det er unødvendig at pasientene skal innom det offentlige først, og at behandlingsbehov og behandlingsplan i spesielle tilfeller skal kontrolleres av offentlig tannlege.

7.1.2 Resultater fra ledere i Helse- og sosialtjenesten

Spørreskjemaet ble sendt til et utvalg av ledere i forsøkskommunene i alle tre fylkene. I alt 54 informanter fra Helse- og sosialtjenesten besvarte spørreskjemaet.

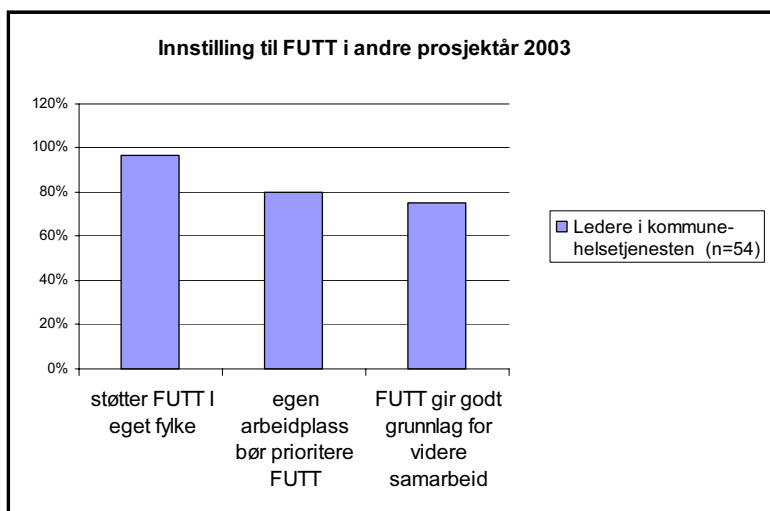


Diagram 2. Innstilling til prosjektet blant ledere i Helse- og sosialtjenesten.

I alt 97 % av informantene fra Helse- og sosialtjenesten støtter beslutningen om at forsøksordningen ble iverksatt i eget fylke. 80 % av informantene mener at deres arbeidsplass bør prioritere tid til samarbeid med tannhelsetjenesten om Futtpasienter, og 75 % mener at samarbeidet i prosjektet har gitt et godt grunnlag for videre

samarbeid om felles målgrupper.

Kommentarer fra informantene i Helse- og sosialtjenesten

- jeg er helt enig i at tannhelsetjenester blir tillagt stor betydning
- utvidet tilbud om tannhelsetjenester er et svært positivt prosjekt, når du av ulike årsaker ikke er i stand til å ta vare på din egen tannhelse, bør et utvidet tilbud gis
- tannhelsetjenesten bør være en del av den øvrige helsetjenesten. Betales egenandel på lik linje med andre helsetjenester så kan det eventuelt søkes om dekning av egenandel etter nærmere kriterier.
- det må på sentralt hold jobbes med at tenner behandles på lik linje med resten av kroppen, og komme innunder egenandelskortet. Det vil være det minst arbeidskrevende for alle parter.
- ut fra nytt fokus på tannhelse i vår kommune er det en forutsetning at tilbudet fortsetter og blir permanent.

Det var forholdsvis få tilleggskommentarer fra informantene i Helse- og sosialtjenesten. Det kan komme av at utvalget av informanter til spørreskjemaet er alle med i Futtprosjektet, og har muligheter til å få gitt sine oppfatninger i intervjuene. Resultatene fra spørreskjemaet kan tolkes som at lederne i Helse- og sosialtjenesten i forsøkskommunene har et sterkt ønske om at tilbudet skal fortsette og bli permanent. De begrunner dette med at erfaringene fra Futtprosjektet har ført til fokus på tannhelse i Helse- og sosialtjenesten og at tilbud om offentlige tannhelsetjenester bidrar til et bedre helsenivå for deres brukere.

7.2 Samarbeidet i gjennomføring av tilbudet

Evalueringsresultater som gjelder samarbeidet i gjennomføring av tilbudet er basert på intervjuer av utvalg av prosjektdeltakere. Resultatene presenteres fylkesvis.

7.2.1 Nord-Trøndelag. Evalueringsresultater

Nedenfor presenteres utvalg av utsagn om samarbeidet i gjennomføringsfasen. Utsagnene vurderes som representative ut fra at flere har sagt det samme eller tilnærmet det samme.

Utsagn fra tannleger og tannpleiere i offentlig tannhelsetjeneste

- samarbeid med kommunen har vært litt begge deler, leder for samarbeidsgruppa har ikke møtt på møtene, møte i starten, det har vært trøbbel med samarbeidsgruppen
- reaksjoner fra privatpraktiserende har vært veldig positive til å være med
- nettverksgruppa har fungert kjempefint, vi har hatt kjempefint samarbeid og har etablert uformell kontakt med Helse- og sosialtjenesten
- de som har ansvar for psykiatrigruppen har hatt problemer med å få ut tilbudet til sine pasienter
- samarbeidet med de privatpraktiserende har vært veldig bra, de har positiv velvilje til tilbudet, ingen problemer å samarbeide med de privatpraktiserende om behandling og betaling
- samarbeidet med de privatpraktiserende har gått over all forventning
- nettverksgruppa vår er veldig givende, de som er med i den er kanskje de mest positive til tilbudet, tidligere har det ikke vært så stor forståelse for hverandres jobb, det har nesten vært motstandsforhold
- jeg er litt skuffet over Helse- og sosialtjenesten, leder for nettverksgruppen i vår kommune har ikke tatt det alvorlig, ville være leder for gruppen men har skjøvet det til side, har ikke stilt opp, prosjektleder har gjort det han har kunnet
- det viktigste med nettverksgruppene er at vi har etablert kontakt for å fortsette forståelsen for hverandres arbeid

Utsagn fra privatpraktiserende tannleger

- samarbeidet med Den offentlige tannhelsetjenesten har gått fint
- jeg har ikke hatt noen problemer med Futtprosjektet, eller med Futtpasienter, samarbeidet har vært fint
- det har vært lærerikt å være med i prosjektet

Utsagn fra Helse- og sosialtjenesten

- samarbeidet i prosjektet har ført til mer bevisstgjøring på tannhelse
- prosjektleder har vært flink til å få andre med, prosjektet har vært velorganisert fra tannhelsetjenesten.
- nettverksgruppen har jobbet veldig godt sammen
- nettverksgruppen har fungert veldig bra

- nettverksgruppa er en fin gjeng, vi har også tatt opp andre ting med fokus på tannhelse, vi bør fortsatt ha møter for eksempel to ganger i året, dette har gjort at prosjektet har sklidt
- hos oss har det vært ildsjeler, prosjektleder skal ha mye av æren, men det har også vært viktig at kommunelegen har vært så aktiv, ildsjelene er ofte de samme personene og veldig travle folk
- det har vært veldig spennende å være med i prosjektet
- det har vært litt vanskelig å få implantert prosjektet hos kolleger
- det er gjort et veldig godt forarbeid
- de som er med i nettverksgruppen blir hørt og blir tatt med på råd

Alle informantene fra Nord-Trøndelag ga uttrykk for at prosjektet har vært godt organisert og at det har vært gjort godt forarbeid før tilbudet ble iverksatt, og de fremhever godt samarbeid med prosjektleder.

Samarbeidet i nettverksgruppene på kommunenivå har vært fruktbart og lærerikt for de som har deltatt aktivt og ført til ny forståelse og respekt for hverandres arbeidsområder.

Informantene fra Helse- og sosialtjenesten fremhever at samarbeidet om målgruppene for forsøksordningen har bidratt til fokus på tannhelse og tannhelsetjenester, noe som var nedprioritert tidligere. En annen konsekvens av samarbeidet i nettverksgruppene er at det har blitt etablert uformell kontakt mellom nøkkelpersoner i tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten når det gjaldt felles målgrupper.

Enkelte informanter fra forsøkskommunene gir uttrykk for problemer i en av kommunene med personer som har nedprioritert prosjektaktivitetene til fordel for andre oppgaver.

Dette har skapt irritasjon og frustrasjoner hos de andre prosjektdeltakere, spesielt i nettverksgruppen i denne kommunen. Informanter fra begge etatene gir imidlertid uttrykk for at engasjement og entusiasme for tilbudet hos ildsjeler har bidratt til at samarbeidet er blitt opplevd produktivt og at det er lagt et grunnlag for videreføring av samarbeid om felles målgrupper i alle tre forsøkskommunene.

Intervjuutsagnene viser at samarbeidet med privatpraktiserende tannleger har gått over all forventning, og flere privatpraktiserende tannleger sier at samarbeidet har vært problemfritt og lærerikt.

I Nord-Trøndelag ble 99 av 199 Futt-pasienter som hadde behov for tannbehandling behandlet av privatpraktiserende tannleger.

7.2.2 Hedmark: Evalueringsresultater

Utsagn fra tannleger og tannpleiere i offentlig tannhelsetjeneste

- samarbeidsgruppen har ikke hatt så mange møter etter starten, men vi har samarbeidet godt over telefon, det har vært mye telefonkontakt siste året
- samarbeidet med privatpraktiserende går helt fint
- prosjektgruppen har fungert veldig bra, prosjektleder er strukturert
- i en av våre samarbeidsgrupper har det vært dårlig oppmøte, gjennomføring av prosjektet skulle ikke vært så personavhengig, omsorgssjefen er ikke så entusiastisk, tilbudet må være mye mer forankret i ledelsen
- dette har vært en fin måte å komme i gang med samarbeidet offentlig tannhelsetjeneste og Helse- og sosialtjenesten
- det var mest kritisk i starten, å få folket med, vi hadde godt samarbeid med kommunen som var så positive, det var mest trasig i tannhelsetjenesten i oppstarten, i begynnelsen mye motstand mot prosjektet, men det ga seg, omfanget ble ikke så stort som vi hadde trodd
- det har vært kjempefint med samarbeidet med kommunen, og det har vært fint med samarbeidsseminarene og temadager
- det har vært greitt i prosjektgruppen, fint å høre hva de andre har opplevd
- det har vært artig og spennende, jeg har lært at det har vært positivt med samarbeidsgruppene, det har utviklet seg en positiv holdning i Hedmark også blant de private som er med

Utsagn fra privatpraktiserende tannleger

- samarbeidet har gått greit
- samarbeidet offentlig/privat har gått greit
- det har vært et veldig godt samarbeid med Den offentlige tannhelsetjenesten, vi er avhengig av å hjelpe hverandre hvis disse pasientene skal få et permanent tilbud

Utsagn fra ledere i Helse- og sosialtjenesten

- vi var nok mer glødende og entusiastiske i starten, det ble gjort et godt grunnarbeid
- samarbeidet med tannhelsetjenesten har vært helt flott, har følt at mitt bidrag blir tatt på alvor, jeg er blitt lyttet til, en form for videre samarbeid må forankres i ledelsen, det kan være kritisk med skifte av leder i en overgangperiode for tilbudet, kan være vanskelig å få forståelse for betydningen av tilbudet hos noen som ikke kjenner prosjektet
- samarbeidet med tannhelsetjenesten har vært fint
- i samarbeidsgruppen har vi hatt en del telefonkontakt, det har vært lett
- hos oss har det vært størst problemer med formidling av tilbudet gjennom hjemmebaserte tjenester, der har samarbeidet ikke vært så bra, det viser at dette så langt har vært personavhengig, hjemmebasert skylder på liten tid
- det har vært veldig bra samarbeid med tannhelsetjenesten
- det har vært lett å samarbeide med prosjektleder, hun er rask og grei til å svare på spørsmål

I en av forsøkskommunene har det vært problemer i samarbeidsgruppene når det gjaldt å få formidlet tilbudet til alle brukerne. Problemene begynte i oppstartfasen av forsøket og var et kritisk element langt inn i gjennomføringsfasen av tilbudet.

Informantene fra pleie- og omsorgstjenesten mente de hadde det for travelt til å prioritere tilbudet, mens andre i samarbeidsgruppen gir uttrykk for manglende engasjement og manglende forankring av prosjektet blant noen av lederne i denne kommunen.

Intervjuutsagnene tyder på at informantene som har vært aktive i samarbeidsgruppene har opplevd samarbeidet seg imellom og med tannhelsetjenesten positivt. Også i Hedmark har samarbeidet i disse gruppene ført til uformell kontakt mellom enkeltpersoner om felles brukere, og informantene gir uttrykk for at dette er en god start på videre samarbeid mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten.

Mot slutten av gjennomføringsfasen virker det som om motstanden mot prosjektet har avtatt i Den offentlige tannhelsetjenesten og at det har utviklet seg en positiv holdning til tilbudet blant de aller fleste prosjektdeltakerne.

Privatpraktiserende tannleger bekrefter godt samarbeid med Den offentlige tannhelsetjenesten og understreker at man må hjelpe hverandre skal det bli et permanent tilbud om offentlige tannhelsetjenester til nye målgrupper.

I Hedmark ble 161 av 222 Futt-pasienter som hadde behov for tannbehandling, behandlet hos privatpraktiserende tannleger.

7.2.3 Vest-Agder: Evalueringsresultater

Utsagn fra tannleger og tannpleiere i offentlig tannhelsetjeneste

- prosjektgruppen har fungert veldig bra
- vi må fortsette samarbeidet som er startet med de privatpraktiserende, må holde på det som er startet
- samarbeidsgruppene har vært nyttige, og det har vært fint at overtannlegene har vært med
- i samarbeidsgruppen har det gått fint, det har vært veldig greit å få de andres perspektiv på gruppens behov for tannhelsetjeneste
- i mitt distrikt har det vært lite debatt om samarbeid med de privatpraktiserende
- det har vært positiv tilbakemelding på samarbeidsseminarene og på temadagene på Hamar

- det har vært nyttig med samarbeidet med helse- og sosialtjenesten, det har gitt nytt perspektiv på hverandres tjenester
- det har vært godt oppmøte på samarbeidsmøtene, gir signaler på at dette er viktig, og at vi har noe å lære av hverandre
- det har vært fint å ha kontakt med annet helsepersonell, vi kan sjekke hverandre om pasientene
- styringsgruppen prioriterer ikke dette prosjektet, de sender signal om at de ikke prioriterer, de er vanskelig å samarbeide med, det virker som prosjektleder har tatt mye av støyen
- prosjektgruppens myndighet har vært uklar
- prosjektet har gått rimelig knirkefritt, parallelt med daglig drift
- organiseringen av prosjektet i Vest-Agder har vært ryddig, det har vært en god struktur, men oppgave- og ansvarsfordeling mellom lokal styringsgruppe og prosjektgruppa kunne vært bedre, og brukerne som sitter i rådgivningsgruppen kunne vært brukt mer
- det virker som prosjektleder sitter mye alene med ansvaret, det virker som fylkestannlegen sier ja til prosjektet, men legger ikke forholdene til rette
- det har vært konflikt mellom sentrale og lokale vedtak, sentralt sier de vi kan ta inn nye hele tiden, mens vi sluttet å ta inn nye etter 1/12-02

Utsagn fra privatpraktiserende tannleger

- samarbeidet med Den offentlige tannhelsetjenesten har vært uten problemer

Utsagn fra ledere i Helse- og sosialtjenesten

- vi må fortsette samarbeidet etter at prosjektet er over
- vi må fortsette med rutiner mht tilbudet, og formalisere samarbeidet, det er viktig
- vi har vært veldig fornøyd med prosjektleder, han har bidratt til å sette fokus på tannhelse
- vi er blitt mer obs på tannhelse gjennom dette prosjektet, og vi har fått god kontakt med tannhelsetjenesten
- samarbeidsmøtene har vært ryddige, god tone og god innkalling på forhånd
- samarbeidsgruppen må fortsette etter at prosjektet er over
- samarbeidsgruppen går veldig bra
- samarbeidet med prosjektleder har vært veldig greitt
- samarbeidet i samarbeidsgruppen har vært helt fantastisk, og er det noe jeg har lurt på er det bare å ringe prosjektleder
- samarbeidet har vært greitt, helt topp
- prosjektleder er ryddig og fokusert på det som er viktig i prosjektet
- prosjektet har ført til opprydding når det gjelder tannhelsetjeneste og hjemmesykepleien
- har hatt gode rutiner
- det har vært greit samarbeid i prosjektgruppen
- det har ikke vært noe problem med tidsbruk
- det er verdt å bruke tid på samarbeidet
- prosjektleder gjør en kjempejobb. Det virker som han jobber mye alene uten så mye hjelp og støtte i Den offentlige tannhelsetjenesten

Flere av informantene fra samarbeidsgruppene brukte utsagn som kjempefint når de skulle beskrive hvordan gruppene har fungert. Noen ga uttrykk for at godt oppmøte i samarbeidsgruppene viser at dette samarbeidet er viktig, at de har mye å lære av hverandre, og at dette samarbeidet er verdt å bruke tid på. Mange ga uttrykk for at det har vært fint at overtannlegene har prioritert å være med i samarbeidsgruppene i sine distrikter.

Informanter fra Den offentlige tannhelsetjenesten la vekt på at samarbeidet som er startet med de privatpraktiserende må fortsette, og at samarbeidet med Helse- og sosialtjenesten må formaliseres. Intervjuutsagnene viser at prosjektet har ført til fokus på tannhelse og målgruppenes behov for tannhelsetjenester. Prosjektleder og informanter fra lokal styringsgruppe ga uttrykk for at det har knirket i samarbeidet mellom dem på grunn av ulike oppfatninger når det gjaldt enkelte prosjektaktiviteter. Intervjuutsagn fra flere andre informanter i Vest-Agder viser at dette forholdet har vært merkbart i forsøkskommunene. Som eksempel kan nevnes ulik oppfatning av hvem skulle ha hovedansvaret for å ta tak i problemene med å få tilstrekkelig antall tannhelsepersonell til Futtpasientene. Eksempler på andre prosjektaktiviteter som skapte uenighet, var tidspunkt for avslutning av første gangs kartlegging av pasienter i 2002, og videreføring av tilbudet etter at forsøksperioden

var over. I begge de to siste sakene avvek beslutningen i lokal styringsgruppe i Vest-Agder fra beslutninger tatt i den sentrale styringsgruppen. Avklaringer når det gjaldt de to siste prosjektaktivitetene kom først mot slutten av prosjektperioden:

Samarbeidet med de privatpraktiserende tannlegene var uten store problemer i gjennomføring av tilbudet. Det ble ikke benyttet skriftlig kontrakt med tannlegene, men man hadde en avtale gjennom den lokale tannlegeforeningen at privatpraktiserende tannleger fikk godtgjøring etter egne takster for sine Futt-pasienter. Avtalen var basert på NTFs kriterier for nødvendig tannbehandling. De privatpraktiserende tannlegene behandlet sine egne pasienter som kom inn under målgruppene for forsøksordningen.

I Vest-Agder ble 78 av 190 Futt-pasienter som hadde behov for tannbehandling, behandlet hos privatpraktiserende tannleger.

7.3 Faktorer og forhold som har hatt innvirkning på samarbeidet i gjennomføringsfasen

Nedenfor er en oppsummering av faktorer og forhold som prosjektdeltakerne mener har vært kriterier for godt samarbeid i gjennomføring av forsøksordningen. Deretter følger en oppsummering av faktorer og forhold som etter prosjektdeltakernes oppfatninger har vært kritiske element i samarbeidet i denne fasen.

Oppsummeringene er presentert fylkesvis.

Nord-Trøndelag

Kriterier for godt samarbeid i gjennomføringsfasen

- etablering av nettverksgrupper på kommunenivå
- formalisert samarbeid med privatpraktiserende tannleger som behandlet Futt-pasienter, skriftlig kontrakt med 7 tannleger
- engasjement og entusiasme blant drivkreftene i prosjektet
- skriftlige rutiner og prosedyrer for de viktigste prosjektaktivitetene
- oppfølgingsseminar og temadager
- forsøksordningen har vært forankret i ledelsen i begge etatene
- god prosjektledelse
- god kontakt mellom prosjektleder og fylkestannlegen

Kritiske element i samarbeidet i gjennomføringsfasen

- samarbeidsproblemer i en av nettverksgruppene
- egenandel for behandling hos tannlege
- problemer med at pasienter ikke møtte til timeavtale

Hedmark

Kriterier for godt samarbeid i gjennomføringsfasen

- etablering av samarbeidsgrupper på kommunenivå
- formalisert samarbeid med privatpraktiserende tannleger som behandlet Futt-pasienter, skriftlig kontrakt med 32 tannleger
- privatpraktiserende tannleger som behandler Futt-pasienter.
- engasjement og entusiasme for forsøket blant flertallet av prosjektdeltakerne, spesielt blant tannpleierne
- skriftlige rutiner og prosedyrer for de viktigste prosjektaktivitetene

- oppfølgingsseminar og tverrfaglige temadager med deltakere fra offentlig og privat tannhelsetjeneste og fra Helse- og sosialtjenesten
- forsøksordningen har vært forankret i ledelsen i begge etatene
- god prosjektledelse
- god kontakt mellom prosjektleder og lokal styringsgruppe

Kritiske element i samarbeidet i gjennomføring av forsøket

- problemer med at enkelte ledere fra Helse- og sosialtjenesten nedprioriterte prosjektaktivitetene
- problemer med formidling av tilbudet i en av forsøkskommunene
- problemer med at pasienter ikke møtte til timeavtale

Vest-Agder

Kriterier for godt samarbeid i gjennomføringsfasen

- etablering av samarbeidsgrupper på kommunenivå
- samarbeidsavtaler med privatpraktiserende tannleger
- stor grad av engasjement og entusiasme blant deltakerne fra Helse- og sosialtjenesten
- skriftlige prosedyrer og rutiner for de viktigste prosjektaktivitetene
- oppfølgingsseminar og tverrfaglige temadager med deltakere fra offentlig og privat tannhelsetjeneste og fra Helse- og sosialtjenesten
- god prosjektledelse
- forankring i ledelsen i Helse- og sosialtjenesten
- forankring i ledelsen i tannhelsetjenesten, men ikke tydelig nok for prosjektdeltakerne

Kritiske element i samarbeidet om gjennomføring av forsøket

- uenighet mellom prosjektleder og lokal styringsgruppe i gjennomføring av viktige prosjektaktiviteter
- lav profil fra lokal styringsgruppe for å få gjennomført tilbudet
- stor grad av motstand mot forsøket blant tannleger og tannpleiere i Den offentlige tannhelsetjenesten.

8 BRUKERUNDERSØKELSEN. EVALUERINGSRESULTATER

I oppstartfasen av prosjektet besluttet sentral styringsgruppe at det skulle gjennomføres en brukerundersøkelse parallelt med evaluering av samarbeidet. Hensikten med brukerundersøkelsen har vært å få informasjon om:

- brukernes innstilling til forsøket
- begrunnelse fra de som svarer nei til tilbudet
- brukernes erfaringer med tilbudet.

8.1 Brukernes innstilling til tilbudet

Brukernes innstilling til forsøksordningen før tilbudet ble iverksatt er basert på hvor mange fra hver målgruppe som svarte ja til tilbudet og hvor mange som svarte nei. Resultatene er basert på registreringer i hver forsøkskommune.

Tabell 2. Oversikt over antall personer i hver målgruppe og antall personer som sa ja til tilbudet. Rapporteringer fra fylkene.

Målgruppe	n=	Svart "ja" til tilbudet	% ja	Registrert i FUTT prosjektet
E 10	1083	572	53%	469
E 11	46	36	78%	34
E 12	168	191	114%	149
E 13	330	322	98%	296
Totalt	1627	1121	69%	948

8.2 Begrunnelser fra de som svarte nei til tilbudet

Resultatene er basert på besvarte spørreskjemaer som ble utlevert samtidig med tilbudet. De fleste som har kommet med begrunnelser for at de har takket nei til tilbudet kommer fra målgruppe E 10, brukere av andre kommunale hjemmebaserte tjenester enn hjemmesykepleie. Deres begrunnelse går ut på at de har gebiss som fungerer bra, at de har sin egen tannlege som de vil fortsette hos og at de ikke vil gå til en fremmed tannlege. Andre begrunner det med at de er for gamle og ikke orker tannlegebesøk. Et mindretall sier de har økonomi til å betale sin egen tannlege, men at tilbudet kan være fint for minstepensjonister med dårlig økonomi.

Flere brukere av psykisk helsevern viser også til at de har gebiss og derfor ikke trenger tannlege, mens andre begrunnelser er angst og tannlegeskrekk.

Begrunnelsene fra de som har takket nei kan tyde på at mange har misforstått tilbudet, og/eller at de som har formidlet tilbudet ikke har gitt tilfredsstillende informasjon og forklaring på hva tilbudet innebar. Et skriftlig tilbuds-brev ble formidlet direkte til hver

bruker av deres kontaktperson. På grunn av til dels vanskelige formuleringer ble det understreket at muntlig tilleggsinformasjon var nødvendig.

Evalueringsresultatene kan tyde på at vanlige misforståelser blant brukerne var at de ikke kunne fortsette hos sin faste tannlege om de ønsket det, og at brukere med tannprotese ikke har behov for oppfølging hos tannpleier/tannlege.

Intervjuresultater fra informanter i Helse- og sosialtjenesten viser at mange brukere med angst og tannlegeskrekk fikk god støtte av sine kontaktpersoner og fikk benyttet tilbudet. Allikevel ser det ut til at flere brukere av psykisk helsevern har mistet tilbudet muligens på grunn av manglende oppfølging.

8.3 Brukernes erfaringer med tilbudet

Evalueringsresultater med hensyn til brukernes erfaringer med tilbudet er basert på besvart spørreskjema av brukerne etter at de var ferdigbehandlet hos tannpleier/tannlege. I tillegg er det resultater fra intervjuer fra noen få brukere. Av hensyn til anonymisering av brukere som har vært intervjuet, presenteres ikke nøyaktig antall av informanter da det bare har vært noen få.

8.3.1 Resultater fra spørreskjema

Evalueringsresultater fra spørreskjema som ble besvart av 345 brukere til sammen fra alle tre fylkene etter at de var ferdigbehandlet hos tannpleier/tannlege.

Omtrent 15 % av informantene er usikre på om de har fått tilstrekkelig informasjon om tilbudet på forhånd, og om forventningene deres til tilbudet er innfridd. Omtrent samme antall informanter er usikre på eller uenige i at forklaringer og informasjon både fra tannpleier og tannlege var forståelig. Alle informantene i Hedmark og nesten alle informantene fra de to andre forsøksfylkene ønsket å fortsette med tilbudet hvis det blir permanent.

Nedenfor er kommentarer fra informantene:

Kommentarene er presentert fylkesvis.

Kommentarer fra brukere i Vest-Agder

- det skulle vært flere tannleger og tannpleiere i programmet
- tilbudet er svært bra, håper det vil fortsette
- jeg kunne fått mer informasjon i startfasen
- jeg kunne fått en konkret forklaring på hva som skulle gjøres med tennene, evt. bro eller på stift
- har ikke hatt time hos tannlegen, jeg ville hatt behov for bedre oppfølging
- jeg skulle ønsket fortgang i behandling, har ventet i et år.
- jeg er veldig fornøyd med dette prosjektet, og håper det kan bli en varig ordning
- jeg skulle ønske at tilbudet var for alle uføretrygdde
- Tannlegen jeg ble henvist til var blid og høflig, og en enestående god behandling med et utmerket godt resultat som jeg er så glad og takknemlig for. Når det trengs ønsker jeg samme tannlege. Jeg sender så en hjertelig takk til den som ga meg dette tilbudet, og som gledet meg
- jeg var ikke hos tannlege da tennene var i orden, jeg var bare hos tannpleier
- jeg fikk beskjed at ingen tannlege var tilgjengelig i X. dette var et stort problem og en strek i regningen. jeg er funksjonshemmet på den tid uten bil. Pga medisiner plages jeg mye av munntørrehet. Dette går ut over tennene. jeg er svært takknemlig for å være med i dette opplegget, ikke minst pga økonomi. jeg kunne ønsket at aktuell tannlege kunne vært tilgjengelig her i X.
- jeg er veldig fornøyd
- tilbudet er fint
- at den private tannlegen fikk pengene tidligere. han måtte mase
- det er litt lenge mellom hver time
- jeg ønsker meg mer informasjon om hvordan jeg skal stelle tennene mine
- ønsker bedre tilgang på tannleger. Fikk time som ble avlyst av tannlegen pga for stor pågang. Er ikke tilbudt time igjen

- greit tilbud, men den private tannlegen hadde ikke fått god nok informasjon om FUTT, ville ikke behandle, sendte meg tilbake til sentralklinikken. Måtte selv ringe og ordne time. Tok lang tid, ca 5 måneder å få time hos tannlege
- Ble ikke behandlet med verdighet og respekt på tannklinikken. Ble ikke tatt på alvor på tannklinikken med de tannproblemene en hadde, det ble oversett mye, mye som privat tannlege fant etterpå. det burde vært nok å forholde seg til sin vanlige tannlege for å være med i prosjektet. Slippe å gå innom sentralklinikken. Folk med tannlegeskrekk bør ikke forholde seg til flere tannleger
- de private tannlegene får ikke dekket utgiftene etter sine satser, og gjør at en føler en er pasient på nåde
- Tilbudet burde vært mer individuelt tilpasset
- bedre informasjon til tannlegen om målgruppens spesielle behov. Tungvint at all behandling må bestilles av tannpleier i FUTT, slik at tannlegen kun følger bestillingsliste
- at det ble en varig ordning. Viktig og fortsatt kunne bruke sin egen tannlege
- kortere tid fra undersøkelse til behandlingsstart
- man burde hatt et papir som man kunne vise på tannlegevakten hvis man fikk akutte tannplager
- jeg ønsker en kontaktperson. Hvem kan jeg henvende meg til ved eventuelle spørsmål, informasjon hvis det oppstår noe jeg vil ha svar på angående FUTT. Også hvem eventuelt tannlegen, personell kan kontakte. Tok noe lang tid før jeg ble innkalt til en sjekk, trodde jeg var glemt, eller at FUTT ikke var mer.
- bedre rensning av tennene
- tilbudet er godt nok
- om tannhelse hadde vært i en ordning som ble dekket av trygdekontoen (som helsetjenesten er), da hadde det vært lettere for folk flest å ta vare på tennene sine.
- jeg liker å bli behandlet av erfarent personell
- jeg har etter første besøk snakket med tidligere tannlege og han tok seg av behandlingen
- tannlegen mente at overslaget var noe mangelfullt. det var flere ting som kunne vært med, men ellers er jeg veldig fornøyd og synes jeg var heldig som kom med på dette
- jeg venter fremdeles på time hos tannlegen
- dette tilbudet er topp
- tilbudet er såpass godt at jeg har ikke forslag til forbedringer
- jeg er veldig fornøyd
- håper at dette tilbudet fortsetter
- håper at jeg snart får innkalling igjen
- uenig med tannlegen om hva som skulle gjøres først under tannbehandling
- godt fornøyd med å kunne gå til egen tannlege. Ønsker at flere kunne få samme tilbud
- ønsker å fortsette hos min egen tannlege

Kommentarer fra brukerne i Nord-Trøndelag

- dekning til skyssutgifter/parkering hadde vært til stor hjelp i tillegg
- jeg er veldig godt fornøyd
- jeg håper tilbudet varer ved
- tilbudet er så bra som det kan bli
- tilbudet kunne ikke vært bedre

Kommentarer fra brukerne i Hedmark

- flere opplysninger og informasjon
- ingen forslag, da jeg fikk den beste behandling
- er meget fornøyd, slik jeg har blitt behandlet
- nei, synes tilbudet, behandlingen alt veldig bra

Oversikten ovenfor viser at flertallet av kommentarer er fra brukerne i Vest-Agder, og brukerne som har gitt kommentarer fra dette forsøksfylket gir uttrykk for noe forskjellige erfaringer med tilbudet.

Kommentarene kan tolkes som at noen av brukerne som har vært hos privatpraktiserende tannlege har fått bemerkninger fra tannlegen når det gjaldt satser og betaling fra Futtprosjektet. Dette har medført at man har følt seg som pasient på nåde som en av brukerne uttrykker det. Noen brukere gir uttrykk for at de skulle ønsket mer informasjon og oppfølging, og flere syntes det har vært lenge å vente på timeavtale.

En av brukerne trekker frem at det er unødvendig for pasienter med tannlegeskrekk å forholde seg til flere personer. Kommentaren kan tolkes som at undersøkelse hos tannpleier på en klinikk og deretter behandling hos tannlege på en annen klinikk, kan være angstfylt.

De fleste informantene som har gitt kommentarer i Vest-Agder og de få som har gitt kommentarer fra Hedmark og Nord-Trøndelag gir imidlertid uttrykk for at de er godt fornøyd med tilbudet, og håper at det skal bli permanent.

8.3.2 Intervjuresultater med hensyn til brukernes erfaringer med tilbudet

- vi må sikre videreføring av dette tilbudet
- det er et enestående tilbud
- mange av oss har dårlig økonomi og tannlegeskrek
- tannlegeskrek, det kan være at vi er redde for nærkontakt, andre grunner kan være mistenksomhet, vi er redde for å få noe i munnen
- vi kan være redde for å bli fanget, du sitter jo nok så fast i den tannlegestolen
- jeg fikk heldigvis en tannlege som har veldig godt rykte, jeg ble veldig positivt mottatt
- mange i vår gruppe har både rus- og psykiatriske problemer, og mange vil gjerne ta imot tilbudet, men ser ikke hvordan de skal komme seg til tannlegekontoret
- når det planlegges nye ting for oss må vi få være med fra begynnelsen, vi har kunnskaper om brukergruppen som ikke spesialistene har
- en må tenke på før vi skal til tannlegen, og etterpå
- for eksempel kan noen ha vanskeligheter med å komme seg på bussen, en kan stå lenge på bussholdeplassen og la mange busser passere for en tør ikke gå om bord.
- trygg transport til tannlegekontoret er kjempeviktig for om en tør å komme igjen
- jeg skjønner hvorfor mange ønsker min tannlege, han informerer hele tiden hva han gjør, og så lager han det trygt rundt
- jeg er kjempeglad for å få dette tilbudet, tenk at jeg får dette tilbudet
- når det gjelder timeavtale, så må vi ikke få time tidlig på dagen, for mange av oss har vanskelig å komme opp av senga om morgenen, vi må få time lenger ut på dagen
- helsepersonell skulle hatt mer kunnskap om kommunikasjon når det gjelder psykiske lidelser
- betingelsen for å lykkes er samarbeid med brukerne
- mange dobbeltkommuniserer til oss, de sier noe, så signaliserer de noe annet, blikkene deres
- mange med rusproblemer starter med et psykisk problem
- når det gjelder ikke-møtt-problematikk, må det være trygg transport til og fra tannlegekontoret
- tannhelsepersonell må ha forståelse for hva angst er, de må tenke på hva vi opplever er det viktigste i en tannlegestol, det er at vi kan se veien ut, for eksempel at døra er åpen, vi må vite hvordan vi kan komme oss ut, vi må ha luft, og romfølelse så vi ikke blir sperret inne
- ventetiden på tannlegekontoret må heller ikke være for lenge, da kan følelsen av å være innesperret føre til at vi stikker
- det er tre ønsker som går igjen, å få egen leilighet, å få tilbake omsorgen for barna, og å få stelt tennene sine, for de fleste i Norge er dette en selvfølge, for mange av oss Futtpasienter er det ikke det
- Futtprosjektet kom som en åpenbaring
- noe som har vært viktig med Futtprosjektet er at vi brukerne er blitt invitert til å være med å planlegge, vi er blitt informert og behandlet som likeverdige partnere fra første dag, i dette prosjektet kan en snakke om brukervedvirkning
- måten vi er blitt behandlet på i Futtprosjektet som likeverdige, kan være en døråpner for oss til reell brukervedvirkning i andre prosjekter
- vi mener at vi har bidratt til å nyansere oppfatningen av brukerne
- vi har bidratt med å sette på plass enkelte aktører som har uttrykt seg over kanten moralsk om deler av målgruppen

Intervjuresultatene kan tolkes som at det er fire områder som informantene er opptatt av, tannlegeskrek og årsaker til at pasienter ikke har møtt til timeavtale, brukervedvirkning i prosjektet, kommunikasjon mellom tannhelsepersonell og brukere og videreføring av tilbudet. Med hensyn til at pasienter ikke har møtt til timeavtale, eller har takket nei til tilbudet på grunn av tannlegeskrek, forklarer informantene at angsten hos mange pasienter ikke alltid eller ikke bare er angst for smerter og ubehag som vanligvis forbindes med tannlegeskrek. Det trekkes frem eksempler som at pasienter med psykiske lidelser kan ha angst for å reise med offentlig kommunikasjon, de kan være redde for å få noe i munnen, ha angst for nærkontakt, være mistenksomme til hva som skal gjøres med dem, ha angst for lukket rom og for å føle seg fanget i tannlegestolen.

Informantene viser til at kommunikasjon mellom brukere og tannhelsepersonell kan bidra til å redusere denne angsten, med god informasjon og forståelige forklaringer på prosedyrer og rutiner. De viser også til at situasjonen på tannlegekontoret kan legges til rette med liten eller ingen ventetid og for eksempel at pasienten kan vite og/eller se veien ut. En av informantene roser sin egen tannlege som forklarer og legger forholdene til rette så hun greier å gjennomføre nødvendig behandling.

Informantene gir uttrykk for at brukermedvirkning i prosjektet har bidratt til at de vil gå mer offensivt ut om reell brukermedvirkning i andre prosjekter som gjelder dem. Det blir understreket at opplevelsen av å bli behandlet som likeverdige partnere og opplevelsen av å bli hørt og tatt på alvor i Futt-prosjektet har gitt dem følelsen av at deres bidrag har vært verdifullt. Informantene understreker betydningen av at tilbudet blir permanent. De henviser til at mange brukere som kommer inn under målgruppene, men som av ulike årsaker har mistet tilbudet i forsøksperioden, kan få en ny mulighet hvis tilbudet blir videreført og blir permanent. En av informantene fra mental helse sier at det er tre ønsker som går igjen hos deres brukere, det er å få egen leilighet, få omsorgen for barna sine og å få fikset tennene.

9 VIDEREFØRING AV TILBUDET

Det er praksis at tjenester tilbudt i en prøveordning videreføres ut over prosjektperioden til det er tatt en beslutning på om ordningen skal utvides og/eller gjøres permanent. Dette gjelder også for Futt-prosjektet. I statsbudsjettet for 2004 ble det bevilget midler til å videreføre tilbudet til Futt-pasientene. Prosjektorganisasjonen opphører fra 1.januar, 2004, men selve tannhelsetilbudet videreføres som en midlertidig ordning i alle forsøkskommunene inntil det blir avklart om tilbudet skal utvides eller ikke. Avklaringer om tilbudet til nye grupper og eventuelt endringer i regelverket og finansieringen vil tidligst bli iverksatt i 2006.

Evalueringsresultatene når det gjelder videreføring av tilbudet er basert på intervjuene som ble gjennomført høsten 2003 på slutten av prosjektperioden. Informanter var utvalg av tannleger og tannpleiere fra Den offentlige tannhelsetjenesten, utvalg av privatpraktiserende tannleger og utvalg av ledere i Helse- og sosialtjenesten. Intervjuene ble gjennomført før vedtaket om en midlertidig ordning var fattet, men informantene kjente til forslaget og var forberedt på at det ble vedtatt.

I intervjuene ble det spurt om informantenes innstilling til en eventuell videreføring av tilbudet og om deres synspunkter på organisering av videre samarbeid om målgruppene for tilbudet.

9.1 Prosjektdeltakernes innstilling til videreføring av tilbudet etter at prosjektperioden er over

Nedenfor presenteres utvalg av representative utsagn om videreføring av tilbudet. Utsagnene vurderes som representative ut fra at flere informanter har uttalt tilnærmet det samme.

Nord-Trøndelag:

Utsagn fra informanter i Den offentlige tannhelsetjenesten

- stemningen her på klinikken er positiv til tilbudet, etter hvert synes alle at det har gått greit, det har hjulpet at omfanget av pasienter ikke ble så stort som ventet
- privatpraktiserende har kunnet gi et tilbud til pasienter som de kanskje har syntes synd på og som ikke har hatt råd
- disse gruppene trenger dette tilbudet
- det trengs opplæring av hjemmehjelperne og av hjemmesykepleien når det gjelder tannhelse og tannhelsetjeneste
- det har vært en fryktelig jobb å gjøre, mange tunge pasienter, psykisk mye rundt dem, tar mye tid når de møter
- det er helt greit med videreføring av tilbudet
- det er et kjempeflott tilbud
- tilbudet må fortsette, dette prosjektet har vært veldig viktig
- tilbudet er helt suverent
- skal tilbudet videreføres må vi gjøre noen grep
- privatpraktiserende har tatt en stor del av våre Futt-pasienter
- hos oss har det vært personavhengig om vi har fått ut tilbudet eller ikke, det har vært et kritisk element
- det kan virke som noen har hatt spesielle holdninger til hvor viktig dette prosjektet har vært, og det har skapt problemer
- det er helt riktig å videreføre tilbudet, det er vanskelig å ta fra dem tilbudet nå, antallet av Futt-pasienter er noenlunde stabilt, og de vil ikke utgjøre de store belastninger

Utsagn fra privatpraktiserende tannleger

- det er viktig at tilbudet fortsetter
- etter hvert som erfaringene fra forsøket blir kjent, tror jeg flere og flere privatpraktiserende blir positivt innstilt til å ta disse pasientene, det er ikke pasientene det går på, men en tilfredsstillende ordning med Den offentlige tannhelsetjenesten

Utsagn fra ledere i Helse- og sosialtjenesten

- kommunen er veldig positiv til prosjektet og til videreføring av tilbudet, dette er utsatte grupper
- å få gitt informasjon om tilbudet videre er personavhengig, det må inn i faste rutiner mht et permanent tilbud
- vi har veldig bra erfaringer med tilbudet i rusoppfølging, dårlig tannhelse er en del av totalsituasjonen,
- tilbudet er veldig nyttig i forhold til våre klienter
- prosjektet har vært et lite aktuelt tema fordi det hele tiden er så masse andre ting, Futt er mindre viktig, utfordringen har vært å få FUTT akseptert i dagliglivet
- legene har vært sentrale i formidling av tilbudet
- i vår kommune har vi hatt veldig god respons på tilbudet, alle synes det er et flott tilbud

- hvis det blir et permanent tilbud må det bli en del av driften, en liten egenandel har ikke vært noe problem
- helt i starten var vi noe avventende, har forandret seg underveis, nå er vi positive til prosjektet og til videreføring av tilbudet
- først og fremst må tilbudet fortsette
- Futtprosjektet forsterker synet på tannhelse
- det må være forståelse i ledelsen for betydningen av dette tilbudet
- det er veldig viktig med dette tilbudet
- det er en takknemlig greie å ha noe å tilby

Hedmark: Utsagn om videreføring av tilbudet

Utsagn fra tannleger og tannpleiere i offentlig tannhelsetjeneste

- mange pasienter ønsker at tilbudet skal fortsette
- dette er såpass tunge pasienter at vi helst ikke vil ha dem, alt tar så mye tid med ruspasienter, du må ha overskudd for å behandle sånne
- det fineste med tilbudet er at pasientene får bruke sin private tannlege
- videreføring av tilbudet har jeg ingen problemer med, jeg har forestilt meg at tilbudet blir i systemet, vi må være modne for det
- vi strever nok med de gruppene vi allerede har, vi er nedsyltet i pasienter, forutsetning for en videreføring er at de privatpraktiserende er med
- stemningen til tilbudet på vår klinikk er ikke negativ, det er avhengig av tid og kapasitet
- permanent tilbud vil bli en belastning for oss i tillegg til hva vi har fra før, men det er et bra tilbud
- noen privatpraktiserende har et diagnosenivå over nødvendig tannbehandling
- egenandel kan være et problem for noen
- det er en stor fordel at Futt-pasientene kan få gå til sine egne tannleger, det offentlige har ikke nok kapasitet

Utsagn fra privatpraktiserende tannleger

- jeg forholder meg ikke veldig til hva tannpleier setter opp, jeg må gjøre egen vurdering
- tiltaket er kjempebra
- tilbudet er veldig fint for rusmisbrukerne
- prosjektet generelt er et bra tiltak
- prosjektet er greit nok, det er et fint tilbud, men jeg ville helst slippe å være med, det har vært en papirmølle med kontroll fra det offentlige
- kostnadene for Futt-pasientene vil gå ned etter første møte, da er ekstrakostnadene gjort unna
- jeg er ikke glad for at tannpleier skal ta sjekken først, jeg må likevel ta sjekken først
- flere av Futt-pasientene har gått her fra før, noen av disse har fått bedre og dyrere løsning som de selv ikke hadde hatt råd til
- er ikke helt kalibrert når det gjelder tannpleier
- det har ikke vært noe problem med egenandel
- det har gått greit med Futt-pasientene

Utsagn fra ledere i Helse- og sosialtjenesten

- vi var redde for at dette skulle bli så voldsomt, men det har roet seg
- tilbudet må fortsette som det har startet
- tilbudet har vært en kjempefordel for pasientene, vi så for oss at det ville ta mye tid, men i grunnen gjorde det ikke det
- tilbagemelding fra pasientene på at det er veldig bra holdninger i tannhelsetjenesten, de blir godt tatt imot
- en videreføring av tilbudet skulle ikke bli så mye merarbeid fremover for oss
- det har vært veldig spennende å være med, det er et flott tilbud, jeg håper inderlig at det skal fortsette
- i vår kommune ble det gjort et grundig forarbeid, så prosjektet har gått greit

Vest-Agder: Utsagn om videreføring av tilbudet

Utsagn fra tannleger og tannpleiere i offentlig tannhelsetjeneste

- mange i tannhelsetjenesten er kritisk til dette prosjektet, vi har lange ventelister fra før, og mange mener at det er et unødvendig prosjekt, de stiller seg også kritisk til at det skal bli et permanent tilbud, det mener de er umulig
- man må fordele byrden av tunge pasienter, det er som man kveles
- mange mener at det er en urettferdig fordeling av midler til pasienter som ikke setter pris på tilbudet, kanskje mest imot ruspasienter som ikke møter
- et kritisk element er fremdeles kriterier for faglig behandling, valg av behandling, det er et stort spekter av muligheter, sosialkontorets standard kan være litt lavere enn den jeg ønsker å velge
- det har vært spennende å være med å utprøve tilbudet til nye grupper
- det er et etisk dilemma hvem som skal hjelpe disse menneskene, det kan bli kostbart, det er en kostbar tjeneste
- det er en negativ innstilling til Futt-prosjektet her på klinikken
- alle andre enn tannhelsetjenesten er kjempepositive til tilbudet, men det er vanskelig at styringsgruppen

- signaliserer ansvarsfraskrivelse, jeg håper det kommer noe positivt ut av dette
- vi har ikke kapasitet til å videreføre tilbudet fordi vi har lange ventelister på allerede prioriterte grupper
- det er uetisk å videreføre dette tilbudet i noen kommuner

- det er urettferdig med en midlertidig ordning slik at tilbudet fortsatt bare gjelder i noen kommuner, i tillegg har vi ikke kapasitet til å ta inn nye store grupper

Utsagn fra privatpraktiserende tannleger

- det er meningsløst å videreføre tilbudet når Den offentlige tannhelsetjenesten ikke engang rekker de vanlige prioriterte, men tilbudet er verdifullt i utgangspunktet
- veldig fint tiltak
- tannhelsetjeneste bør vurderes på lik linje med annen helsetjeneste
- mange spør om dette tilbudet skal fortsette
- en må ta hensyn til at mange eldre ønsker sin egen tannlege

Utsagn fra ledere i Helse- og sosialtjenesten

- vi har vært veldig fornøyd med prosjektet, det har vært greit å være med
- vi har vært heldige som ble med i prosjektet, alle hos oss er positive til tiltaket
- veldig bra tilbud, vi har nådd brukere vi ellers ikke ville ha nådd med dette tilbudet
- veldig bra tilbud
- prosjektet har bidratt til at vi har fått oppdaterte lister for hjemmesykepleie
- prosjektet har vært veldig spennende
- prosjektet har vært veldig bra, det har løst problemer og hatt stor betydning for mange folk
- kommunen var for at brukerne skulle få dette tilbudet
- dette er veldig bra tilbud, fleksibelt slik at vi har fått med oss mange som ellers ville falt utenfor
- det er et bra tilbud, vi har nå kunnet tilby tannhelsetjeneste med mer rettferdig fordeling, mange har falt utenfor dette tilbudet, de gikk før med lua i hånden til sosialkontoret
- det er viktig at tilbudet holdes varmt, at det ikke glemmes
- alle synes det er positivt for kommunens brukere, og at tannhelsetjenester etter hvert må bli tilgjengelig for flere

Nesten alle informantene fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Nord-Trøndelag og Hedmark mener at tilbudet skal fortsette. Intervjuutsagnene fra informantene i disse to forsøksfylkene viser at mange prosjektdeltakere som i oppstartfasen var imot forsøket og imot at tilbudet ble iverksatt på deres tannklinikker eller i deres kommuner, har endret innstilling i siste fase av prosjektet. I denne siste intervjurunden var det bare et mindretall av offentlig ansatt tannhelsepersonell fra Nord-Trøndelag og Hedmark som fremdeles snakket om tunge grupper og at det var en belastning å ha dem som pasienter. Derimot var det mange som ga uttrykk for at gjennomføring av tilbudet hadde gått bedre enn ventet. De opplever at stemningen på klinikkene har snudd til å bli langt mer positiv, og at omfanget av pasienter som har vært mindre enn antatt har bidratt til en mer avslappet innstilling til en videreføring av tilbudet.

De prosjektdeltakerne i Helse- og sosialtjenesten som i utgangspunktet var negativt innstilt på grunn av antatt stor arbeidsbyrde i tillegg til arbeidsoppgaver de hadde fra før, har endret oppfatning ut fra at prosjektaktivitetene tok mindre tid enn de hadde trodd. De fleste informantene fra Helse- og sosialtjenesten ga uttrykk for at videreføring av tilbudet var viktig for brukerne, men at det også var viktig for å opprettholde fokus på tannhelse og for videre samarbeid om felles målgrupper. De ga uttrykk for at erfaringene fra forsøksperioden tilsa at en videreføring av tilbudet ikke vil medføre så mye merarbeid som de hadde trodd i oppstartfasen.

Fylkestannlegene i disse to forsøksfylkene gikk begge inn for en midlertidig ordning når det gjelder videreføring av tilbudet, men understreket at en slik periode ikke måtte vare for lenge. Fylkestannlegen i Nord-Trøndelag sa at ulike forhold i kommunene over lang tid når det gjelder offentlige tjenester ville være uheldig.

I oppstartfasen av forsøksordningen var omtrent alle informantene fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder mot at forsøket ble iverksatt i deres fylke.

Evalueringsresultatene fra den siste intervjurunden viser at det fremdeles er stor motstand mot forsøket og mot en videreføring av tilbudet. Begrunnelsene er at de ikke har tilstrekkelig bemanning til å behandle allerede prioriterte grupper og at de har lange ventelister. På den annen side sier noen av tannlegene at de mener bemanningssituasjonen har endret seg til det bedre i løpet av forsøksperioden.

Som i oppstartfasen viser evalueringsresultatene fra Vest-Agder i slutten av prosjektperioden et omvendt bilde når det gjelder innstilling til tilbudet blant lederne fra Helse- og sosialtjenesten sammenliknet med innstillingen blant informantene fra offentlig tannhelsetjeneste. Omtrent alle informantene fra Helse- og sosialtjenesten berømmer forsøket. De mener at tilbudet har tydeliggjort behovet for subsidierte tannhelsetjenester blant mange av brukerne, og at fokus på tannhelse i prosjektperioden har bidratt til forbedring av samarbeidet om andre felles målgrupper. Alle understreker betydningen av at tilbudet fortsetter, og flere gir uttrykk for at det er et skritt i riktig retning mot tilgjengelighet på tannhelsetjenester for flere brukere.

Fylkestannlegen i Vest-Agder mente at ut fra bemanningssituasjonen i Den offentlige tannhelsetjenesten i fylket ville han ikke gå inn for en midlertidig ordning med videreføring av tilbudet men vente til endelig politisk vedtak foreligger når det gjelder tilbud til disse gruppene.

Privatpraktiserende tannleger i alle tre forsøksfylkene mente det var viktig at tilbudet fortsetter, og at en tilfredsstillende samarbeidsstruktur mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste om undersøkelse og behandling av disse pasientene kan muliggjøre en videreføring av tilbudet. Flere av de privatpraktiserende begrunnet sin innstilling med at mange av deres pasienter som før ikke hadde råd til tilfredsstillende tannbehandling, nå kunne få et tilbud siden de kom under Futtprosjektet.

9.2 Valg av målgrupper

Når det gjelder et permanent tilbud om offentlige tannhelsetjenester til nye målgrupper hadde mange informanter synspunkter på valg av målgrupper. Prosjektdeltakere fra alle informantgruppene ga uttrykk for usikkerhet i når det gjelder målgruppene for Futtprosjektet, og om det var andre målgrupper som trengte dette tilbudet bedre eller hadde like stort behov.

Flere informanter, spesielt fra Helse- og sosialtjenesten mente at behovsprøving ut fra økonomi ville være mer rettferdig. De ga uttrykk for at en slik ordning ville åpne for en mer rettferdig tilgjengelighet på offentlige tannhelsetjenester uavhengig brukergruppe.

Nedenfor er utvalg av utsagn som gjelder prosjektdeltakernes syn på behov for tilbudet og valg av målgrupper:

- reaksjoner fra pasientene har vært veldig positive, de er veldig glade for tilbudet
- de som tilhører rus og psykiatrigruppene har elendig tannstatus
- en kan spørre seg om vi har valgt de riktige gruppene, mange har penger, videre er det kanskje mer rettferdig med behovsprøving ut fra økonomi
- behovsprøving ut fra økonomi ville være mer rettferdig
- økonomi er avgjørende, men behovsprøving har aldri talt meg, en blir stigmatisert da også
- det er et dilemma om vi har nådd de rette
- rusmisbrukere trenger et bedre liv, forbedring av tannhelse hjelper
- vi har fått mye positiv tilbakemelding fra pasientene på tilbudet
- det må bringes videre at dette er så bra for målgruppene, det er et så stort behov og de er så takknemlige
- det har vært et viktig tilbud til rusmisbrukere, nå ser de ut som folk
- eldre bør prioriteres, det blir flere og flere eldre med egne tenner
- det er store behov blant våre klienter for dette tilbudet, stort behandlingsbehov i rusgruppa

- jeg synes jeg har lært ufattelig mye om disse gruppene og de har skikkelig behov, mange har fått fin behandling
- det er viktig å begrunne valg av nye grupper
- hvis tilbudet blir permanent bør det bli behovsprøving ut fra økonomi, det er veldig sprik på økonomi i disse gruppene.
- det er et kritisk element at Futtpasientene blir sett på som tunge grupper, hos oss er de som de andre pasientene, behandlingsmessig går det greit.
- Futtpasientene er å sammenlikne med andre voksne
- Futtpasientene er ikke tungt klientell, jeg liker ikke den stigmatiseringen
- det er ikke noe spesielt med å behandle pasienter fra rus- og psykiatrigruppen
- det har vært mye myter og fordommer innenfor tannhelsetjenesten når det gjelder disse gruppene
- det bør være behovsprøving ut fra økonomi, mange har penger, vi bør fange opp de som absolutt burde vært hos tannlegen, men som ikke kan betale, de som ikke kommer inn under disse gruppene.
- jeg har fått et annet syn på rus- og psykiatrispasienter etter dette prosjektet, vi har myter og forestillinger om brukerne
- det er ikke tvil om at disse pasientene trenger dette tilbudet
- tannhelse er en viktig del av psyken, mange har ikke tort å møte folk pga dårlige tenner
- mange av våre klienter har veldig økonomi, og da blir tenner nedprioritert

9.3 Utsagn om kriterier for videre samarbeid

Nedenfor presenteres utvalg av utsagn fra prosjektdeltakerne med hensyn til faktorer og forhold som de mener kan ha innvirkning på organisering av videre samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste og med Helse- og sosialtjenesten. Utsagnene er fra informanter i alle tre forsøksfylkene.

Utsagn fra tannleger og tannpleiere i Den offentlige tannhelsetjenesten

- det er behov for at nettverksgruppa fortsetter, og at vi beholder kontakten med Helse- og sosialtjenesten
- overtannlegene i forsøkskommunene må i større grad på banen
- å fortsette samarbeidet med helse- og sosialsektoren og med de privatpraktiserende blir viktig fremover, dette har beriket arbeidet i tannhelsetjenesten, når vi møter de privatpraktiserende over bordet til diskusjoner, å jobbe sammen i en gruppe, så blir ingen av oss så navlebeskuende
- det viktigste med organisering av et permanent tilbud er å få struktur og orden på samarbeidet med de privatpraktiserende
- samarbeidet med kommunen må formaliseres, vi må rydde opp i ansvarsfordeling, og tilbudet må holdes varmt, det får sideeffekt til gruppene som har hjemmesykepleie
- samarbeidet er viktig, men det må ikke organiseres slik at det blir personavhengig, vi må ha så gode rutiner at det ikke blir direkte avhengig av nøkkelpersoner,
- i en overgangsperiode trenger vi en person til å holde i trådene, det må være en person hos fylkestannlegen, det må være styrt av fylkestannlegen så lenge vi har statlige midler
- det nå også være gode rutiner for formidling og gjennomføring av tilbudet
- det må etableres et formelt samarbeid mellom Helse- og sosialtjenesten og tannhelsetjenesten
- det må bli en enkel organisering for eksempel mht tannpleierjobb og undersøkelse i forhold til privatpraktiserende
- det har vært en del klager fra privatpraktiserende tannleger på ikke møtt fra rusgruppa, vi lærer, og setter dem opp til time på slutten av dagen
- de eldre vil gjerne fortsette med sin private tannlege
- jeg mener at vi ikke trenger å gå om offentlig tannpleier for å kartlegge
- vi må ha samarbeidsmøter med de private og ha retningslinjer for behandling, vi må ha lista på samme nivå, må ha oppklaringsmøter og få felles forståelse for kriterier, jeg liker ikke å være kontrollør
- det må være et økonomisk tak på behandling
- det har vært veldig mye faglig oppdatering gjennom Futtprosjektet, tverrfaglig har det vært veldig bra
- den opplevde kapasiteten er annerledes enn den reelle, på utnyttelsen av tannpleiere offentlig og privat
- vi bør lage et nettnettverk av offentlige og privatpraktiserende tannleger, lage kvalitetssirkler som fungerer, de må være med å løse problemet
- det er nok tannleger, men vi må utnytte ressursene på en annen måte, det er idiotisk at vi ikke utnytter ressursene på en annen måte, det mest kritiske fremover for å utnytte ressursene er organiseringen
- den forebyggende delen kan være gratis, vi må venne oss til å bruke tannpleiere, det er økonomisk fornuftig,

Utsagn fra privatpraktiserende tannleger

- et kritisk element videre er papirarbeid og byråkratiske skjemaer, det må gjøres enkelt
- det må bli en offentlig/privat samkjøring om tilbudet, vi kan bli enig om finansiering og takster
- videreføring må ikke bli for byråkratisk, registrering hos tannpleier først er unødvendig, de eldre reagerer på nye forhold
- når pasientene blir henvist fra tannpleier er spørsmålet hvem, som har ansvaret for pasienten,

- jeg liker ikke å utføre på oppdrag, jeg vil helst ha pasienten sjøl, gjøre alt sjøl
- med videre organisering vil jeg helst ha hele pasienten sjøl
- hvis jeg skal bli med på det videre må det ikke bli et skjemavelde, det har vært tungvint og mye flisespikkeri, en bør fjerne kontrollørene, de er som barnevakter
- en må rydde opp praktisk om det blir et permanent tilbud, i stedet for å gå om tannpleier først kunne vi henvise dem til tannpleier hvis nødvendig for eksempel for rensning
- en må rydde opp i ansvarsfordeling når det gjelder pasienten, hvem skal ha hovedansvaret
- en må redusere papirarbeidet
- de gamle må få beholde sin tannlege som de har gått til i alle år
- det blir for tungrodd at pasientene skal inn til det offentlige først

Utsagn fra helse- og sosialtjenesten

- det er viktig at nettverksgruppene fortsetter
- vi må få tilbudet inn i driften, det har vært bra å sette på dagsorden, vi spør jo om fastlege, det er greit å spørre om tannhelse, nå spør vi, det er helt naturlig
- selv om det nå blir en midlertidig ordning håper vi jo at dette skal bli endelig, det må ikke stoppe opp, da det blir vanskelig å starte på nytt, nå har vi fått til et tett samarbeid
- nettverksgruppen har behov for å fortsette, koordinering bør legges til en person
- når det gjelder videre organisering må vi diskutere kriterier for ikke-møtt pasienter, men vi er selvfølgelig, i vår kommune, positive til samordning av tilbud med tannhelsetjenesten
- det må være noen i kommunen som holder liv i det, og det må være lederforankret
- det er viktig at vi signaliserer nedover at dette får vi til
- de som møter brukerne må ha det integrert i tjenesten, nettverksgruppa må ikke isoleres, vi må tenke på hvordan holde tannhelsen varm, Futt må integreres, som prosjekt har ikke den store entusiasmen vært der
- videreføring av tilbudet må forankres i ledelsen og gode rutiner
- vi må etablere et formalisert samarbeid med tannhelsetjenesten, og fortsette samarbeidsmøtene, dessuten trenger pleiepersonell mer opplæring i munn- og tannstell
- vi bør fortsette samarbeidsmøtene, for eksempel en gang i halvåret
- et kritisk element i videreføring av tilbudet er å utarbeide funksjonelle rutiner tilpasset den enkelte kommune, vi må fortsette med gode rutiner slik at det skli
- viktig at vi forsterker brukerkontaktens oppgaver når det gjelder formidling av tilbudet
- viktig at ledelsen er med, at de signaliserer (rådmannen eks) at de tar prosjektet alvorlig. Vi må få positive signaler fra øverste ledelse
- vi må formalisere samarbeidet med tannhelsetjenesten
- psyk. gruppen må kunne få bruke sin egen tannlege, de med psykiske lidelser er det viktig for
- det er viktig å ha med toppledelsen for videreføring av tilbudet
- det er viktig med faste rutiner til å formidle tilbudet gjennom nøkkelpersoner, nøkkelpersoner er de som er nærmest brukerne

9.3.1 Kriterier for videre samarbeid

Nedenfor er et sammendrag av kriterier for videre samarbeid basert på utsagnene ovenfor. En utdypning av kriteriene følger i neste kapittel som omhandler læringserfaringer fra forsøksordningen.

- tilbud om offentlige tannhelsetjenester til nye målgrupper må være forankret i ledelsen i begge etatene
- samarbeidet mellom offentlig tannhelsetjeneste og Helse- og sosialtjenesten og mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste må formaliseres
- midlertidig ordning når det gjelder videreføring av tilbudet må bli en del av daglig drift i begge etatene
- felles møteplasser for planlegging og utveksling av erfaringer
- nettverks/samarbeidsgruppene på kommunenivå må fortsette
- tverrfaglige seminarer og temadager
- faglig nettverk av tannleger fra offentlig og privat tannhelsetjeneste
- retningslinjer for pasientenes valg av tannlege

- skriftlige rutiner og prosedyrer for de viktigste aktivitetene
- brukermedvirkning

Det er verdt å merke seg at alle informantene i alle tre forsøksfylkene er opptatt av at samarbeidet som er påbegynt mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste og med Helse- og sosialtjenesten ikke må stoppe opp selv om prosjektet er over og selv om tilbudet ikke blir videreført.

Omtrent alle informantene fra tannhelsetjenesten og fra Helse- og sosialtjenesten vektlegger betydningen av at samarbeidet har bidratt til forståelse og respekt for hverandres ansvars- og arbeidsområder og at dette kommer felles brukere til gode. De viser til at en viktig konsekvens av prosjektsamarbeidet er uformell kontakt mellom nøkkelpersoner i begge etatene når det gjelder bedre samarbeid om allerede prioriterte felles målgrupper som for eksempel brukere av hjemmesykepleien.

Tannleger fra offentlig og privat tannhelsetjeneste understreker betydningen av å fortsette samarbeidet som er startet når det gjelder behandling av Futt-pasientene. De viser til at prosjektet har bidratt til gehør i begge gruppene for kjøp av tjenester fra de private, og at samarbeidet som er startet kan utvikles og forbedres til beste for pasienter som har rett til offentlige tannhelsetjenester. Flere av tannlegene også av de privatpraktiserende gir uttrykk for at behandling av svakerestilte brukere som kommer inn under målgrupper for offentlig tannhelsetjeneste er et felles ansvar så lenge offentlig tannhelsetjeneste ikke har tilstrekkelig kapasitet.

Med hensyn til videreføring av tilbudet sier fylkestannlegen i Hedmark følgende:

”Gjennom Futt-prosjektet har vi gjort positive erfaringer når det gjelder å bruke den best tilgjengelige kompetansen for å oppnå god tannhelse for pasientene. Det forebyggende arbeidet er grunnleggende og må ivaretas *før* man kan gjøre omfattende tannbehandling. Offentlig tannhelsetjeneste er organisert slik at det i dag er ca 1 tannpleier per 3 tannleger. Tannpleierne er spesialutdannet for å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Skal man unngå tannsykdommer, må det skje en daglig oppfølging på hjemmearenaen, enten av pasienten selv eller av en omsorgsperson. Tannpleierne har utviklet et godt kontaktnett i kommunene og har muligheter til å samarbeide med de riktige pådriverne. Fordi tannpleierne er forebyggende orientert, får reparativ og kosmetisk tannbehandling et mindre fremtredende fokus enn i dagens tannhelsetjeneste.

I privat sektor er det i dag 1 tannpleier per 28 tannleger.

Akutt og reparativ tannbehandling kan skje i offentlig eller privat praksis etter tilgjengelighet.

Den offentlige tannhelsetjenesten får dermed en kartlegger- og bestillerrolle som kan være formålstjenlig. Oppfølging av pasienten bør skje hos tannpleier i Den offentlige tannhelsetjenesten slik at både det forebyggende og reparative arbeidet kan evalueres.

Samarbeidet både med kommunene og privat tannhelsetjeneste har vært nyttig. Gjennom prosjektet har vi åpnet noen dører og lagt et godt grunnlag for videre samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste. Offentlig tannhelsetjeneste har også hatt koordineringen av opplærings- og kalibreringstiltak av aktørene. Dette har virket utviklende og motiverende. Samarbeidet med brukerrepresentanter har gitt oss forståelse for at disse gruppene har stor innsikt i egen situasjon. Det er viktig å ta dem med når tilbudet utformes.”

9.4 Videreføring av tilbudet om offentlige tannhelsetjenester til Futt-pasientene

I januar 2004 ble det klarlagt at alle tre forsøksfylkene ville videreføre tilbudet som en midlertidig ordning. I følge plan for ”midlertidig ordning” i hvert forsøksfylke er følgende forhold felles for alle tre:

- tannhelsemål og målgrupper for tilbudet er de samme som i Futt-prosjektet
- organisering av tilbudet er lagt til Den offentlige tannhelsetjenesten
- det påbegynte samarbeidet med privatpraktiserende tannleger og med kommunehelsetjenesten skal vektlegges.

Organisering av ”midlertidig ordning”

I følge planene for de tre forsøksfylkene er organiseringen av midlertidig ordning noe forskjellig.

I Nord- Trøndelag og Hedmark vil prosjektlederne for Futt-prosjektet fortsette som koordinatorene for midlertidig ordning i sine to fylker. Nettverks/samarbeidsgruppene i disse to fylkene fortsetter som før og har allerede hatt samarbeidsmøter når det gjelder videre organisering av tilbudet. Det er også skrevet nye kontrakter med privatpraktiserende tannleger som deltok i Futt-prosjektet, og det er utarbeidet og distribuert nytt tilbuds-brev til brukerne i målgruppene. Alle Futt-pasientene i disse to fylkene vil som i forsøksordningen bli innkalt til rutineundersøkelse hos offentlig tannpleier. Pasienter som har behandlingsbehov vil bli henvist til offentlig eller privatpraktiserende tannlege etter eget ønske.

I Vest-Agder vil alle Futt-pasienter som velger privatpraktiserende tannlege bli henvist direkte til denne tannlegen. Rutineundersøkelsen blir gjennomført av denne tannlegen eller privat tannpleier. En tannpleier i Den offentlige tannhelsetjenesten vil gjennomføre rutineundersøkelsen på Futt-pasienter som velger offentlig tannlege.

Koordinering av ”midlertidig ordning” i Vest-Agder er foreløpig tillagt Fylkestannlegen og overtannlegene. De vil fortsette med samarbeidsgruppene på kommunenivå og med brukerorganisasjonene. De vil også fortsette samarbeidet med privatpraktiserende tannleger gjennom kontaktutvalget i Vest-Agder tannlegeforening. I Vest-Agder avventer de iverksetting av tiltak når det gjelder ”midlertidig ordning” til de har fått tilsagn om offentlige midler.

Finansiering

Behandlingstilbud er som i Futt-prosjektet basert på NTFs kriterier for nødvendig tannbehandling. I Nord- Trøndelag og Hedmark vil finansiering av tilbudet være som i Futt-prosjektet. I Nord- Trøndelag fortsetter de med differensierte egenandeler for målgruppene, og i Hedmark fortsetter de med lik egenandel for alle fire målgrupper.

I Vest-Agder var det ingen egenandel for pasientene i Futt-prosjektet. Med hensyn til ”midlertidig ordning” er det planlagt en egenandel som tilsvarer mellomlegget mellom tannlegenes takster for tannbehandling og helsedepartementets takster. For pasienter som velger offentlig tannlege vil mellomlegget utgjøre differensen mellom helsedepartementets takster og fylkeskommunale takster for voksne betalende pasienter.

10 LÆRINGSERFARINGER FRA SAMARBEIDET I FUTTPROSJEKTET. KONKLUSJON

Læringserfaringer fra samarbeidet i Futt-prosjektet kan bidra som kriterier for administrering og organisering av offentlige tannhelsetjenester til nye målgrupper.

Dette kapitlet er en sammenfatning av læringserfaringer fra samarbeidet i Futt-prosjektet basert på de kvalitative evalueringsresultatene. Læringserfaringene er knyttet til faktorer og forhold som prosjektdeltakerne mener har hatt innvirkning på samarbeidet i prosjektperioden, og som de mener kan ha avgjørende betydning for videre samarbeid mellom de to etatene og mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste.

Noen faktorer og forhold kan vurderes som kriterier for at et videre samarbeid skal fungere, andre er kritiske element som etter prosjektdeltakernes oppfatninger kan være til hinder for et funksjonelt samarbeid videre.

En tredje kategori læringserfaringer er knyttet til synergieffekter av samarbeidet i forsøksperioden. Dette er faktorer og forhold som er blitt tydeliggjort som en konsekvens av Futt-prosjektet, og som har virket som en positiv drivkraft på samarbeidet i tillegg til kriteriene.

I følge rammedokumentet for forsøksordningen er hovedhensikten med den kvalitative evalueringen å finne hvilke kriterier som er viktige for at samarbeidet mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten og mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste skal fungere.

Kanskje den viktigste læringserfaringen er at omtrent alle informantene gir uttrykk for at samarbeidet i Futt-prosjektet må fortsette uavhengig av om det blir videreføring av tilbudet. Det blir fremhevet at kontinuitet i det påbegynte formaliserte samarbeidet er avgjørende for at tilbudet om offentlige tannhelsetjenester skal være tilgjengelig for prioriterte målgrupper. Det blir også vektlagt at læringserfaringene fra Futt-prosjektet må legges til grunn for fortsatt samarbeid.

10.1 Kriterier for videre samarbeid

Kriterier for godt samarbeid i Futt-prosjektet er faktorer og forhold som kan legges til grunn for at samarbeidet har fungert. Erfaringene fra Futt-prosjektet viser at noen kriterier har hatt større betydning enn andre, og som prosjektdeltakerne mener bør vurderes som forutsetninger som må være til stede for et videre samarbeid. Andre kriterier trenger nødvendigvis ikke å være forutsetninger, men i forsøksperioden har dette vært strukturelle faktorer og forhold som har bidratt til å forsterke samarbeidsprosessen.

Kriterier som bør vurderes som forutsetninger for videre samarbeid:

Samarbeidet om offentlige tannhelsetjenester må:

- forankres i ledelsen i begge etatene
- integreres i driften i begge etatene
- formaliseres

Strukturelle faktorer som forsterker samarbeidet:

- felles møteplasser
- skriftlige rutiner og prosedyrer for de viktigste arbeidsoppgavene
- tilfredsstillende samarbeidsavtaler mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste
- reell brukermedvirkning

10.1.1 Kriterier som kan vurderes som forutsetninger for et godt samarbeid

Forankring i ledelsen

Erfaringene fra prosjektperioden bekrefter hva organisasjonsteoretikere formidler med hensyn til at prosjekter og forandringsforsøk må være forankret i toppledelsen og hos sentrale mellomledere for at prosjektaktiviteter kan gjennomføres etter intensjonene.

Forankring i ledelsen innebærer at ledere må være synlige når det gjelder markedsføring av forsøket og tydelige på hvilken verdi det måtte ha for organisasjonen. Spesielt er dette viktig når det er motstand mot et prosjekt og motstand mot hva prosjektet krever av involvering fra de ansatte. Arndt og Friman understreker betydningen av personlig involvering fra lederne og beskriver forandringsledelse som kunsten å skape små og store revolusjoner innen organisasjoner (6).

Evalueringsresultatene fra samarbeidet i Futt-prosjektet kan tolkes som at ledelsen i Den offentlige tannhelsetjenesten i Nord-Trøndelag og Hedmark har vært mer tydelige og mer personlig involvert i forsøksordningen enn hva som har vært tilfelle i Vest-Agder.

Informanter fra begge etatene i Vest-Agder gir uttrykk for at de har oppfattet den lokale styringsgruppen som passiv og tilbaketrukket i forhold til Futt-prosjektet. Dette kan ha bidratt til at motstanden mot forsøksordningen og mot en videreføring av tilbudet har holdt seg uforandret blant offentlig tannhelsepersonell i dette fylket gjennom hele forsøksperioden. Informanter fra styringsgruppen ga uttrykk for at de ikke har ønsket å presse sine ansatte til merarbeid på grunn av for stor arbeidsbyrde fra før og på grunn av for lav offentlig tannlegekapasitet.

Intervjuutsagn fra informanter i de to andre forsøksfylkene kan tolkes som at ledelsen i begge fylkene er blitt oppfattet som en positiv faktor som har vært tydelig når det har vært behov for det.

I Helse- og sosialtjenesten var det enkelte ledere som nedprioriterte Futt-prosjektet med begrunnelser om for stor arbeidsbyrde fra før. Dette gjaldt forsøkskommuner i Nord-Trøndelag og Hedmark. Informanter fra begge etatene i disse kommunene ga uttrykk for at innstillingen til enkelte ledere ble formidlet videre til andre ansatte og bidro til passivitet når det gjelder gjennomføring av prosjektaktiviteter. En konsekvens var forsinkelser med formidling av tilbudet til enkelte brukere og at noen brukere mistet tilbudet på grunn av misforståelser.

Omtrent alle prosjektdeltakerne fra de tre forsøksfylkene understreker betydningen av at ledelsen i begge etatene må være aktiv og tydelig når det gjelder videreføring av tilbudet og med hensyn til organisering av samarbeidet videre.

Samarbeidet om offentlige tannhelsetjenester må bli en del av driften i begge etatene

En annen forutsetning for videreføring av samarbeidet om offentlige tannhelsetjenester er at både organisering av tjenestetilbudene og organisering av samarbeidet inkluderes i driften i begge etatene. Informanter fra Helse- og sosialtjenesten i alle tre fylkene ga uttrykk for at arbeidsoppgaver som er knyttet til tilbud om tannhelsetjenester ikke må bli betraktet som ekstraarbeid. Disse arbeidsoppgavene må bli en integrert del av daglige arbeidsoppgaver, ellers kan de lett nedprioriteres og etter hvert bli glemt.

Formalisering av samarbeidet

Omtrent alle prosjektdeltakerne gir uttrykk for at formalisering av samarbeidet er en forutsetning for at det skal fungere. Formalisering av samarbeidet må tydeliggjøres i en formålstjenlig samarbeidsstruktur som i hovedsak innbefatter ansvars- og oppgavefordeling mellom de tre samarbeidspartnerne. Samarbeidsstrukturen må være tilpasset hvert fylke, hvert distrikt og hver kommune.

Flere privatpraktiserende tannleger påpeker at det må være en enkel struktur med minimalisering av papirarbeid og byråkratiske skjemaer. Flere av dem gir uttrykk for at det vil være unødvendig at offentlig tannpleier skal gjennomføre førsteundersøkelsen og henvise pasienter som trenger behandling videre til tannlege. Begrunnelsen er at en slik ordning vil være tungvint og medføre usikkerhet om hvem som har hovedansvar for pasienten, samt at mange pasienter av ulike årsaker som for eksempel angst, helst vil forholde seg til en person. På den annen side hevder informanter fra offentlig tannhelsetjeneste at dette gir bedre utnyttelse av tilgjengelig kompetanse.

Når det gjelder videre samarbeid med privatpraktiserende tannleger er skriftlige kontrakter om kjøp av tjenester en formalisering av dette samarbeidet. Hedmark og Nord-Trøndelag har hatt gode erfaringer med kontrakter i Futtprosjektet og vil fortsette denne praksisen.

10.1.2 Strukturelle faktorer som vil forsterke samarbeidet

Med utgangspunkt i evalueringsresultatene kan følgende faktorer og forhold vurderes som kriterier som vil forsterke det påbegynte samarbeidet mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste og mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten. Dette er strukturelle faktorer som kan inkluderes i en samarbeidsstruktur, uten at de nødvendigvis trenger å være forutsetninger for et godt samarbeid. Følgende strukturelle faktorer fikk god tilbakemelding fra prosjektdeltakerne i alle tre forsøksfylkene:

- felles møteplasser
- skriftlige rutiner og prosedyrer for de viktigste arbeidsoppgavene
- tilfredsstillende samarbeidsavtaler mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste
- brukermedvirkning

Felles møteplasser

Med møteplasser menes formaliserte muligheter for at samarbeidspartnerne kan møtes for utveksling av erfaringer og felles planlegging.

Nettverks/samarbeidsgrupper. Den viktigste møteplassen for prosjektdeltakerne fra tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten var nettverks/samarbeidsgruppene på kommunenivå. Det er blitt understreket av de aller fleste informantene, og spesielt fra deltakerne i nettverks/samarbeidsgruppene, at disse gruppene har vært avgjørende for gjennomføring av prosjektaktivitetene. Det understrekes også at de bør formaliseres som et ledd i samarbeidsstrukturen med faste deltakere fra begge etatene og fast møteplan.

Tverrfaglige seminarer og temadager. I løpet av prosjektperioden har det vært flere tverrfaglige seminarer og temadager med deltakere fra offentlig tannhelsetjeneste, fra privatpraktiserende tannleger og fra Helse- og sosialtjenesten. Disse har fått god tilbakemelding fra deltakerne. Representanter fra brukerorganisasjonene har deltatt på noen av disse møtene, med innlegg fra brukernes ståsted, noe som har vært verdifullt og bidratt til bedre forståelse for brukernes situasjon.

Informanter fra Helse- og sosialtjenesten hevder at tverrfaglige møter vil bidra til at pleie- og omsorgspersonell blir bevisstgjort på betydningen av god tannhelse. De henviser til at mangelfull opplæring i utdanningen av pleiepersonell når det gjelder munn- og tannstell lett fører til at betydningen av tannhelse blir mindre viktig. Flere informanter har gitt uttrykk for at felles temadager kunne fortsette for eksempel en gang i året. De hevder at i tillegg til det faglige utbyttet, vil slike sammenkomster bidra til å vedlikeholde samarbeidet.

Faglig nettverk av tannleger fra offentlig og privat tannhelsetjeneste. Flere tannleger både fra privat og offentlig tannhelsetjeneste ga uttrykk for at et nettverk av tannleger for eksempel i form av kvalitetssirkler ville være et verdifullt bidrag til videreføring av det påbegynte samarbeidet mellom dem. Det blir hevdet at faglige møteplasser for tannleger vil være viktig for faglig utvikling, kalibrering og enighet om faglig standard. Flere hevder at et slikt nettverk i tillegg vil være et godt utgangspunkt for drøfting om videre utvikling av samarbeidet mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste.

Skriftlige rutiner og prosedyrer

Erfaringene fra Futtprosjektet har vist at skriftlige rutiner og prosedyrer for de viktigste prosjektaktivitetene har bidratt til å redusere problemer med hvem skal gjøre hva, når og hvordan. Spesielt var det viktig med en prosedyre for formidling av tilbudet til brukerne. Denne prosedyren besto av et tilbudsbrief som ble overrakt hver bruker av brukerens kontaktperson med muntlig forklaring og muligheter for spørsmål og avklaringer når det gjelder tilbudet. Allikevel oppsto det problemer med formidling av tilbudet i fire av forsøkskommunene. Den skriftlige prosedyren bidro til at nettverks/samarbeidsgruppen kunne identifisere hvor svakheten var, og kunne iverksette forbedringstiltak.

Når det gjelder videreføring av tilbudet blir det hevdet av mange informanter at skriftlige rutiner for de viktigste arbeidsoppgavene kan være avgjørende for at oppgaven blir gjennomført og at de vil bidra til å redusere samarbeidsproblemer.

Eksempel på skriftlige rutiner som vil være viktig både for offentlig og privat tannhelsetjenester og for Helse- og sosialtjenesten er rutiner når det gjelder pasienter som ikke møter til timeavtale. I etablering av rutiner for oppmøte og/eller manglende oppmøte viser erfaringene fra Futtprosjektet at det er viktig å ta med brukerne i planleggingen.

Skriftlige retningslinjer for valg av tannlege vil redusere misforståelser og avklare valgmuligheter. Både tannleger og brukere viser til betydningen av at pasienter skal ha mulighet til å velge tannlege. Stort sett er alle enige om at eldre skal få beholde sin faste tannlege. Brukere av psykisk helsevern hevder at for mange av dem er det viktig å kunne forholde seg til en person på grunn av angst for nye situasjoner og nye mennesker.

Skriftlige rutiner må tilpasses hvert distrikt og hver kommune avhengig av hva ansatte eller brukerne opplever som kritiske element i gjennomføring av rutiner og prosedyrer.

Samarbeidsavtaler mellom offentlig tannhelsetjeneste og privatpraktiserende tannleger

Alle tre fylkene hadde i prosjektperioden samarbeidsavtaler med privatpraktiserende tannleger basert på NTFs kriterier for nødvendig tannbehandling. Takster og godtgjøring var imidlertid noe forskjellig i de tre fylkene.

Brukermedvirkning. Brukerne av Futtprosjektet har vært representert i referansegruppene i alle tre fylkene. Vest-Agder har i tillegg hatt en brukerrepresentant som medlem av prosjektgruppen.

Reaksjoner fra prosjektdeltakerne har vist at brukermedvirkning når det gjelder planlegging av prosjektet og drøfting av kritiske element underveis i prosjektperioden har bidratt til bedre løsninger og ikke minst større forståelse for brukernes behov. Et eksempel er at tannhelsepersonell har fått mer kunnskap om ulike årsaker til at enkelte pasienter ikke møter til timeavtale, noe som kan bidra til å lage hensiktsmessige rutiner for oppmøte og situasjonen på tannlegekontoret.

Reaksjoner fra brukerrepresentantene som er blitt intervjuet er at de har opplevd reell brukermedvirkning i Futtprosjektet, og at de er blitt tatt på alvor. Deres erfaringer fra samarbeidet med tannhelsepersonell i prosjektet er at de vil gå mer offensivt ut når det gjelder brukermedvirkning i andre prosjekter og forsøk som gjelder dem. De understreker at opplevelsen av å bli behandlet som likeverdige partnere har gitt dem følelsen av at deres bidrag har vært verdifullt.

Erfaringene fra Futtprosjektet tilsier at reell brukermedvirkning videre må være et kriterium som kan bidra til å forsterke det påbegynte samarbeidet mellom utøver og mottaker i Futtprosjektet. Intervjuutsagn fra prosjektdeltakere viser at kunnskap, informasjon og erfaringer som brukerne kan bidra med, vil være uvurderlig i videreføring av tilbudet, for eksempel med hensyn til valg og avgrensning av målgrupper hvis det blir et permanent tilbud.

Flere utsagn fra prosjektdeltakere i tannhelsetjenesten kan tolkes som at de er overrasket over hvor mye informasjon brukerrepresentantene har bidratt med i Futtprosjektet. Flere hevder at brukernes medvirkning har bidratt til at mange i tannhelsetjenesten har endret syn på og omtale av målgruppene, fra tidligere å ha omtalt dem som tunge grupper og vanskelig klientell til at de nå er som andre betalende voksne pasienter.

10.2 Kritiske element med hensyn til samarbeid om midlertidig videreføring av tilbudet

Kritiske element er definert som faktorer og forhold som kan eller vil hindre et formålstjenlig samarbeid.

Eksempler på kritiske element i forsøksordningen var samarbeidsproblemer internt i en eller begge etatene i alle tre forsøksfylkene som førte til vanskeligheter med gjennomføring av enkelte prosjektaktiviteter. Noen av problemene ble tydeliggjort i nettverks/samarbeidsgruppene når det gjelder forsinkelse med formidling av tilbudet til enkelte brukere. Et annet eksempel var for dårlige rutiner når det gjelder pasienter som ikke møtte til timeavtale.

Et kritisk element i alle tre forsøksfylkene var motstand mot prosjektet i Den offentlige tannhelsetjenesten.

En strategi for å forebygge eller redusere kritiske element i det videre samarbeidet om offentlige tannhelsetjenester er etablering av kriterier for godt samarbeid ut fra erfaringene i Futt-prosjektet. Hvert forsøksfylke bør vurdere hvilke områder som er mest utsatt for svikt i organisering av tilbudet og organisering av samarbeidet. Ut fra en slik vurdering kan det iverksettes kriterier som en mener er mest hensiktsmessig i forhold til kontekst og oppgaver.

Sagt på en annen måte kan fravær av kriterier være mulige kritiske element i samarbeidet.

10.3 Synergieffekter som konsekvens av Futtprosjektet

De viktigste synergieffekter som en konsekvens av samarbeidet i Futt-prosjektet er: faglig oppdatering, bedre avgrensing av målgruppene for offentlige tannhelsetjenester, bedre kommunikasjon mellom nøkkelpersoner i Den offentlige tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten, og bedre kommunikasjon mellom offentlige og privatpraktiserende tannleger.

Andre synergieffekter er:

- fokus på tannhelse i forsøkskommunene, noe som de fleste prosjektdeltakerne mener var nedprioritert tidligere
- avstigmatisering av Futtpasientene blant tannhelsepersonell
- bevisstgjøring med hensyn til tannhelse som en integrert del av helsebegrepet

Fokus på tannhelse i forsøkskommunene. En synergieffekt av Futt-prosjektet er at i løpet av forsøksperioden er tannhelse blitt satt på dagsorden i forsøkskommunene, noe som prosjektdeltakerne mener har vært nedprioritert tidligere. Informantene fra Helse- og sosialtjenesten viser til at mangelfull opplæring av pleiepersonell i utdanningen når det gjelder tann- og munnhygiene har bidratt til at tannhelse er blitt lite vektlagt i praksis både innenfor og utenfor helseinstitusjoner.

De understreker at samarbeidet med tannhelsetjenesten i Futtprosjektet har medvirket til at det er blitt fokus på tannhelse og tannhelsetjenester i forsøkskommunene. Dette har ført til opprydding når det gjelder formidling av offentlige tannhelsetjenester til allerede prioriterte målgrupper, som for eksempel brukere av hjemmesykepleien.

Avstigmatisering av Futtpasientene. Mange av informantene fra tannhelsetjenesten gir uttrykk for at samarbeidet med Helse- og sosialtjenesten og med brukerne har medført at de har endret holdninger til og oppfatninger av Futt-pasientene. Dette kommer til uttrykk gjennom mer bevisst språkbruk i omtalen av målgruppene. Tidligere brukte mange av informantene beskrivelser av Futt-pasientene som tungt, tidkrevende, belastende og vanskelig klientell som ville ta behandlingstid fra allerede prioriterte grupper. På slutten av prosjektperioden kan det synes som om de fleste tar avstand fra slike formuleringer, som de mener bidrar til stigmatisering av enkelte målgrupper.

Tannhelse som integrert del av helsebegrepet

Evalueringsresultatene viser at samarbeidet i Futtprosjektet mellom tannhelsetjenesten og Helse- og sosialtjenesten har bidratt til holdningsendringer hos prosjektdeltakere i begge etatene.

Fokus på tannhelse i forsøkskommunene og endret syn på Futt-pasientene hos mange prosjektdeltakere i tannhelsetjenesten har bidratt til at helsebegrepet er kommet i fokus. Flere av informantene fra begge etatene var på slutten av prosjektperioden opptatt av at tannhelse ikke var noe særegent men bør inkluderes i helsebegrepet, og at tannhelsetjenester bør inkluderes i den regulære helsetjenesten som et av tilbudene til befolkningen.

Mange fremhever at det er et samfunnsansvar at tannhelsetjenester i likhet med andre offentlige helsetjenester må være tilgjengelig for alle uavhengig geografi og økonomi. Spesielt understreket mange av informantene fra Helse- og sosialtjenesten at dårlig økonomi hos mange av deres brukere bidro til at tannbehandling ble nedprioritert og at mange hadde dårlig tannhelse.

Dårlig økonomi blant mange av deres brukere er årsaken til at de fleste av informantene fra Helse- og sosialtjenesten gir uttrykk for at behovsprøving ut fra økonomi vil være mer rettferdig når det gjelder valg av målgrupper for et eventuelt permanent tilbud om offentlige tannhelsetjenester til nye brukere.

10.4 Styrke og svakheter med evalueringen

Svakheterne med evalueringen er at informanter til intervjuene er forholdsvis få sammenliknet med antall ansatte i Den offentlige tannhelsetjeneste og antall privatpraktiserende tannleger i hvert fylke.

Styrken med intervjuene er at de er blitt gjennomført i direkte møter med informantene i hovedsak på deres arbeidsplasser.

Når det gjelder evalueringsresultatene er det liten spredning på svar og utsagn fra informantene. Det vesentlige er at i hele prosjektperioden har informantene kunnet inndeles i to kategorier ut fra om de var mot eller for Futtprosjektet. Antall informanter som har vært for eller imot prosjektet har vært noe forskjellig fra fylke til fylke. Mot slutten av forsøksperioden er antall informanter som er imot Futtprosjektet og imot videreføring av tilbudet blitt betydelig redusert, og det kan synes som om flertallet av prosjektdeltakerne støtter en videreføring av tilbudet.

10.5 Konklusjon

En oppsummering av de kvalitative evalueringsresultatene viser at

- den kanskje viktigste læringserfaringen fra forsøksordningen er at alle prosjektdeltakerne understreker at det påbegynte samarbeidet i prosjektet må fortsette uavhengig om det blir videreføring av tilbudet i Futtprosjektet eller ikke.
- kontinuitet i samarbeidet er avgjørende for at offentlige tannhelsetjenester skal bli tilgjengelig for prioriterte målgrupper
- samarbeidet på tvers av etatene og samarbeidet med privatpraktiserende tannleger kan beskrives som godt, uproblematisk og lærerikt. Dette gjelder alle tre fylkene.
- samarbeidsproblemer som er blitt avdekket har vært internt i begge eller en av etatene i hvert forsøksfylke
- læringserfaringer fra Futt-prosjektet kan bidra som kriterier for samarbeid om offentlige tannhelsetjenester til allerede prioriterte grupper, så vel som kriterier for samarbeid om et offentlig tannhelsetilbud for nye målgrupper.
- administrering og organisering av tilbud om offentlige tannhelsetjenester til nye grupper og administrering og organisering av samarbeidet henger sammen og er gjensidig avhengig av hverandre. Det vil si at organisering av samarbeidet må relateres til konkrete oppgaver, samtidig som tilbud om tannhelsetjenester ikke kan gjennomføres uten samarbeid mellom partene fra Futt-prosjektet.
- i oppstartfasen var det motstand mot prosjektet i Den offentlige tannhelsetjenesten i alle tre fylkene. Motstanden var størst i Vest-Agder og minst i Hedmark.
- motstand mot forsøksordningen og mot videreføring av tilbudet har avtatt betydelig blant prosjektdeltakerne i løpet av prosjektperioden i Nord-Trøndelag og Hedmark, mens det er registrert stor grad av motstand mot videreføring av tilbudet blant offentlig tannhelsepersonell som ikke har deltatt i Futt-prosjektet. Dette gjelder alle tre fylkene.

- privatpraktiserende tannleger i alle tre forsøksfylkene er villige til å behandle Futt-pasienter, basert på samarbeidsavtaler som går ut på tilfredsstillende økonomiske ordninger og NTFs kriterier for nødvendig tannbehandling.
- samarbeidet har gitt forståelse og respekt for de to etatenes arbeidsområder
- samarbeidet har gitt bedre kontakt mellom nøkkelpersoner når det gjelder gjennomføring av tilbud om offentlige tannhelsetjenester
- tannhelsetjenester bør gjøres tilgjengelig for alle uavhengig økonomi. Prosjektdeltakerne i Helse- og sosialtjenesten i alle tre forsøksfylkene viser til at behovet for subsidierte tannhelsetjenester er større enn tilbudet, og mener at valg av målgrupper for en utvidelse av offentlige tannhelsetjenester bør taes opptil drøfting. Flere mener at behovsprøving ut fra økonomi vil være en mer rettferdig ordning, samtidig som de inkluderer Futt-pasientene med dårlig økonomi men utelukker de som kan betale selv.
- Futt-prosjektet må være et skritt i riktig retning av at offentlige tannhelsetjenester må integreres i den ordinære helsetjenesten
- samarbeidet med brukerrepresentantene har bidratt til avstigmatisering av Futt-pasientene og gitt nyttig informasjon om brukernes livssituasjon og behov for en bedre tannhelse
- samarbeidet har ført til fokus på tannhelse i helse- og sosialetaten, noe som var nedprioritert tidligere
- samarbeidet har bidratt til bevisstgjøring på helsebegrepet, og at tannhelse ikke kan sees parallelt som en spesiell helse men som en integrert del av helsebegrepet
- følgende faktorer og forhold som har hatt innvirkning på samarbeidet kan vurderes som kriterier eller forutsetninger som må være til stede for at videre samarbeid skal fungere. Samarbeidet om offentlige tannhelsetjenester må:
 - forankres i ledelsen og,
 - integreres i driften i begge etatene og
 - formaliseres i en samarbeidsstruktur.
- følgende strukturelle faktorer er kriterier som vil forsterke samarbeidet:
 - nettverks/samarbeidsgrupper på kommunenivå
 - tverrfaglige seminarer og temadager
 - faglig nettverk av tannleger fra privat og offentlig tannhelsetjeneste
 - samarbeidsavtaler med privatpraktiserende tannleger
 - brukermedvirkning

Med utgangspunkt i sammendraget av evalueringsresultatene kan en vise til at WHO's definisjon på helse inkluderer fysisk, psykisk og sosialt velvære som grunnleggende verdier. Når det gjelder samarbeid om disse verdiene kan en merke seg at i regjeringens verdigrunnlag og mål for en helhetlig helsepolitikk heter det:

Regjeringen setter pasienten i sentrum for sin helsepolitikk. Nærhet, likhet og kvalitet skal være idealet for helsetjenestene. Informasjon, kvalitetssikring og medbestemmelse er nødvendig for riktig og effektiv behandling, og for pasientenes trygghet. Alle nivåer i helsetjenesten må samarbeide aktivt for å få til dette.

Det vil være en utfordring å omsette disse verdiene til praksis.

- * -

LITTERATUROVERSIKT

1. Forsøksordningen med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001-2004. Rammedokument. Sosial- og helsedepartementet, Oslo, mai 2001.
2. Lokal prosjektbeskrivelse, Nord-Trøndelag, 2001
3. Lokal prosjektbeskrivelse, Hedmark, 2001
4. Lokal prosjektbeskrivelse, Vest-Agder, 2001
5. Bolman LG og Deal TE. Modern approaches to understanding and managing organizations. Jossey-Bass Publishers, 1984
6. Arndt J og Friman A. Forandringsledelse, TANO A.S.1985

***FORSØKSORDNING MED
UTVIDET FYLKESKOMMUNALT
TILBUD OM TANNHELSETJENESTER
2001-2003***

Futt-prosjektet

Baselinerapport

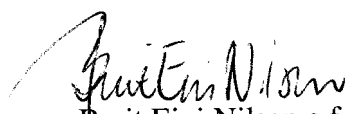
Forord

Rapporten inneholder en oppsummering og bearbeiding av data som er innsamlet gjennom forsøksordningen med utvidet tannhelsetilbud til nye grupper av eldre og uføre, Futt-prosjektet. I 2002 fikk den største andelen av målgruppene i prosjektet kartlagt sin munn- og tannhelse, før de mottok tannhelsetjenester gjennom prosjektet. Det ble tilstrebet at flest mulig deltakere hadde gjennomført første gangs kartlegging innen 1. desember 2002. Størrelsen og omfanget av prosjektet gjorde dette vanskelig, slik at dataene som er brukt i denne rapporten er per 20. desember 2002. Imidlertid har noen kommet til senere, og innen 19. januar 2003 hadde tilnærmet alle som kvalifiserer for tilbud gjennom prosjektet, totalt **817**, fått sin munn- og tannhelse kartlagt.

I rapporten bygger datamaterialet på registreringer per 20. desember 2002. Da var **752** personer blitt kartlagt i prosjektet. Også i resten av 2003 ble nye personer som kvalifiserte for et tilbud i regi av Futt-prosjektet gitt tannhelsetjenester, men disse er ikke registrert i baseline-datamaterialet. Sekstifem personer (i underkant 8 % av de kartlagte) som har fått kartlagt sin munn- og tannhelsepersoner er ikke med i grunnlagsmaterialet. Dette vil ha liten innvirkning på de resultatene som fremkommer, da dette utgjør en liten andel av totalgruppen og fordeler seg relativt likt mellom fylkene og mellom målgruppene. Denne rapporten bygger derfor på de registreringer som er gjort per 20. desember 2002.

Det vil tilstrebes å kartlegge de samme personene som var inne til førstegangskartlegging en andre gang, med ett års intervall etter første kartlegging. Dette gir grunnlag for en tidsserieanalyse etter at personene har mottatt tannhelsetjenester gjennom prosjektet. Resultatene av denne kartleggingen vil foreligge sammen med sluttrapporten.

Oslo 16. februar 2004


Berit Eivi Nilsen e.f.
avdelingsdirektør


Hilde Vogt Toven
prosjektleder sentralt

Innhold

1.0	Bakgrunn – generelt	7
2.0	Mål for forsøksordningen	7
2.1	Målgrupper.....	9
3.0	Kvantitative data.....	9
3.1	Fremgangsmåte	9
3.1.1	Tilbud om tannhelsetjenester	9
3.1.2	Kartleggingsskjema jf. <i>vedlegg 1</i>	9
3.1.3	Kalibrering	10
3.1.4	Dataregistrering.....	10
4.0	Resultater.....	10
4.1	Målgruppens størrelse	10
4.2	Datamaterialet i Futt-prosjektet	11
4.3.1	Selvopplevd generell helse	12
4.3.3	Tann-/ protesestatus	13
4.3.4	Munntørhet	14
4.3.5	Oral status/tilstand	15
4.3.6	Smerter/plager fra munnhulen	16
4.3.7	Problemer med å tygge/spise/svelge.....	16
4.3.8	Behandlingsbehov.....	17
4.3.9	Oppsummering helse- og tannhelsestatus.....	18
4.3.10	Resultater i forhold til målgruppene	20
5.0	Avslutning	21

1.0 Bakgrunn – generelt

Tilbudet om tannhelsetjenester til eldre, uføre og langtidssyke er regulert i Lov om tannhelsetjenesten av 3. juni 1983 nr 54 og Forskrift om vederlag i den offentlige tannhelsetjenesten av 24. mai 1984. Avgrensningen av det fylkeskommunale tannhelsetilbudet er knyttet til vilkår om institusjonsopphold eller hjemmesykepleie. Denne avgrensningen er ikke tilpasset de siste 10-15 års endringer i tjenestestrukturen på kommunalt nivå. Hjemmebaserte tjenester er mer utbredt og færre bor på institusjon. Mange av dem som tidligere ville fått et offentlig tannhelsetilbud fyller ikke lenger kriteriene for vederlagsfrie tannhelsetjenester.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.meld. nr. 50 om handlingsplan for eldreomsorgen ble tannhelsetilbudet til den eldre befolkningen satt på dagsorden av Stortinget.

På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet utarbeidet Statens helsetilsyn en rapport med beskrivelse og vurdering av eventuell utvidelse av det fylkeskommunale tannhelsetilbudet til nye grupper av eldre og uføre. Helsetilsynet foreslo at det ble igangsatt en forsøksordning hvor tilbudet utvides til å omfatte grupper beskrevet i rapporten.

I Statsbudsjettet for 2001 foreslo Sosial- og helsedepartementet at det ble iverksatt en forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester til personer som får kommunal hjemmetjeneste. I forbindelse med behandling av budsjettet vedtok Stortinget at det ble igangsatt en slik forsøksordning og bevilget midler til dette. Statens helsetilsyn har i brev av 30. april 2001 fra Sosial- og helsedepartementet mottatt oppdraget. Oppdraget er beskrevet nærmere i et rammedokument fra Sosial- og helsedepartementet. Det er utarbeidet prosjektbeskrivelse for forsøksordningen (kalt Futt-prosjektet) sentralt, samt prosjektbeskrivelser for hvert av deltakerfylkene. I forbindelse med omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen har Sosial- og helsedirektoratet fra 01.01.02 overtatt hovedansvaret for forsøksordningen.

2.0 Mål for forsøksordningen

Overordnet helsemål:

Akseptabel oral helse hos definerte grupper (E10-E13) i prosjektet.

Akseptabel oral helse innebærer:

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

Prosjektmål

- ✓ Tilfredsstillende utøvelse av egenomsorg.
- ✓ Tilfredsstillende hjelp til å ivareta daglig munnhygiene ved behov.
- ✓ Målgruppene skal ha mottatt tilbud om ordinær tannbehandling i løpet av prosjektperioden.

Hensikten med prosjektet er å gi et vurderingsgrunnlag for en eventuell landsomfattende utvidelse av tannhelsetilbudet gjennom:

- A. Kunnskapsoppbygging om målgruppenes omfang
- B. Kunnskapsoppbygging om tannhelseforhold og behandlingsbehov hos målgruppene
- C. Kunnskap og erfaring fra mulige organisasjonsmodeller av tilbudet
- D. Kunnskap om administrative og økonomiske konsekvenser ved en evt utvidelse av tilbudet

For å operasjonalisere det som ligger i hensikten med prosjektet skal det gjennom prosjektet gjøres følgende:

Til punkt A	Kartlegge målgruppenes størrelser.
Til punkt B	Kartlegge tannhelsetilstand hos målgruppene.
Til punkt B	Registrere behovet for forebyggende tiltak, herunder opplæring i egenomsorg, og kostnadsberegne forebyggende tiltak.
Til punkt B	Registrere behovet for nødvendig tannbehandling og kostnadsberegning av behandlingen med og uten egenandeler.
Til punkt C	Beskrive ulike måter å organisere et oppsøkende tannhelsetilbud på.
Til punkt C	Beskrive ulike modeller for samarbeid med pleie- og omsorg/helse- og sosialtjenesten og beskrive erfaringer fra samarbeidet.
Til punkt C	Kartlegge opplæringsbehov hos personell i pleie- og omsorgstjenesten/helse- og sosialtjenesten.
Til punkt C	Kostnadsberegne opplæringsbehov hos personell i pleie- og omsorgstjenesten/helse- og sosialtjenesten
Til punkt D	Beskrive egnede finansieringsmodeller.
Til punkt D	Beskrive egnet måte å ivareta helsepersonellens taushetsplikt uten at det går ut over pasientenes rettigheter.

Denne rapporten omhandler det faktagrunnlaget som er innhentet gjennom den kvantitative evalueringen av prosjektet, samt vurderinger knyttet til dataene. Det skal danne grunnlaget for kunnskapsoppbygging om målgruppenes omfang, deres munn- og tannhelsesituasjon, behovet for forebyggende tiltak og ordinær tannbehandling, samt økonomiske konsekvenser ved en landsomfattende utvidelse av tilbudet, jf. punktene A, B og D over. Rapporten bygger på de kartleggingene som er gjort gjennom prosjektets første gjennomføringsår, 2002.

2.1 Målgrupper

Målgruppene for forsøksordningen er (jf. rammedokumentet):

- ✓ E10 Brukere av andre kommunale hjemmetjenester enn hjemmesykepleie
- ✓ E11 Personer med et pleiebehov som ivaretas av pårørende (og som kvalifiserer til kommunale tjenester).
- ✓ E12 Personer i rusmiddelomsorgen
- ✓ E13 Personer under psykisk helsevern

3.0 Kvantitative data

Rapporten er basert på de kvantitative data som er innhentet gjennom prosjektet. Dataene skal danne et faktagrunnlag som kan bidra til å gi en kunnskapsoppbygging om målgruppenes omfang, kunnskapsoppbygging om tannhelseforhold og behandlingsbehov hos målgruppene, samt bidra som et beregningsgrunnlag for kostnader dersom ordningen utvides til å omfatte hele landet.

3.1 Fremgangsmåte

Det ble etablert en arbeidsgruppe for kvantitative data, bestående av Thomas Hoel, Eva Rydgren Krona, Tony Axéll, Birgitte Moesgaard Henriksen og Hilde Vogt Toven. Gruppen har hatt et særlig ansvar for å utvikle og implementere et egnet verktøy for innhenting av data i prosjektet. De innsamlede dataene skulle brukes til kartlegging av tannhelsetilstanden i målgruppene og til å få oversikt over behovet for forebyggende tiltak og nødvendig tannbehandling i målgruppene. Kartleggingsverktøyet skulle bidra til å kunne besvare følgende spørsmål:

- ✓ Hvor store er målgruppene?
- ✓ Hvordan er den orale helsen hos målgruppene?
- ✓ Hvor stort er behovet for forskjellig type tiltak; forebyggende tiltak, reparativ behandling og akuttbehandling?
- ✓ Er det sammenheng mellom generell og oral helse i de ulike målgruppene?
- ✓ Hvordan er den orale og generelle helsen i målgruppene sett i forhold til andre befolkningsgrupper?

3.1.1 Tilbud om tannhelsetjenester

I prosjektet er det utviklet et eget tilbudsskjema som gir tilbudet om tannhelsetjenester i prosjektets regi. Deltakerfylkene og deltakerkommunene har utviklet egnede prosedyrer for å nå målgruppene og gi tilbudet. Det er den kommunale tjenesten som gir tilbudet om tannhelsetjenester til personer i målgruppene. Det er nødvendig for ivareta kravet om taushetsplikt. Pasienter som ønsker tannhelsetilbudet har fått informasjon om prosjektet og samtykket til deltakelse i prosjektet på egen erklæring. Egenerklæringene er blitt overlevert Den offentlige tannhelsetjenesten og pasientene har deretter fått innkalling til tannklinikk. Prosjektet er meldt til Datatilsynet.

3.1.2 Kartleggingsskjema jf. vedlegg 1

Det er utviklet et eget kartleggingsskjema som alle pasientene som deltar i Futt-prosjektet blir registrert første gang de er inne på tannklinikken. Registreringer fra skjemaet danner grunnlaget for denne rapporten, og gir et bilde av den orale helsetilstand og behovet for behandling hos målgruppene før eventuell tannbehandling hos tannhelsetjenesten. I skjemaet noteres både resultater fra enkle

kliniske undersøkelser (Belegg- og slimhinneindeks (BSI) og speiltest) og svar fra pasienten på spørsmål om tannhelse, egenomsorg og selvopplevd helse.

3.1.3 Kalibrering

Kartlegging ved hjelp av skjema har vært utført av flest tannpleiere. Arbeidsgruppen for de kvantitative dataene har hatt to-dagers seminarer i hvert deltakerfylke. Seminaret har hatt en teoretisk og en praktisk del. I tillegg har deltakerfylkene avholdt interne kalibreringsdager. I mai 2002 ble det arrangert et kalibreringsseminar sentralt. Våren 2003 er det også planlagt at det skal arrangeres en sentral kalibreringsdag.

3.1.4 Dataregistrering

Dataene innhentet gjennom kartleggingen legges enten direkte inn på en datafil, eller skrives manuelt på skjema for deretter å legges inn i en datafil. Pc'ene er ikke tilkoblet nettet. Med hensyn til personvern er det etablert manuelle lister lokalt hvor det finnes en kopling mellom navn og serienummer brukt på kartleggingsskjemaene. Koplingen har vært nødvendig for å kvalitetssikre dataene, og den skal makuleres når dataregistreringen er ferdig. Datafilene sendes inn sentralt på diskett og har vært aggregert, behandlet og kvalitetssikret av Thomas Hoel.

4.0 Resultater

Resultatene i dette kapittelet bygger på datamaterialet som er innsamlet i løpet av 2002.

4.1 Målgruppenes størrelse

I utgangspunktet er størrelsene på målgruppene beregnet ut fra statistikk hos SSB, som er samlet i en rapport utarbeidet for Statens helsetilsyn; "Kostnadsberegning av gratis tannhelsetilbud til grupper i befolkningen" fra 1999. Fylkene har brukt disse tallene som utgangspunkt for å beregne antall personer i de ulike målgruppene i deltakerkommunene, etter befolkningsstørrelsen. Tabellen under viser fordelingen mellom fylkene etter målgruppe. Her er både de beregnede tallene (estimat) og de faktisk innrapporterte antall i målgruppene i prosjektkommunene. Kommunene har blitt bedt om å innrapportere faktisk antall personer i målgruppene fordelt etter alder og kjønn. Disse tallene er ikke hundre prosent pålitelige, men kommunenes selvrapportering av antallet til et gitt tidspunkt gir en relativt god indikasjon på størrelsen på gruppene. Kommunene har på et gitt tidspunkt gått gjennom sine brukergrupper og talt hvor mange som kan defineres inn i målgruppene i prosjektet. Dette vil være tall som endrer seg i løpet av kort tid ved at nye kommer til, det kommunale tjenestetilbudet som gir kvalifisering i Futt-prosjektet endres, og noen faller fra.

Av tabellene ser vi at det er et stort gap mellom de estimerte tallene og de innrapporterte. I Futt-prosjektet har vi i de videre beregningene valgt å bruke de innrapporterte tallene som grunnlagstall fordi vi mener at de, til tross for noen feilkilder, gir et mer riktig bilde av hvor store disse pasientgruppene er. Deltakerkommunene har vært aktive deltakere i prosjektet, og gjennom arbeid i samarbeidsgrupper/nettverksgrupper er det de kommunale tjenestene som definerer inn brukere til målgruppene for prosjektet. Kommunene vil være den instans som er nærmest til å vite det antallet som kvalifiserer for Futt-tilbudet. Tallene fra SSB, estimatet, inneholder sannsynligvis stor grad av

dobbelregistrering ved at personene kan ha flere ulike kommunale tjenester som kvalifiserer enten for tilbud i Futt-prosjektet eller etter dagens lov om tannhelsetjeneste.

<u>Fylke</u>	<i>Antall i målgruppene – estimat fra rapporten¹</i>	<i>Antall i målgruppene – rapportert inn fra kommunene, per 31.desember 2002</i>	<i>Antall Futt-registrert (kartlagt i prosjektet) innen 21. desember 2002</i>
<i>Hedmark</i>	E10-834 E11-583 E12-200 E13-275 Totalt-1892	E10-426 E11-23 E12-38 E13-98 Totalt-585	E10-125 E11-8 E12-32 E13-71 Totalt 236
<i>Vest-Agder</i>	E10-661 E11-331 E12-159 E13-219 Totalt-1370	E10-296 E11-5 E12-96 E13-125 Totalt-522	E10-147 E11-2 E12-43 E13-66 Totalt-258
<i>Nord-Trøndelag</i>	E10-917 E11-207 E12-60 E13-231 Totalt-1415	E10-361 E11-18 E12-34 E13-107 Totalt-520	E10-160 E11-11 E12-25 E13-62 Totalt-258
<i>TOTALT ALLE FYLKER</i>	4677	1627	752

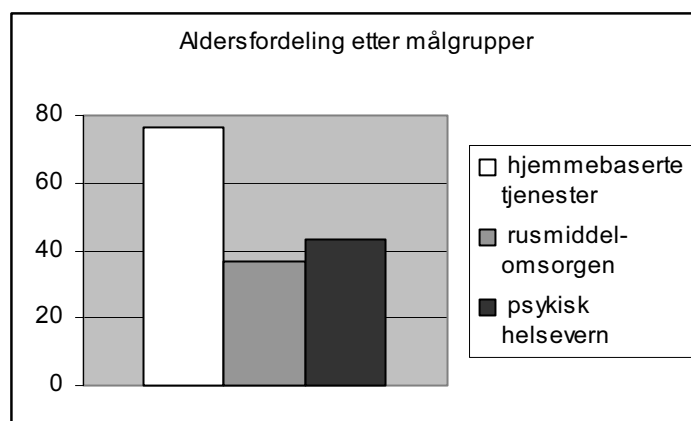
4.2 Datamaterialet i Futt-prosjektet

Personer fra de ulike målgruppene er undersøkt i tre fylker; Hedmark, Vest-Agder og Nord-Trøndelag. Totalt 907 brukere av kommunale tjenester i gruppene E10, E11, E12 og E13, har i utgangspunktet mottatt og ønsket tilbud om tannhelsetjenester gjennom prosjektet (de har mottatt og gitt positiv tilbakemelding på tilbudsskjema), Imidlertid har 155 personer av de 907 likevel ikke ønsket å delta (frafall). I alt 752 personer har fått sin oral helse undersøkt og kartlagt gjennom prosjektet; 236 fra Hedmark, 258 fra Vest-Agder og 258 fra Nord-Trøndelag.

Gruppe E11 utelates stort sett i analysene da gruppen er liten (n=24) og ujevnt fordelt på fylkene.

¹ Rapport utarbeidet for Statens helsetilsyn "Kostnadsberegning av gratis tannhelsetilbud til grupper i befolkningen" Oslo, mai 1999.

Antallet undersøkte fra E10, E12 og E13 til sammen er 731 personer. Av de undersøkte er 490 kvinner og 241 er menn.



Figur 1

De tre målgruppene E10, E12 og E13 har en svært forskjellig aldersfordeling. Gruppen med Hjemmebaserte tjenester er dominert av de eldre brukerne, mens Rusmiddelomsorgen domineres av de yngste brukerne.

4.3 Helsetilstand og tannhelsetilstand hos målgruppene

4.3.1 Selvopplevd generell helse

Den selvopplevde helsen er gradert etter en 5-grads skala;

1= meget god helse

2= god

3= verken god eller dårlig

4= dårlig

5= meget dårlig helse



Figur 2

Generelt blir helsen opplevd som god og middels god i alle grupper, men blir opplevd som best blant Rusmiddelmisbrukerne.

Undersøkte i Vest-Agder opplever sin helse dårligst, slik også kvinner gjør i forhold til menn.

4.3.2 Medisinbruk

Rapporteringen om medisinbruk er delt inn i 4 svaralternativer hvor

1= 0-2 daglige medisiner,

2= 3-4 medisiner,

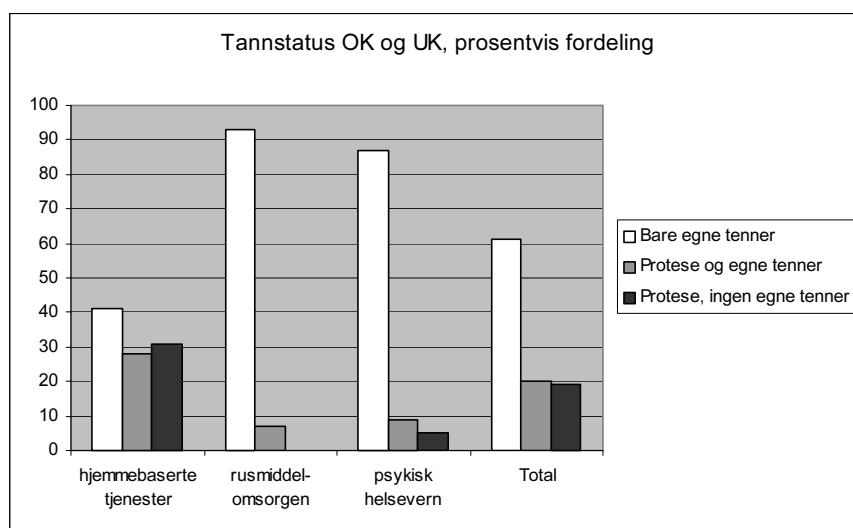
3= 5-6 medisiner og

4= 7 eller flere daglige medisiner.

I gjennomsnitt rapporteres indeks 1,76, som betyr et gjennomsnittlig medisinbruk av nærmere 3 medisiner daglig. Medisinbruken skiller seg ikke mellom fylkene. Kvinner bruker signifikant flere medisiner enn menn. Rusmiddelmissbrukerne rapporterer et klart mindre antall medisiner daglig enn øvrige undersøkte grupper. Antall medisiner daglig øker som forventet med stigende alder.

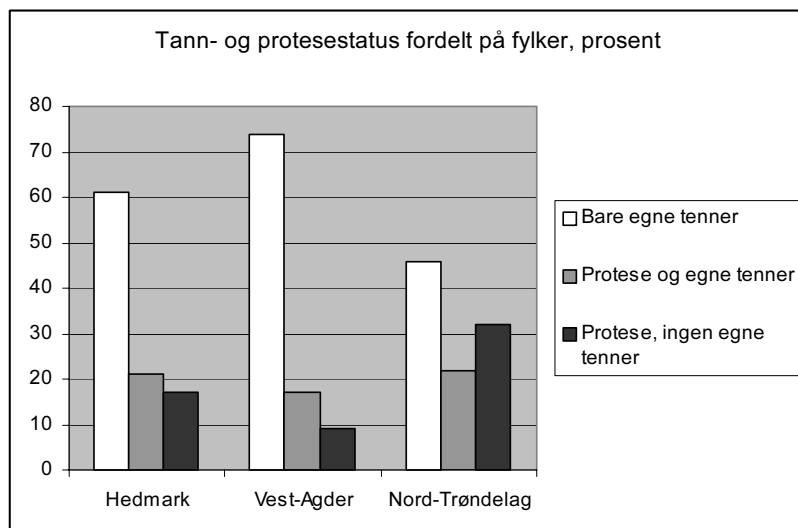
4.3.3 Tann-/ protesestatus

I alt foreligger tann- og protesestatus for 731 personer fordelt på gruppene E10 (432 personer), E12 (100 personer) og E13 (199 personer). Gruppe E11 (n= 21) og ytterligere 3 personer som er helt uten tenner og proteser utelukkes fra nedenstående resultat.



Figur 3

Det er en markert forskjell mellom målgruppene når det gjelder forekomst av egne tenner og proteser. Det er klart flere med egne tenner blant personene i Rusmiddelomsorgen og under Psykisk helsevern, i forhold til de med Hjemmebaserte tjenester. Det var flest med bare egne tenner blant de yngre personene, og det var en signifikant økning av proteseforekomst med stigende alder.

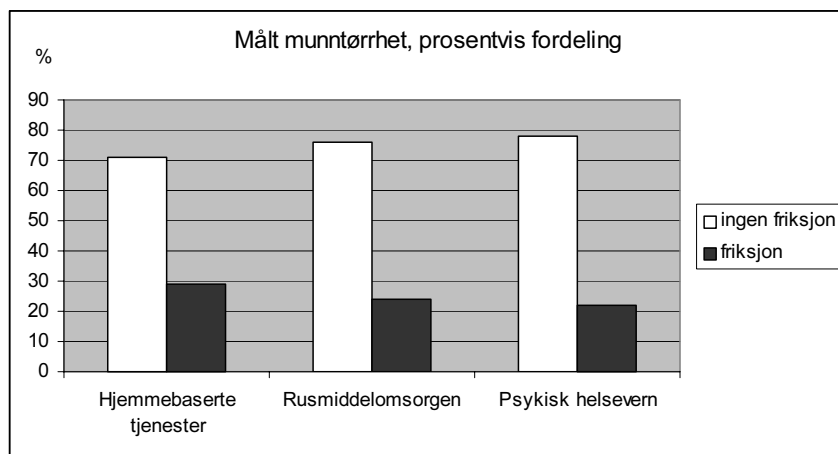


Figur 4

Det er store forskjeller mellom fylkene når det gjelder forekomst av tenner og proteser. Det er klart større andel med proteser i Nord-Trøndelag. Dette kan delvis forklares med at de undersøkte i dette fylket er eldre enn i de andre to fylkene.

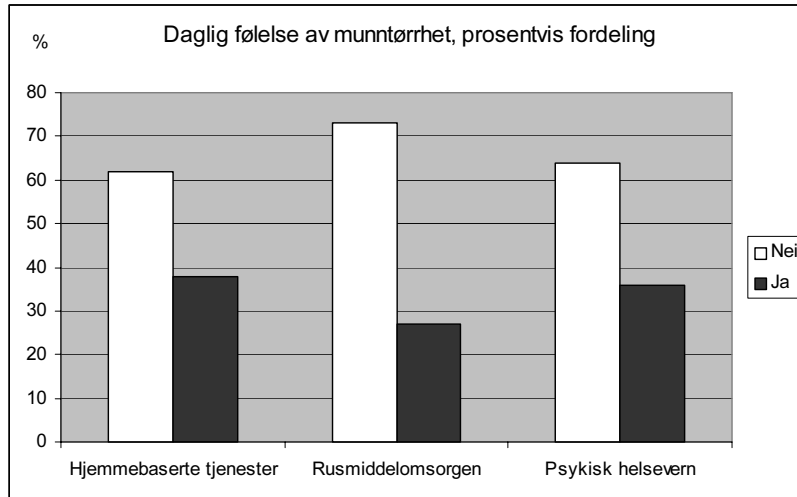
4.3.4 Munntørrrhet

Tørrrhet i munnen er delvis målt etter en målemetode kalt "Speiltest" (som måles ved å dra et tannlegespeil langs kinnslimhinnen, med speilsiden mot kinnet) og delvis etter å ha stilt spørsmål om følelse av munntørrrhet. Det gir en identifikasjon på tørrrhet i munnen dersom speilet blir "hengende igjen" i kinnslimhinnen ved at det er friksjon. Figur 5 viser fordeling av målt munntørrrhet etter målgruppe.



Figur 5

I gjennomsnitt hadde de undersøkte ingen særlig munntørrrhet ved måling. Bare få av de undersøkte (rundt 27 %) hadde problemer med svært tørre slimhinner. Måling viser at kvinner er noe tørrere i munnen enn menn, og at tørrrhet i munnen øker med stigende alder. Mellom de ulike målgruppene er det små forskjeller, men noe mer munntørrrhet ble målt hos dem med Hjemmebaserte tjenester enn i de øvrige gruppene.



Figur 6

Etter spørsmål om følelse av tørrhet i munnen, svarer kvinner at de er noe tørrere enn menn. Forskjellen mellom målgruppene med hensyn til munntørrethet er relativt små, men det er færre personer i Rusmiddelomsorgen som rapporterer om følelse av munntørrethet i forhold til de andre to gruppene.

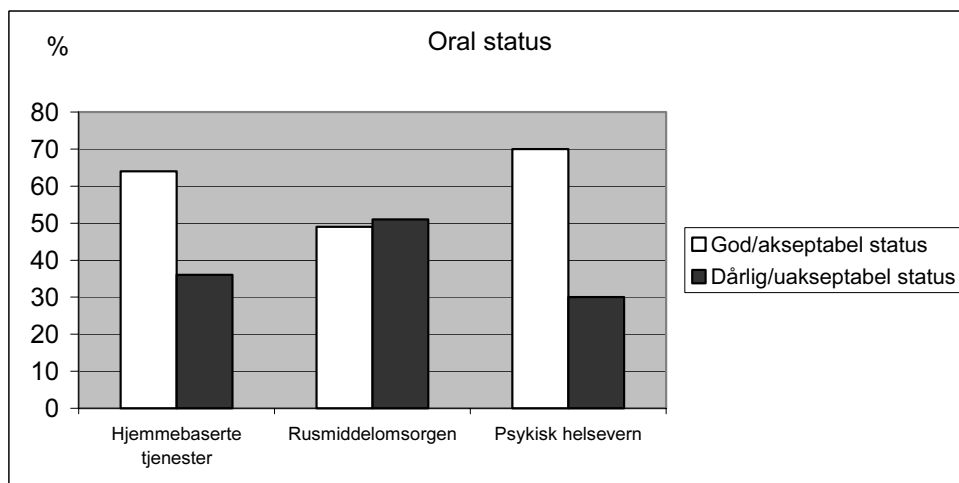
4.3.5 Oral status/tilstand

Munnhygien er målt ved hjelp av beleggindeks (BI) som forteller noe om graden av belegg på tenner og proteser, og slimhinneindeks (SI) som forteller om følgende av forekomsten av belegget. BI og SI summeres til et indeks, BSI, som kan ha verdier fra 2 til 8 hvor;

2 - 4 er bra/akseptabel status,

5 - 6 er ikke akseptabel status og

7 - 8 er dårlig status.



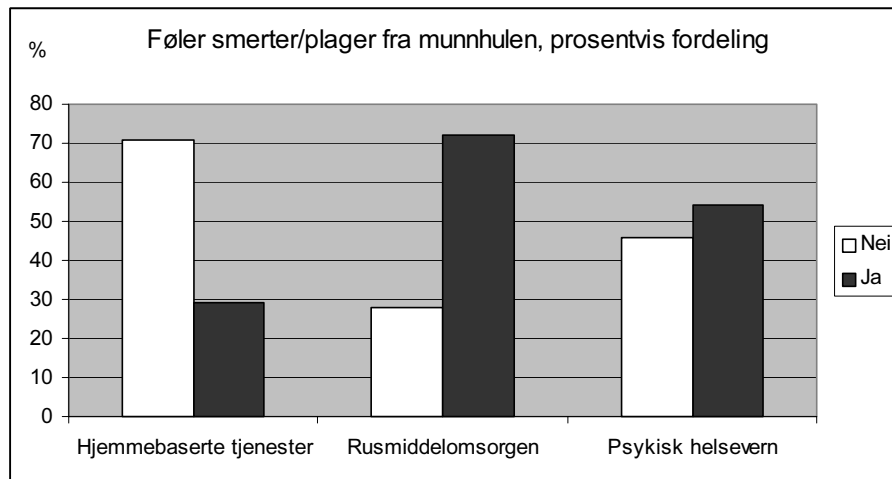
Figur 7

Den orale tilstanden er klart dårligst blant personer i E12, Rusmiddelomsorgen, og minst dårlig i gruppen E13, Psykisk helsevern.

Kvinnene har bedre oral status enn menn, med unntak av de som hører til i Rusmiddelomsorgen, der kvinner og menn har omtrent like dårlig oral status.

4.3.6 Smerter/plager fra munnhulen

Etter spørsmål svarte ca 42 % at de følte smerter eller plager fra munnhulen. Mellom målgruppene er forskjellene store med hensyn til opplevelse av smerter, og de er også svært signifikante ($< 0,1\%$). Det er først og fremst individer knyttet til Rusmiddelomsorgen og pasienter under Psykisk helsevern som rapporterer om smerter.

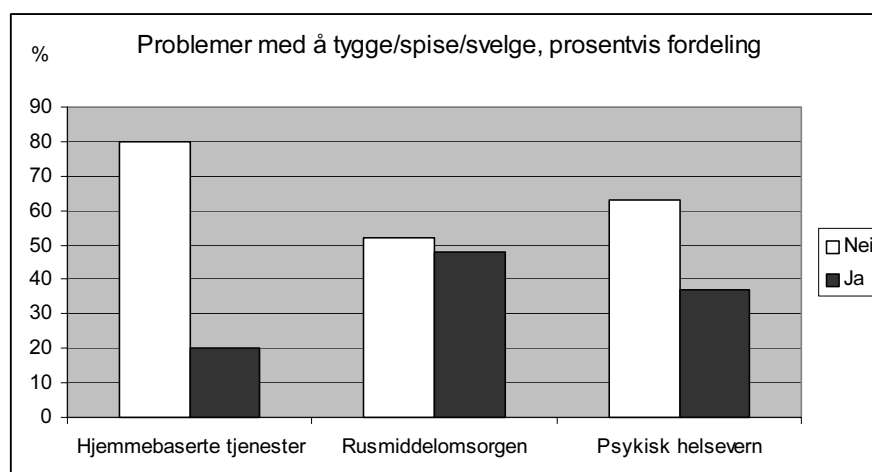


Figur 8

72 % av de undersøkte i Rusmiddelomsorgen og 54 % av de undersøkte under Psykisk helsevern rapporterte om smerter/plager fra munnen, mens 29 % av de med Hjemmebaserte tjenester rapporterte om det samme.

4.3.7 Problemer med å tygge/spise/svelge

Ca 28 % av de undersøkte hadde problemer med å tygge/spise eller svelge. Noen flere kvinner enn menn rapporterte om slike problemer. Det samme gjelder for yngre i forhold til eldre, trolig fordi disse har flere tenner. Mellom målgruppene er forskjellene store med hensyn til opplevelse av problemer med tygging/spising/svelging. Ca 48 % av personene i Rusmiddelomsorgen og ca 37 % av dem under Psykisk helsevern rapporterer om slike problemer, mens ca 20 % av personene i gruppen med Hjemmebaserte tjenester rapporterte om det samme.



Figur 9

4.3.8 Behandlingsbehov

Individenes behov for tannbehandling er målt ved hjelp av et behandlingsindeks med en skala 1-4 hvor;

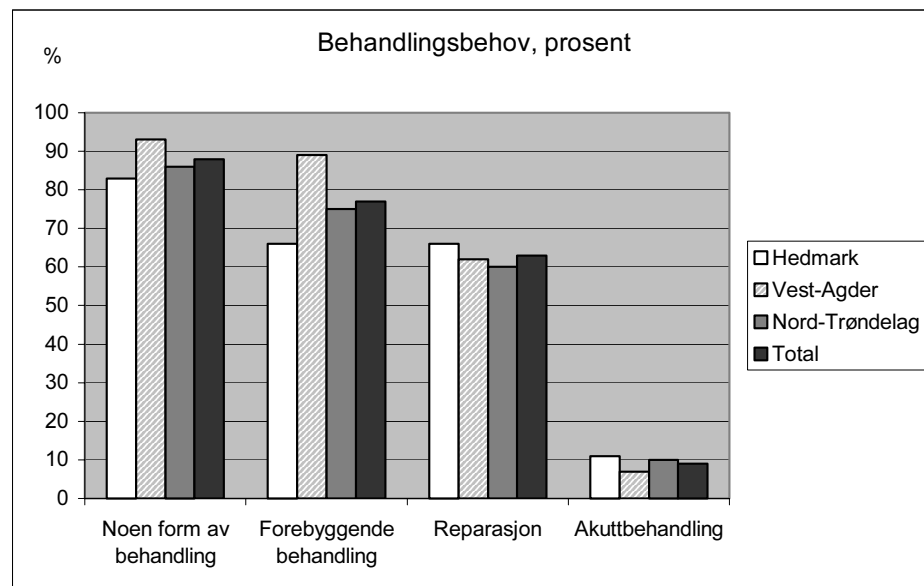
1= noen form av behandling,

2= forebyggende behandling,

3= reparasjon og

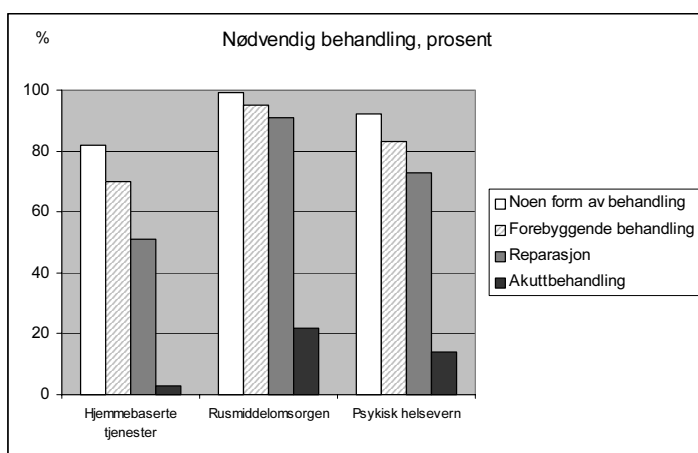
4= akuttbehandling.

Alternativ 1 betinger minimum ett av de andre alternativene.



Figur 10

12 % av de undersøkte trenger ingen tannbehandling eller forebyggende behandling. Totalt er behandlingsbehovet størst i Vest-Agder, dette kommer av at behovet for forebyggende behandling er størst der (statistisk signifikant). Behovet for reparasjon er minst i Nord-Trøndelag, men denne forskjellen er tilfeldig (ikke statistisk signifikant). Behovet for akuttbehandling er relativt lite i alle tre fylker, det er ca 10 % som trenger akuttbehandling (tannverk, sår, betennelse mm). Behandlingsbehovet er størst blant yngre personer, sannsynligvis fordi disse har flest egne tenner.



Figur 11

Personer i Rusmiddelomsorgen har størst behov for alle typer av behandling, 22 % av disse har akutt behandlingsbehov.

4.3.9 Oppsummering helse- og tannhelsestatus

Målgruppe	Av de undersøkte, tilhører de yngste personene Rusmiddelomsorgen, mens gruppen med Hjemmebaserte tjenester domineres av de eldste.
Helse	Totalt oppleves den selvopplevde generelle helsen som god eller middels god. Personer i Rusmiddelomsorgen opplever sin helse best (nærmere god), mens de i gruppene under Psykisk helsevern og Hjemmebaserte tjenester opplever helsen sin som nærmere middels.
Tenner/protese	Når det gjelder forekomst av egne tenner og proteser, er det store forskjeller mellom målgruppene. Det er flest med egne tenner hos personer i Rusmiddelomsorgen og under Psykisk helsevern. Blant dem med Hjemmebaserte tjenester har nærmere 60 % en form for protese (hel-/delprotese). Denne fordelingen er ikke uventet da de yngste undersøkte tilhører Rusmiddelomsorgen og de eldste tilhører Hjemmebaserte tjenester. For dem med flest egne tenner forventes et større behandlingsbehov enn hos dem med kun protese.
Medisinbruk/munntørrethet	Medisinbruk kan påvirke tann- og munnhelsen. Bruk av en eller flere medisiner kan bl.a. føre til munntørrethet (mangel på spytt), som igjen kan føre til økt forekomst av karies (hull i tennene) og problemer med å spise/tygge/svelge. Det kan også gi økt risiko for infeksjoner (bl.a. soppinfeksjoner) i munnhulen da det naturlige miljøet endres pga mangel på spytt. Infeksjoner i munnhulen påvirker den generelle helsen. Munntørrethet kan føre til problemer med å snakke (mangler den smørende effekten på munnslimhinnen) som igjen kan påvirke personens sosiale liv. Gjennomsnittlig rapporterer de undersøkte om bruk av ca 3 medisiner daglig. I Rusmiddelomsorgen rapporterer de om færre daglige medisiner enn de i de øvrige gruppene. Kvinner bruker flere medisiner enn menn, og medisinbruken øker med stigende alder.

Opplevelse av munntørrrhet	Målt munntørrrhet og spørsmål om følelse av munntørrrhet viser at i gruppen med Hjemmebaserte tjenester (de eldste undersøkte) er det mer munntørre enn i de andre gruppene. Kvinner er mer munntørre enn menn, og munntørrrhet øker med stigende alder. Dette er i tråd med at kvinner bruker flere medisiner (som kan føre til munntørrrhet), og at medisinbruken øker med alderen.
Tann- og munnhelse	Tann- og munnhelsen er målt til ikke akseptabel/dårlig hos nær 50 % av individene i Rusmiddelomsorgen. Dette er de yngste undersøkte og de med flest egne tenner. Mellom 30- og 40 % av individene med Hjemmebaserte tjenester og ca 30 % av de under Psykisk helsevern har tilsvarende ikke akseptabel/dårlig status. Det vil si at disse har dårlige hygieniske forhold i munnhulen som fører til betennelser/blødninger og mulig annen sykdom i tenner, tannkjøtt og munnslimhinner. Menn har noe dårligere status enn kvinner, unntatt i Rusmiddelomsorgen hvor det er like dårlig hos menn og kvinner.
Smerter/plager	Totalt rapporterer ca 42 % om smerter/plager fra munnhule og ca 28 % har tyggeproblemer, noen flere kvinner enn menn. Det er store forskjeller mellom målgruppene. 72 % av de undersøkte i Rusmiddelomsorgen rapporterer om smerter og plager fra tenner eller munnhule, og nærmere 50 % av disse har tyggeproblemer. Litt over 50 % av de under Psykisk helsevern har smerter/plager fra tenner eller munnhule, og nærmere 40 % har tyggeproblemer. Disse to gruppene består av de yngste undersøkte og de med flest egne tenner. Under 30 % av de med Hjemmebaserte tjenester føler smerter/plager fra munnhulen, og ca 20 % har tyggeproblemer. Denne gruppen består av de eldste undersøkte og de som har flest proteser.
Behandling	Totalt har ca 88 % behov for noen form av behandling. Mellom 70- og 80 % har behov for forebyggende behandling (informasjon/hygieneinstruksjon, tannrens mm), mellom 60 og 70 % har et reparativt tannbehandlingsbehov (fyllinger, krone/bro/protese, rotfylling mm), mens nær 10 % har et akutt behandlingsbehov (akutt-tiltak i forbindelse med tannverk, sår, betennelser, mistanke om malignitet mm). Gruppen med Hjemmebaserte tjenester (de eldste undersøkte) har minst behov for alle typer tannbehandling, mens ca 70 % av dem under Psykisk helsevern har behov for reparativ tannbehandling og nær 15 % trenger akuttbehandling. Av alle målgruppene har Rusmiddelkategorien størst behov for alle typer behandling. Det gjelder forebyggende behandling(over 90 %), reparativ tannbehandling (ca 90 %) og 22 % har et akutt tannbehandlingsbehov. Behandlingsbehovet er størst blant de yngre personene, trolig fordi disse har flest egne tenner.

4.3.10 Resultater i forhold til målgruppene

Gruppe E10 (Personer med Hjemmebaserte tjenester):

- ✓ Eldste undersøkte i Futt-prosjektet (gjennomsnittsalder litt under 80 år).
- ✓ Opplever helsen sin som middels god.
- ✓ Bruker i gjennomsnitt ca 3 medisiner daglig.
- ✓ Kvinner bruker flere medisiner enn menn.
- ✓ Nær 60 % har hel-/delprotese.
- ✓ Ca 30 % har problemer med tørre slimhinner i munnen.
- ✓ Denne gruppen rapporterer hyppigere om følelse av munntørrehet.
- ✓ Kvinner er noe mer munntørre enn menn.
- ✓ Munntørrehet øker med stigende alder.
- ✓ Mellom 30- og 40 % har ikke akseptabel/dårlig tann- og munnhelse.
- ✓ I underkant 30 % føler smerter/plager fra munnhulen.
- ✓ Ca 1 av 5 undersøkte (ca 20 %) har tyggeproblemer.
- ✓ Ca 80 % trenger tannbehandling (forebygging/reparasjon).
- ✓ Svært få i gruppen trenger akutt tannbehandling.

Gruppe E12 (Personer i Rusmiddelomsorgen):

- ✓ Yngste undersøkte i Futt-prosjektet (gjennomsnittsalder under 40 år).
- ✓ Opplever helsen sin som best av målgruppene.
- ✓ Rapporterer bruk av færrest medisiner daglig.
- ✓ Flest med bare egne tenner (over 90%).
- ✓ Tann- og munnhelsen er vurdert som ikke akseptabel/dårlig hos nesten 50 % av de undersøkte.
- ✓ Menn og kvinner har like dårlig oral status.
- ✓ Ca 72 % rapporterer om smerter/plager fra tenner/munnhulen.
- ✓ Nær 50 % av de undersøkte har tyggeproblemer.
- ✓ Nær 100 % av de undersøkte har behov for tannbehandling.
- ✓ Mer enn 1 av 5 undersøkte (22 %) har et akutt behandlingsbehov.

Gruppe E13 (Personer i Psykisk helsevern):

- ✓ Gjennomsnittsalder litt over 40 år.
- ✓ Opplever helsen sin som middels god.
- ✓ Bruker i gjennomsnitt ca 3 medisiner daglig.
- ✓ Mer enn 80 % har bare egne tenner, under 10 % har helproteser.
- ✓ Ca 35 % rapporterer om følelse av munntørrehet.
- ✓ Den orale tilstanden er vurdert som god/akseptabel hos ca 70 %.
- ✓ Menn har noe dårligere oral status enn kvinner.
- ✓ Litt over 50 % rapporterer om smerter/plager fra tenner eller munnhule.
- ✓ I underkant av 40 % har tyggeproblemer.
- ✓ Ca 70 % trenger reparativ tannbehandling.
- ✓ Nær 15 % trenger akutt tannbehandling.

5.0 Avslutning

Denne rapporten er en oppsummering etter den første kartleggingen av munn- og tannhelse hos målgruppene i Futt-prosjektet. Dette er kartlegging som er gjort **før** målgruppene har fått tannhelsetjenester gjennom prosjektet. Rapporten bidrar til å gi svar på følgende spørsmål:

- ✓ Hvor store er målgruppene?
- ✓ Hvordan er den orale helsen hos målgruppene?
- ✓ Hvor stort er behovet for forskjellig type tiltak; forebyggende tiltak, reparativ behandling og akuttbehandling?

I 2002 og 2003, etter at pasientene har blitt kartlagt første gang, har de mottatt tilbud om tannhelsetjenester gjennom prosjektet. Ett år etter førstegangs kartlegging vil de samme pasientene tas inn på nytt til andre gangs kartlegging, for å gjøre en tidsserieanalyse. Resultatet vil foreligge sammen med sluttrapporten.

Vurderinger og anbefalinger fra Futt-prosjektet ut over den deskriptive "tilstandsvurderingen" som denne rapporten omhandler, vil foreligge sommeren 2004.

Vedlegg 1

FUTT-prosjektet - skjema for undersøkelse av oral helse

KOMMUNE		SERIENUMMER		KJØNN	K	M	
UNDERSØKTES ALDER		UNDERSØKELSESDATO		-		-	
			D D		M M		Å Å

<u>REGISTRERING AV EVENTUELT FRAFALL</u> 01 ☐ Midlertidig bortreist 02 ☐ Personen er på sykehus 03 ☐ Personen er syk hjemme 04 ☐ Redd for tannlege 05 ☐ Glemte å komme 10 ☐ Annet: _____	<u>MÅLGRUPPE</u> 1 ☐ E10 – hjemmebaserte tjenester 2 ☐ E11 – pleies av pårørende 3 ☐ E12 – rusmiddelomsorgen 4 ☐ E13 – psykisk helsevern
--	--

<u>SELVOPPLEVD HELSE:</u> Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet, vil du si at den er: 0 ☐ Intet svar / vet ikke 1 ☐ meget god 2 ☐ god 3 ☐ verken god eller dårlig (middels) 4 ☐ dårlig 5 ☐ meget dårlig 9 ☐ Svar avgitt, men ubrukelig	<u>MEDISINBRUK:</u> Hvor mange medisiner bruker du daglig? 0 ☐ Intet svar / vet ikke 1 ☐ 0-2 medisiner brukes daglig 2 ☐ 3-4 medisiner brukes daglig 3 ☐ 5-6 medisiner brukes daglig 4 ☐ 7 medisiner eller flere brukes daglig 9 ☐ Svar avgitt, men ubrukelig
---	---

<u>TANNSTATUS</u>		Overkjeve	Underkjeve
		Antall tenner	Antall tenner
1 Kjeve med tenner	1 ☐		1 ☐
2 Kjeve med tenner og avtagbar protese	2 ☐		2 ☐
3 Tannløs kjeve, har protese	3 ☐		3 ☐
4 Tannløs kjeve, ingen protese	4 ☐		4 ☐
5 Brukeren lar seg ikke undersøke	5 ☐		
Hvorfor: _____			

<u>BELEGGINDEKS FOR TENNER/PROTESER</u> 1 ☐ Intet mykt belegg kan ses 2 ☐ Belegg som såvidt er synlig 3 ☐ Moderat ansamling av belegg 4 ☐ Rikelig med belegg	<u>SLIMHINNEINDEKS</u> 1 ☐ Normalt utseende på gingiva og slimhinne 2 ☐ Mild inflammasjon 3 ☐ Middels inflammasjon 4 ☐ Sterk inflammasjon
--	---

FUTT-prosjektet - skjema for undersøkelse av oral helse

KOMMUNE		SERIENUMMER	
---------	---	-------------	---

<u>SPEILTEST</u> 1 ☐ Ingen friksjon 2 ☐ Noe friksjon 3 ☐ Markert friksjon	
---	--

<u>BEHANDLINGSBEHOV-INDEKS (TNI)</u> 1 Nei 2 Ja a ☐ ☐ Behandling nødvendig b ☐ ☐ Forebyggende behandling nødv c ☐ ☐ Reparasjon nødvendig d ☐ ☐ Akuttbehandling nødvendig	<u>BEHANDLINGSINTENSJON-INDEKS (TII)</u> 1 ☐ Lav, målsetting: lindre 2 ☐ Mindre god, målsetting: utsette 3 ☐ Akseptabel, målsetting: bevare 4 ☐ Høy, målsetting: forbedre
--	---

<u>SPM 1: Har du det siste året hatt noen plager/smerter i tenner eller slimhinner?</u> 0 ☐ Intet svar / vet ikke 1 ☐ Nei 2 ☐ Ja 9 ☐ Svar avgitt, men ubrukelig	
---	--

<u>SPM 2: Har du det siste året hatt problemer med å tygge, spise eller svelge?</u> 0 ☐ Intet svar / vet ikke 1 ☐ Nei 2 ☐ Ja 9 ☐ Svar avgitt, men ubrukelig	
---	--

<u>SPM 3: Dersom JA i spm 1 eller spm 2, mener du at du har fått den hjelpen du trengte?</u> 0 ☐ Intet svar / vet ikke 1 ☐ Nei 2 ☐ Ja 9 ☐ Svar avgitt, men ubrukelig	
--	--

<u>SPM 4: Har du praktiske vanskeligheter med å komme til tannbehandling?</u>		
BRUKEREN SELV		PERSONALE/PÅRØRENDE
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9 ☐	Vet ikke / intet svar Nei Ja, pga bevegelseshemming Ja, pga transportproblemer Ja, av andre grunner Svar avgitt, men er ubrukelig	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9 ☐

FUTT-prosjektet - skjema for undersøkelse av oral helse

KOMMUNE	 	SERIENUMMER	
---------	--	-------------	--

SPM 5: Drikker du regelmessig væske om natten?

- 0 ☐ Intet svar / vet ikke
 1 ☐ **Nei**
 2 ☐ **Ja**
 9 ☐ Svar avgitt, men ubrukelig

SPM 6: Har du daglig hatt en følelse av tørr munn i mer enn 3 måneder?

- 0 ☐ Intet svar / vet ikke
 1 ☐ **Nei**
 2 ☐ **Ja**
 9 ☐ Svar avgitt, men ubrukelig

SPM 7: Hvem utfører daglig rengjøring av dine tenner / din munnhule?

BRUKEREN SELV

PERSONALE/PÅRØRENDE

- 0 ☐ Vet ikke / intet svar
 1 ☐ **Ingen**
 2 ☐ Kun brukeren **selv**
 3 ☐ Brukeren med hjelp av **andre**
 4 ☐ Kun **andre**
 9 ☐ Svar avgitt, men er ubrukelig

- 0 ☐
 1 ☐
 2 ☐
 3 ☐
 4 ☐
 9 ☐

SPM 8: Spørsmål 1 om hvordan brukeren opplevde spørreskjemaet?

- 0 ☐ Intet svar / vet ikke
 1 ☐ **Alternativ 1**
 2 ☐ **Alternativ 2**
 3 ☐ **Alternativ 3**
 4 ☐ **Alternativ 4**
 9 ☐ Svar avgitt, men ubrukelig

SPM 9: Spørsmål 2 om hvordan brukeren opplevde spørreskjemaet?

- 0 ☐ Intet svar / vet ikke
 1 ☐ **Alternativ 1**
 2 ☐ **Alternativ 2**
 3 ☐ **Alternativ 3**
 4 ☐ **Alternativ 4**
 9 ☐ Svar avgitt, men ubrukelig

Sosial - og helsedirektoratet
Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

