

Multidisiplinær odontologi - erfaringer med utprøving av en videreutdanning for tannleger på spesialistnivå

Siste faglige endring: 18. mai 2022

Innhold

1. Forord	3
2. Sammendrag	4
3. Innledning	6
4. Hva er problemet?	14
5. Hva vil vi oppnå?	26
6. Hvilke tiltak er relevante?	37
7. Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltaket?	43
8. Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?	45
9. Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?	51
10. Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?	54
11. Bakgrunn for rapporten	65
12. Organisering av arbeidet med sluttrapporten	68
13. Referanser	72
14. Vedlegg	76

Forord

Med denne rapporten ønsker Helsedirektoratet å gi Helse- og omsorgsdepartementet et grunnlag for å beslutte om en ny videreutdanning for tannleger skal etableres som en permanent ordning og hvorvidt den skal få status som en godkjent spesialitet.

Daværende Sosial- og helsedirektoratet ble i stortingsmelding 35 (20062007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning* *Framtidas tannhelsetjenester* bedt om å iverksette utprøvingen av en ny videreutdanning på spesialistnivå, *klinisk odontologi*. Det opprinnelige oppdraget om å utprøve og utrede en ny spesialitet basert på fagområdene periodonti, protetik og bittfysiologi, samt endodonti ble gitt i oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 4. september 2006.

Universitetet i Tromsø (UiT) ble delegert oppdraget i 2009. UiT gikk, i samarbeid med Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN), i gang med første kull av utprøvingen i 2011. Etter to kull ble ordningen evaluert i 2015. På bakgrunn av evalueringen ble det besluttet å ta opp et siste kull med justert studieplan. Benevnelsen for fagområdet ble endret til *multidisiplinær odontologi*. Tre små kull med i alt åtte tannleger har gjennomgått utprøvingen i tidsrommet 20112021.

Multidisiplinær odontologi er en breddekompetanse som er vurdert som aktuell for den offentlige tannhelsetjenesten for pasienter med særlige behov, men også for pasienter med lang reisevei til andre tannlegespesialister. Samtidig er kompetansen vurdert som aktuell innenfor tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO) og forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø ved sykehus (sykehusodontologi), ved behov for tannbehandling på spesialistnivå.

Rapporten må ses i sammenheng med arbeidet med en kompetansebasert integrert samarbeidsmodell for spesialistutdanning av tannleger med vurdering av foreslåtte læringsmål for de godkjente spesialitetene, og med det pågående arbeidet med ny forskrift for spesialistutdanning for tannleger.

Arbeidet med utprøving av en ny videreutdanning på spesialistnivå i multidisiplinær odontologi har gått over lang tid og det er mange som har vært involvert. Helsedirektoratet vil takke utdanningsvirksomhetene i Tromsø, ferdige MDO-tannleger, styringsgruppen for utprøving av MDO-utdanningen, pasienter og alle fra den offentlige tannhelsetjenesten, universitetene og Den norske tannlegeforening (NTF) som har svart på spørsmål, deltatt i undersøkelser og i viktige prinsipielle diskusjoner. Tilrådingene som gis i rapporten er Helsedirektoratet sin vurdering.

Sammendrag

Tannhelsen i Norge blir stadig bedre. Så lenge det gis en regelmessig oppfølging i tannhelsetjenesten kan forebyggende behandling være tilstrekkelig for veldig mange. På samme tid er det personer i voksenalderen som har et udekket tannbehandlingsbehov.

Helsedirektoratet finner ved utredningen at voksne personer med kronisk sykdom og sammensatte og til dels store odontologiske behandlingsbehov, som har behov for tannbehandling på spesialistnivå ikke har lik tilgjengelighet til behandling i tannhelsetjenesten, og at tilbudet per i dag dermed ikke er fullgodt.

På bakgrunn av et oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet (2006) har en videreutdanning på spesialistnivå, som fører til en bred odontologisk kompetanse blitt utprøvd ved UiT Norges arktiske universitet i tidsrommet 2011/2021.

Denne rapporten tar utgangspunkt i følgende spørsmål:

1. Bør videreutdanningen i multidisiplinær odontologi (MDO) videreføres?
2. Bør fagområdet få status som en godkjent odontologisk spesialitet?
3. Hvilke justeringer er i så fall nødvendige?

Helsedirektoratet konkluderer med at etablering av videreutdanning på spesialistnivå i multidisiplinær odontologi (MDO) er et tiltak som vil ha en positiv virkning for de nevnte personene, og også for pasienter med lang reisevei til andre godkjente tannlegespesialister.

MDO-tannlegen skal kunne gi odontologisk behandling til pasienter med store og sammensatte behov og medisinske og psykologiske eller kognitive helseutfordringer som påvirker pasientens orale helse - og/eller - orale tilstander som påvirker pasientens generelle helse. I tillegg skal utdanningen gi MDO-tannlegen fagdypt og bred kompetanse innen øvrige odontologiske fagområder utover grunnutdanningsnivå. Det kan være hensiktsmessig – og noen ganger nødvendig – for de aktuelle pasientene at de møter én og samme behandler når de trenger behandling på spesialistnivå.

MDO-tannlegen skal også kunne tilrettelegge for brukermedvirkning og for samhandling mellom tjenester, uavhengig av forvaltningsnivå. MDO-tannlegen skal ha kompetanse til å selvstendig kunne utføre mer komplisert odontologisk behandling:

- i sykehus, der pasients helsetilstand tilsier tannbehandling som nødvendig helsehjelp
- i geografiske områder med lite befolkningsgrunnlag og i situasjoner hvor det ikke er grunnlag for å ha flere tannlegespesialister tilgjengelig.

Helsedirektoratet forventer at etablering av fagområdet multidisiplinær odontologi er et tiltak som vil bidra til å bedre geografisk tilgjengelighet til spesialisttannhelsetjenester i offentlig tannhelsetjeneste.

Rapporten peker også på andre tiltak som kan bidra til å gi et tilbud til pasientene som er målgruppe for MDO-tannlege, og hvordan ulike deler av det odontologiske fagmiljøet vurderer disse løsningene. Uavhengig av om fagområdet MDO etableres er det behov for en bedre målstyring av finansieringsordninger for målgruppen. Pasienter for MDO-tannlege bør her ses i sammenheng med finansiering av pasienter innen tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsoffer og personer med odontofobi (TOO) og tilbudet med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø ved sykehus (sykehusodontologi). En del av disse personene har per i dag ikke rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester. Helsedirektoratet tilrår at det gjøres en gjennomgang av finansiering av tannhelsetjenester.

Samtidig mangler det gode data om tannhelse hos voksenbefolkningen som vil gjøre det enklere å målstyre tiltak. Det er store forventninger knyttet til etableringen av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), som vil gi nye data og muligheter til å koble ulike registre.

Helsedirektoratet tilrår at videreutdanningen i MDO videreføres, etter at det er gjort noen nødvendige justeringer i hva som skal være sluttkompetansen ved fullført utdanning. Helsedirektoratet oppfatter at det er bred enighet i fagmiljøet om at MDO vil være en nyttig kompetanse for den offentlige tannhelsetjenesten. Som det fremkommer i rapporten er det imidlertid ulike meninger i fagmiljøet om hvorvidt fagområdet bør ha status som en godkjent spesialitet. Helsedirektoratet tilrår etter en totalvurdering at fagområdet får status som godkjent spesialitet, særlig begrunnet i:

- å sikre rekruttering av kvalifiserte og motiverte kandidater til videreutdanningen
- å tilrettelegge for utforming av et strukturert normert studieløp ved at godkjente utdanningsvirksomheter kan opprette studieløp med størst mulig forutsigbarhet i rammer og finansiering
- å gi støtte for opprettelse av stillinger for MDO-tannleger i offentlig tannhelsetjeneste.

Helsedirektoratet tilrår at det nedsettes en faggruppe som foreslår:

- læringsmål
- lengde på utdanningen basert på innhold i utdanningen
- navn for fagområdet.

Etablering av et nytt fagområde vil kreve ressurser i form av kostnader som vil måtte dekkes over kapittel 770 tannhelsetjenester i statsbudsjettet. Disse kostnadene vurderes som små i det totale bildet, da Helsedirektoratet foreslår en forsiktig oppbygging med en utdanningskapasitet på fire kandidater til enhver tid.

Oppdraget om MDO må ses i sammenheng med pågående prosesser for helse- og omsorgstjenesten i kjølvannet av *Primærhelsemeldingen* og *Nasjonal helse- og sykehusplan*, med et særlig fokus på personer med sammensatte helseutfordringer og særskilte og store hjelpebehov. Lavterskeltilbud i kommunale helse- og omsorgstjenester er arenaer der voksne som har behov for tilrettelagte tannhelsetjenester kan fanges opp av ulike yrkesgrupper. Helsedirektoratet mener prinsipielt at fokuset må være på hva som til enhver tid er best for pasienten. Med dette som fokus blir det viktig at tannhelsetjenesten samhandler godt med resten av helsetjenesten.

Innledning

Denne rapporten er Helsedirektoratet sin sluttrapport for oppdraget «Vurdering av ny spesialitet i klinisk odontologi / multidisiplinær odontologi (MDO)» (TTB[1] 30.08.2006). Rapporten omhandler utprøving av en ny videreutdanning for tannleger på spesialistnivå, som har pågått ved UiT Norges arktiske universitet (tidl. Universitetet i Tromsø) i tidsrommet 2011-2021, og som åtte kandidater har fullført (se kapittel 10 om bakgrunn).

Oppdraget inngår i en kontekst av flere store satsninger i helse- og omsorgstjenesten som tar sikte på å gi bedre tjenester til mangfoldet av brukere og pasienter.

Fotnoter

[1] Tildelingsbrev/tillegg til tildelingsbrev (TTB) er det sentrale styringsinstrumentet fra et departement til en underliggende virksomhet.

Oppdrag kapittel 770 tannhelsetjenester

I sentrum for denne rapporten er oppdrag gitt Helsedirektoratet i 2006 om å prøve ut en videreutdanning på spesialistnivå, multidisiplinær odontologi.

Det er gitt en rekke oppdrag til Helsedirektoratet på tannhelsefeltet som handler om tjenesteutvikling, kompetanseheving og/eller finansiering av tannhelsetjenester (vedlegg A). Disse oppdragene bør ses i sammenheng med hverandre og med oppdraget om multidisiplinær odontologi.

Tre oppdrag som har særlig sammenheng med oppdraget MDO er:

- *Ny modell for spesialistutdanning av tannleger* – oppdrag trinn 3 gitt i TTB2019-7, rapport levert høst 2021.
- *Forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø ved sykehus (sykehusodontologi)* – pågående oppdrag gitt i Prop. 1S (20112012).
- *Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO)* – tjenestetilbud under etablering.

I oppdrag *ny modell for spesialistutdanning av tannleger* (TTB2019-7) er det foreslått læringsmål for godkjente odontologiske spesialiteter. HOD har ny forskrift for spesialistutdanning av tannleger under arbeid, der læringsmål for de syv fagområdene skal innlemmes. Det ligger i oppdraget at det skal foreslås læringsmål også for MDO hvis det besluttes at utdanningen skal videreføres og få status som godkjent spesialitet (vedlegg B2). I så tilfelle vil spesialistutdanning i MDO ligge under samme forskrift og ha tilsvarende vilkår som øvrig spesialistutdanning av tannleger (pkt. 8.1).

Forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø ved sykehus (sykehusodontologi) ble evaluert i 2019, videreført med en systematisk kartlegging av oral helse hos pasienter på sykehusene i 2020 og oppsummert i en rapport 2021. Tjenestetilbudet videreføres i 2022. Hvis MDO etableres som en godkjent spesialitet vil tannleger med MDO-kompetansen være aktuelle for å inngå i bemanningen ved sykehusene i ordningen (pkt. 2.4). Samtidig har det vært viktig for Helsedirektoratet å vurdere MDO sin rolle i den offentlige tannhelsetjenesten *utenfor* sykehus og ikke som en kompetanse *kun* i sykehus. Det handler om

hvilke pasienter som har nytte av en ny og utfyllende kompetanse, i tillegg til organisatoriske og finansielle løsninger som også kan bidra til at pasientene har anledning til å oppsøke og motta et tilbud.

Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO) ble evaluert i 2021 (pkt. 3.3). Evalueringen viser at både av pasientene selv, ansatte i TOO-tilbudet og andre aktører som har tilknytning til tilbudet ser at det har positive virkninger for personene i målgruppen som får et tilbud. Når pasienter har behov for behandling på spesialistnivå kan MDO-kompetanse være relevant.

I tilknytning til flere av oppdragene som er gitt på tannhelsefeltet er det behov for en nærmere avklaring av finansiering av tannhelsetjenester til angitte målgrupper i befolkningen (se pkt. 6.3).

Førende dokumenter og pågående prosesser

Oppdragene på kapittel 770 tannhelsetjenester bør ses i konteksten av førende stortingsmeldinger og reformer, og med de langsiktige målene som har blitt gitt Helsedirektoratet.

Primærhelsemeldingen

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26 (2014/2015)) må ses i sammenheng med stortingsmeldinger om samhandlingsreformen (47/2008–2009) og kommunereformen (14/2014–2015).

I kjølvannet av disse reformene er oppgaver knyttet til brukere med behov for tjenester overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, samtidig som man finner at flere brukere enn tidligere har flere sykdommer parallelt. Kommunen trenger med dette styrket kompetanse og ledelse for å håndtere oppgavene sine. Gode registerdata er en forutsetning for kunnskapsbasert og hensiktsmessig tjenesteutvikling og styring. Stortinget anmoder om at det etableres et register for kommunale helse- og omsorgstjenester (senere Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)).

Fremtidens tjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Det legges til rette for samlokalisering av tjenester samtidig som ulike teammodeller med ansvar for ulike brukergrupper og oppgaver, med ulik forankring og sammensetning skal prøves ut i kommunene. Det er et ønske om at tannhelsetjenesten skal kobles på med helsefremmende og forebyggende arbeid og et tettere samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester. Særlig pekes det på tannhelsetjenester til personer med særskilte og store hjelpebehov, f.eks. personer med rett til individuell plan, personer med rusproblemer og med alvorlige psykiske lidelser.

Primærhelsemeldingen legger føringer om at organisatoriske og andre skiller mellom ulike typer helsetjenester og mellom helse- og omsorgstjenester i kommunene skal bygges ned slik at tjenestene i større grad skal møte brukerens behov. Tjenesten skal utvikles på bakgrunn av brukererfaringer samtidig som god oppfølging skal gis av en teambasert helse- og omsorgstjeneste med tverrfaglig tilnærming til brukere med store og sammensatte behov. Primærhelseteam og oppfølgingsteam for særlige brukergrupper er to team som skal prøves ut i kommunene.

Primærhelseteam

Primærhelseteam er en pilot som gir en ny organisering av fastlegetjenesten der fastlege, sykepleier og helsesekretær jobber som team innenfor rammen av fastlegeforskriften.^[2] Piloten foregår i ni norske kommuner (2018/2023). Ett av seks effektmål for prosjektet er: Bedre samhandling innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste, og mellom primærhelseteam og spesialisthelsetjenesten.

Målgruppe for primærhelseteam er personer som:

- har helseproblemer og/eller har rusavhengighet
- har kronisk sykdom
- regnes som skrøpelige eldre
- har utviklingshemming og/eller funksjonsnedsettelse
- anses som svake etterspørrere av tjenester.

Primærhelseteam skal, med de virkemidler som er lagt inn i forsøket, i større grad kunne ivareta de innbyggerne på fastlegenes lister som ut fra medisinske behov har de største behovene for kontinuitet/regelmessig og tett oppfølging og for koordinerte tjenester fra flere faggrupper. Dette omfatter også de som på eget initiativ i for liten grad etterspør tjenester. Teamet skal tilby gode og trygge tjenester og arbeide systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Faglig kvalitet, tilgjengelighet og kontinuitet er sentrale elementer i dette. Pasientens behov skal være i sentrum, jf. Primærhelsemeldingen (2014). Teamet skal ha en helhetlig tilnærming til pasientens helsetilstand og totale livssituasjon. Det må sikres tidlig identifisering og utredning av behov, diagnostisering og strukturert oppfølging, gjennom nødvendig behandling, rehabilitering, opplæring og forebygging. Teamet må samarbeide med andre tjenester og personer med nødvendig kompetanse, som teamet ikke selv har, i både utredning og oppfølging, slik at det utvikles gode og helhetlige pasientforløp. Tannhelsepersonell kan her være relevant.

Fastlege vil også utenfor primærhelseteam kunne fange opp pasienter som kan ha nytte av behandling hos MDO-tannlege.

Oppfølgingsteam

Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam er en pilot som foregår i seks norske kommuner (2018/2023). Formålet er koordinering av tilrettelagte og tverrfaglige tjenester ut fra brukerens/pasientens individuelle behov. Kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger, spesialisthelsetjenesten og andre sektorer er alle viktige aktører.

Oppfølgingsteam legger stor vekt på brukerinvolvering og handler om å sikre god oppfølging og behandling av pasienter med store og sammensatte behov under ledelse av en fagperson som allerede har en rolle opp mot pasienten. Det legges til grunn at målgruppen for oppfølgingsteam – personer med store og sammensatte behov – er sammenfallende med et behov for langvarige og koordinerte tjenester. Målgruppen er uavhengig av alder og diagnose. Piloten tar utgangspunkt i at målgruppen utgjør om lag tre-fem prosent av befolkningen. Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov ligger til grunn for piloten.

Prioriteringskriteriene

I NOU-en Det viktigste først Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester (2018:16) blir det argumentert for at prioriteringskriteriene, som allerede brukes i spesialisthelsetjenesten, også er relevante for primærhelsetjenesten. Utvalget mener at følgende kriterier også bør legges til grunn for prioriteringer i kommunale helsetjenester:

- Nytte
- Ressurs
- Alvorlighet

Videre anbefaler utvalget at beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriet som benyttes ved prioriteringer i spesialisthelsetjenesten suppleres, slik at den også fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring. Det er gitt en rekke oppdrag på kapittel 770 tannhelsetjenester med henvisning til NOU-en.

St. Meld. 38 (2020–2021) Nytt, ressurs og alvorlighet Prioritering i helse- og omsorgstjenesten er en oppfølging av NOU-en. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) støtter bruk av prioriteringskriteriene og at prinsippene for prioritering bygger på verdigrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer at kriteriene må være gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten, herunder offentlig finansierte tannhelsetjenester. Regjeringen anser at det er behov for en samlet gjennomgang av rettighetene på tannhelsefeltet. De vil komme tilbake til Stortinget med en egen melding om tannhelsetjenesten, som en oppfølging av St. meld. 35 (2006–2007) [Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester](#).

Som et etterspill etter NOU 2018:16 og Meld. St. 38 (2020/2021) om prioriteringskriterier for kommunale helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester ventes en ny stortingsmelding om tannhelse og det kan på sikt bli aktuelt med flere oppdrag om finansiering av tannhelsetjenester, både med tanke på rettigheter til tannbehandling i offentlig tannhelsetjeneste og rettigheter i folketrygden.

I svar på oppdrag TTB2019-7 er det foreslått at det skal lages et felles kompetansemål i ny forskrift for spesialistutdanning av tannleger som handler om anvendelse av prioriteringskriteriene (Helsedirektoratet 2021).

Nasjonal helse- og sykehusplan

Ved hjelp av ny organisering i helsefellesskap ønsker regjeringen at det etableres gode tjenester på tvers av forvaltningsnivåer jf. handlingsplanen Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019–2020)). Denne organiseringen skal særlig ha fokus på noen grupper i befolkningen:

- barn og unge
- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser.

Personer med sammensatte kroniske lidelser har et særlig behov for helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Tettere oppfølging av barn og voksne med kroniske lidelser kan forebygge ressurskrevende tjenester i fremtiden.

Befolkningsframskrivingene viser at flere vil leve lenger med én eller flere kroniske og/eller aldersrelaterte sykdommer. De store fødselskohortene i etterkrigstiden og generasjonene som kommer kan takket være medisinske og teknologiske fremskritt leve med sykdommer som mange tidligere døde av.

Samtidig har det vært en økning i antall tapte gode leveår knyttet til flere tilstander, særlig nevrologiske sykdommer som demens, diabetes og psykiske lidelser. Nasjonal helse- og sykehusplan legger vekt på å forebygge uønsket variasjon når flere trenger behandling lengre. Senere erfaring tilsier at pasienter og pårørende forventer mer enn tidligere og har krav til brukervennlige og sammenhengende tjenester og gode pasientforløp. Bedre samarbeid på tvers av tjenester og forvaltningsnivå kan bidra til å identifisere de som har risiko for å utvikle sykdom, slik at det kan iverksettes forebyggende tiltak. Nasjonal helse- og sykehusplan ser proaktive og teambaserte tjenester som virkemidler for at pasienter med sammensatte behov skal få et helhetlig tilbud på tvers av tjenester, uavhengig av egen helsekompetanse.

Kompetanseløft 2025

Kompetanseløft 2025 er en videreføring av Kompetanseløft 2020 og består av langsiktige strategier og konkrete tiltak for kompetanseheving og fagutvikling i hele den kommunale helse- og omsorgssektoren, og fra 2021 også den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Kompetanseløft 2025 skal støtte opp under vedtatt politikk og nasjonale strategier, herav Primærhelsemeldingen. Programmet skal bidra til en faglig sterk tjeneste, og sikre tilstrekkelig og kompetent bemanning i tjenesten og består av fire strategiområder:

- rekruttere, beholde og utvikle personell
- brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid
- kommunal sektor som forskningsaktør, fagutviklings- og opplæringsarena
- ledelse, samhandling og planlegging.

På tannhelsefeltet finnes det en rekke tiltak i Kompetanseløft 2025, med særlig vekt på kompetanseheving (jf. Prop. 1S (20212022)).

Oppdraget multidisiplinær odontologi er per i dag ikke et tiltak i Kompetanseløft 2025. Hvis det besluttes at videreutdanningen skal videreføres og få status som spesialitet vil MDO som en del av spesialistutdanning av tannleger vurderes inn som et tiltak under Kompetanseløft 2025.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Formålet med etablering av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert tannhelsetjenester. KPR er planlagt å inneholde opplysninger om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fra virksomheter som yter tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven og fra private uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune som yter helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå. Informasjon i registeret kan bidra til å øke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene, sikre god planlegging og et likeverdig helsetilbud uavhengig av kjønn, bosted og sosial status, gi mer kunnskap om effekten av behandling og sykdommers utbredelse, årsaker og forløp (Prop. 1S (20212022)).

I samarbeid med Direktoratet for e-helse er Helsedirektoratet gitt i oppdrag å starte forprosjekt for innsamling og behandling av tannhelsesdata i KPR. Det finnes per i dag lite data om tannhelse hos voksne pasienter og KPR kan blant annet bli et nyttig verktøy for å organisere og dimensjonere tannhelsetjenesten. For å kunne innhente data fra privat tannhelsetjeneste i er det høst 2021 på høring forslag til endring i forskrift om KPR om meldeplikt for private virksomheter som yter tannhelsetjenester. Innhenting av data fra både offentlig og privat tannhelsetjeneste KPR er et tiltak under Kompetanseløft 2025.

Langsiktige mål for primærhelsetjenester og tannhelsetjenester

Jf. Endelig tildelingsbrev til Helsedirektoratet 18.12.2020 skal primærhelsetjenester og tannhelsetjenester styres etter følgende langsiktige mål:

- En proaktiv tilnærming for å nå brukere med de største behovene og personer som ikke selv søker tjenester, herunder personer utsatt for vold og overgrep og personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer

- Sammenhengende, gode og tilgjengelige tjenester til barn og unge
- En faglig kompetent og teambasert oppfølging som bidrar til god livskvalitet og færre sykehusinnleggelser
- Høyere og bredere kompetanse og bedre ledelse
- En faglig kompetent og teambasert allmennlegetjeneste av god kvalitet med tilstrekkelig rekruttering og god fordeling i landet
- Likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen og innvandrerbefolkningen
- Helsekompetanse skal være en integrert del av helse- og omsorgstjenestene og det skal tas hensyn til brukernes helsekompetanse i tjeneste- og utviklingsarbeid
- Bedre data og flere nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester
- Likeverdig tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester av god kvalitet
- Fylkeskommunene samarbeider godt med pårørende, kommunene og spesialisthelsetjenesten om tilbudet til personer med lovfastede rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Fotnoter

[2] Det er foretrukket at sykepleieren har masterutdanning i breddekompetansen Avansert klinisk allmennsykepleie (pkt. 8.1).

Oppdrag multidisiplinær odontologi

På bakgrunn av politiske vedtak om utprøving av ny spesialitet i klinisk odontologi og desentralisert spesialistutdanning, som virkemiddel for geografisk fordeling av spesialister (St. meld. 35 (2006-2007)), tok HOD initiativ til utprøvingen av en odontologisk videreutdanning på spesialistnivå. Fagområdet skulle styrke den offentlige tannhelsetjenesten og bidra til likeverdige tjenester til befolkningen.

Utprøving av videreutdanning på spesialistnivå i klinisk odontologi (senere multidisiplinær odontologi) ble startet opp ved UiT Norges arktiske universitet (tidl. Universitetet i Tromsø) i 2011, etter en avtale med Helsedirektoratet. Utdanningen skulle ha vekt på fagområdene periodonti, endodonti, protetikk og bittfysiologi, jf. oppdragsbrev fra HOD (30.08.2006). Tre små kull og til sammen åtte kandidater har fullført utdanningen i tidsrommet 2011-2021 (kapittel 10).

Hensikten med denne rapporten er å gi politisk ledelse et grunnlag for å beslutte:

- Bør videreutdanningen i MDO videreføres?
- Bør fagområdet få status som en odontologisk godkjent spesialitet?
- Hvilke justeringer er i så fall nødvendige?

Rapportens struktur

Helsedirektoratet har strukturert besvarelsen etter de seks spørsmålene i utredningsinstruksen for offentlige utredninger (kapittel 28). Bakgrunn for rapporten gis i kapittel 9, mens metodikk for innsamling av data fremlegges i kapittel 10.[3] Innsamlet data fremstilles i hovedsak som figurer og tabeller i vedlegg.

Del 1:

Kapittel 1.
Innledning

•Førende dokument

Del 2:

•**Kapittel 2.**
Hva er problemet?

Del 3:

•**Kapittel 4.**
Hvilke tiltak er relevante?

Del 4:

•**Kapittel 7.**
Hvilket tiltak anbefales og hvorfor?

Del 5:

•**Kapittel 9.**
Bakgrunn for rapporten

Vedlegg:

•Innsamlede data om MDO
•Styrings-



Figur 1. Struktur i rapporten. Kapittel 2-8 er navngitt etter spørsmålene i utredningsinstruksen for offentlige utredninger[4]

Da noen av de foreslåtte tiltakene (kapittel 4) er under utredning eller planlegges utredet i allerede pågående eller planlagte prosesser, blir ikke alle utredet bredt i denne rapporten. Hovedoppdrag i denne rapporten er å vurdere MDO-utdanningen, men det har vært nyttig å se dette i sammenheng med andre tiltak som har fokus på de samme pasientene.

Rapporten bygger på ulike grunnlagsdokumenter, workshop med UiT Norges arktiske universitet og Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN), spørreundersøkelser (ledere av den offentlige tannhelsetjenesten, Den norske tannlegeforening (NTF), henvisere og pasienter), data som har fremkommet i intervjuer og møter med ulike fagmiljøer (universitetene, tannhelsetjenestens kompetansesentre, deltakere i forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø i sykehus),[5] samt innspill fra styringsgruppen for utprøvingen. Se referanser og metode for innsamling av data i kap. 10.

Det har tidligere vært utført en evaluering av utprøvingen av Oxford Research (OR) etter at to kull var uteksaminert i 2015. OR kom med viktige momenter som førte til justeringer i utdanningsløpet for kull nummer tre av utprøvingen (kap. 9).

Mens den interne gruppen i Helsedirektoratet har stått for bearbeiding av data og sammenskriving av rapporten, har styringsgruppen for utprøvingen (vedlegg C1) bidratt med innspill til og kvalitetssikring av innhold.

Rapporten er gjennomført som en forenklet analyse, jf. utredningsinstruksen. Begrunnelse for dette er at tiltakene forventes å ha stor virkning, men for en mindre gruppe innbyggere (jf. kap. 2). Det vil si at tiltaket MDO ville få mellomstore virkninger. På bakgrunn av dette er det vurdert at det ikke er hensiktsmessig å gjøre en samfunnsøkonomisk analyse. Se nærmere om positive og negative virkninger i kap. 4.

Tilrådommen som gis i rapporten er Helsedirektoratet sin vurdering. Styringsgruppen for utprøvingen er enige i at pasientene (jf. figur 2.1) finnes og i at det er behov for kompetanse for å behandle dem, men det er delte meninger om hvorvidt fagområdet bør ha status som spesialitet.

Fotnoter

[3] Lesere som ønsker bedre kjennskap til bakgrunnen for rapporten kan begynne med å lese kap. 10.

[4] Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) er utviklet for å bidra til at politikere får beslutningsgrunnlag.

[5] Rapporten kommer nærmere inn på forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø i sykehus (sykehusodontologi) i kap. 2.

Hva er problemet?

Primærhelsemeldingen (2014) tegner et sammensatt utfordringsbilde for den kommunale helse- og omsorgstjenesten som omfatter både brukerorientering, ledelse, rekruttering, kompetanse, organisering og arbeidsformer, tilgjengelighet, finansieringsordninger og roller. Utfordringsbildet handler også om endringer i demografi, med flere eldre og flere innvandrere, og utviklingen i selve sykdomsbildet mot større grad av ikke-smittsomme sykdommer.[6] Samtidig er det for lite styringsdata, manglende tjenesteutvikling, IKT-systemer, kvalitetsarbeid og forskning. Dessuten handler utfordringsbildet om kapasitet og tilgjengelighet.

Det blir stadig flere eldre i samfunnet vårt, samtidig som det er forholdsmessig mindre ressurser til rådighet. Oppgavene må løses mer effektivt, ved større grad av samhandling og ved å utnytte tilgjengelig kompetanse så godt som mulig. Regjeringen sin strategi Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 legger opp til et bedre samarbeid om de mest sårbare pasientene mellom kommuner og helseforetak innenfor rammene av helsefelleskap. Samtidig er flere teambaserte tilbud under pilotering. Pasientenes helsetjeneste med forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende innebærer gode rutiner i overgangene mellom ulike tjenestetilbud. Dette for å sikre mulighet for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell samtidig som det finnes gode journalsystemer som understøtter samhandlingen.

Utfordringsbilde tannhelse

Alderdøm i seg selv gir ikke redusert tannhelse. Tannhelsefeltet har sitt særtrekk ved at tannhelsen i befolkningen generelt stadig blir bedre. Dette gjør at flere beholder egne tenner gjennom hele livsløpet. Samtidig kan egne tenner sent i livet gi et større behandlingsbehov i tannhelsetjenesten dersom det tilkommer tilleggsutfordringer som sykdom, medisinbruk, økt skrøpelighe t eller andre grunner som gir redusert evne til egenomsorg, herunder daglig tann- og munnstell.

En systematisk kunnskapsoppsummering (Oslo Economics 2021) finner gjensidig påvirkning mellom oral helse og generell helse, men det mangler forskning på området og faglige retningslinjer er ikke oppdaterte. Kartleggingen fant en rekke orale manifestasjoner på bakgrunn av somatiske sykdommer og behandling av somatisk sykdom, og likeledes somatisk sykdom som kan medføre risiko for redusert orale helse.[7] Eksempelvis finner man sammenheng mellom periodontitt, karies og fedme, samt sammenheng mellom dårlig kontrollert diabetes og risiko for å utvikle periodontitt. Kreftbehandling (stråling og medikamenter) og behandling med bisfosfonater gir økt risiko for oral sykdom.

Følgende problemformulering bygger på beskrivelse av pasienten som er målgruppe i studieplanen for videreutdanningen multidisiplinær odontologi (MDO) (2016) (vedlegg P):

Det finnes pr i dag ikke god nok kompetanse innen norske helsetjenester for voksne pasienter med omfattende behov for tannbehandling, ofte knyttet til medisinsk og/eller psykiatrisk problematikk, nedsatt funksjonsevne, adferdsproblemer og/eller geriatrisk problematikk. Dette medfører at disse pasientene ikke f r et fullverdig odontologisk behandlingstilbud.

Hypotesen handler om hvorvidt det mangler kompetanse i tannhelsetjenesten og har vært utgangspunkt for dialog med ulike fagmiljøer:

- ledere for universitetene (Universitetet i Bergen (UiB), Universitetet i Oslo (UiO), UiT Norges arktiske universitet)
- seks MDO-tannleger utdannet ved UiT (2011-2019)
- tre kandidater under MDO-utdanning ved UiT (normert løp 2017-2020)
- avdeling for samfunnsodontologi ved UiO

- representanter for tannhelsetjenestens kompetansesentre
- representanter for sykehusodontologimiljøene – St. Olavs hospital, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Haukeland universitetssykehus (HUS), Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)
- ledere i den offentlige tannhelsetjenesten (tidl. fylkestannleger)
- Den norske tannlegeforening (NTF) med spesialistforeninger.

Det har også vært en løpende dialog med styringsgruppen for utprøvingen av videreutdanning i MDO ved UiT (se vedlegg C1 og kapittel 10 for nærmere beskrivelse av innsamling av data).

Ved siden av riktig kompetanse kan det være andre årsaker til at pasienter ikke har et tilfredsstillende tilbud:

- Geografisk tilgjengelighet til tilbudet
- manglende finansieringsordninger
- samarbeid mellom tannhelsetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester med tanke på forebygging og oppfølging.

Definisjon av målgruppen for MDO-tannlegen brukt i denne rapporten bygger på studieplan for MDO-utdanningen (vedlegg P), dialog med ferdige MDO-tannleger og undersøkelse med de som henviser til MDO-tannleger. MDO-tannlegene er per i dag få (åtte stykker er utdannet 2011-2021), men deres erfaringer gir likevel et bilde av behovet for og nytten av utdanningen. I undersøkelsen har MDO-tannlegene svart at de jobber utelukkende med henviste pasienter, primært henvist fra offentlig tannhelsetjeneste. Innsamlede data om hvordan tilbudet så langt fungerer vil presenteres i dette kapitlet.

Fotnoter

[6] Jf. Primærhelsemeldingen (2014) er hovedutfordringene kols, diabetes, kreft, hjerte-karsykdommer og muskel-skjelettplager, psykiske helseplager, rusproblemer og demens.

[7] Kartleggingen (Oslo Economics 2021) fant få kunnskapsoppsummeringer som påviste orale bivirkninger av behandling av somatisk sykdom. Kartleggingen fant heller ikke mange kunnskapsoppsummeringer som tok for seg hvorvidt psykisk uhelse har effekt for oral helse. Samtidig er det verdt å merke seg at dette ikke trenger å bety at disse sammenhengene ikke eksisterer. Det kan like gjerne skyldes at det mangler datagrunnlag eller at det kun finnes enkeltstudier som påviser slike sammenhenger.

MDO-pasienten - målgruppe for fagområdet MDO

Pilotprosjektet primærhelseteam[8] (pkt. 1.2) har blitt presentert for styringsgruppen for utdanningen av MDO-tannleger. Styringsgruppen anbefalte at pasientgruppen for MDO-tannleger presiseres i denne rapporten og at samvariasjon med pasienter innenfor primærhelseteam stadfestes. I dialog med MDO-tannleger, henviser til MDO-tannleger og pasienter har vi fått data som underbygger at det er disse pasientene som henvises. Mer detaljert informasjon om disse innhentede dataene finnes i vedlegg E.

Pasienter for MDO-tannlege:

Voksne personer som har behov for tannbehandling på spesialistnivå, med særlig oppmerksomhet på pasienter med kronisk sykdom og sammensatte og til dels store odontologiske behandlingsbehov. De finnes gjerne i grupper av personer som:

- har psykiske lidelser og/eller rusavhengighet
- har alvorlig somatisk sykdom f.eks. transplanterte, kreftpasienter, reumatiske lidelser etc.
- i medisinen omtales som «skrøpelige eldre»[9] (gerodontologi)
- har utviklingshemming[10] og/eller funksjonsnedsettelse
- er under habilitering og rehabilitering med tverrfaglige behov, odontologisk, psykisk og medisinsk
- har vært utsatt for tortur og overgrep og/eller som har sterk tannbehandlingsangst (odontofobi)
- vurderes som svake etterspørere etter helse- og tannhelsetjenester[11]

Målgruppen består av personer som er pasienter både i allmennpraksis og i sykehus:

- Pasienter med behov for odontologisk oppfølging og fortsatt behandling nær hjemmet etter tannbehandling på sykehus. Fortsatt behov for spesialistbehandling hos tannlege med breddekompetanse i «nærmiljø».
- Pasienter i målgruppen kan grunnet psykososiale forhold og/eller behov for tjenester med god tilgjengelighet ha stor nytte av å bli behandlet av én og samme behandler enten det er hos allmenntannlege eller tannlegespesialist
- I målgruppen er også voksne pasienter med behov for spesialistbehandling men som av ulike grunner ikke ser seg i stand til lange reiser for å komme[12] til andre tannlegespesialister.
- Pasienter med behov for behandling av tannleger med fordypning og breddekompetanse, der pasientens helsetilstand og totale situasjon tilsier dette som beste helsehjelp.
- Personer i målgruppen som i dag går under radaren hos helsetjenestene og som lever med store orale plager uten å ha et behandlingstilbud.

Prioriteringsveilederen[13] peker på at det skal tilstrebes å unngå sosial ulikhet og uønsket variasjon mellom innbyggere med ulike helseutfordringer og i forhold til geografisk spredning av helsetilbud og tilgang til dette.

Innspill fra UiT, TkNN, ferdige MDO-tannleger, tannleger under MDO-utdanning

Til sammen åtte tannleger har fullført videreutdanningen i MDO siden oppstart av forsøksordningen i 2011, syv av disse jobber i dag i offentlig tannhelsetjeneste. Disse tannlegene formidler følgende:[14]

- Dette er pasienter som kan ha vanskeligheter med å ha nytte av et eksisterende tannbehandlingstilbud.
- Det er nødvendig å ta hensyn til at pasientene kan ha vanskelig for å orientere seg om rettigheter og behandlingstilbud som finnes.
- Pasientene sine utfordringer kan være av både fysisk, psykisk og økonomisk karakter. Det er derfor behov for kjennskap til deres totale situasjon. Pasienter med flere utfordringer har behov for koordinering av behandlingstilbud mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og flere nivåer innen tannhelsetjenesten.
- Det er et spørsmål hvor langt den enkelte pasient er villig eller har mulighet til å reise for å motta spesialisttannhelsetjenester. Dette kan påvirke hvorvidt allmenntannlegen henviser pasienten eller ikke.

MDO-tannlegene som er utdannet bruker i gjennomsnitt fire femdel av sin arbeidstid på klinisk behandling av pasienter (vedlegg E5). En tidel av tiden går med til veiledning av annet personell og terapiplanlegging med andre behandlere og/eller rådgivning i forbindelse med helsefremmende og

forebyggende arbeid (også via telefon og e-post). En mindre andel av tiden brukes til å gi kurs, delta på fagmøter og til samarbeid med tannlegespesialister (terapimøter) og med øvrig helsepersonell (kontakt mot annet personell i primær- eller spesialisthelsetjenesten).

MDO-tannlegen i Nord-Trøndelag[15] bruker en forholdsmessig stor andel av sin tid på veiledning og terapiplanlegging (vedlegg E6). Det gjør også tannlegen i Agder, som samtidig bruker lite tid på kurs, fagmøter og tverrfaglig samarbeid med andre helsetjenester. Én tannlege bruker rundt 65 prosent av tiden sin på klinisk arbeid, mens de øvrige til sammenligning bruker over 80 prosent.

Av de åtte MDO-tannlegene som er utdannet er det ulikt hva slags profil de har, særlig utfra hvor de er lokalisert (vedlegg E1 og E2).

Innspill fra tannleger som henviser til MDO-tannleger

De fleste respondentene svarte at pasientene i ulik grad hadde et tilbud (vedlegg F1). Samtidig har kun en liten andel av respondentene svart udelt «ja» (6,5 prosent). En mindre andel har svart «nei» eller «i liten grad» (3,2 prosent / 9,7 prosent), mens brorparten av respondentene har svart «i noen grad» eller «i stor grad» (40,3 prosent / 40,3 prosent). Merk at undersøkelsen er gjort i tre fylker som *hadde* MDO-tannlege ansatt i 2019 (Troms, Trøndelag og Agder), og at data *kun* er fra personell som *har* henvist til MDO-tannlege i 2019. Det er ikke innhentet tilsvarende data fra tannhelsepersonell som *ikke har* henvist til MDO-tannlege i 2019, fra privat tannhelsetjeneste eller fra tannhelsepersonell utenfor disse tre fylkene.

Brukerundersøkelse med pasienter behandlet av MDO-tannlege

Det har blitt utført en brukerundersøkelse blant pasienter hos fire MDO-tannleger ansatt i offentlig tannhelsetjeneste (se nærmere beskrivelse under pkt. 10.1).[16]

Resultatet fra brukerundersøkelsen viser at blant pasientene som deltok i undersøkelsen var det en vesentlig andel som anser at de ikke hadde et tilfredsstillende tannhelsetilbud før de ble henvist til MDO-tannlege (vedlegg G1). Opp mot en firedel av pasientene i undersøkelsen opplevde at de hadde et godt tilbud før de ble henvist til en MDO-tannlege. Nær to femdeler pasientene svarer at de «i noen grad» hadde et godt tilbud tidligere.

Det som anses som viktigst blant de pasientene som har deltatt i undersøkelsen er å bli behandlet av en tannlege med tverrfaglig spesialkompetanse (MDO). I overkant av tre firedeler anser dette som viktig. Nær to tredeler ser det som viktig å ha blitt behandlet av én og samme tannlege. Brorparten av pasientene som har svart på undersøkelsen (to tredeler) synes at MDO-tannlegen befinner seg innen rimelig avstand fra hjemmet. Merk at dette er pasienter som per i dag *har* et tilbud i form av MDO-tannlege innenfor rimelig nærhet. Pasienter som synes at reiseavstand til spesialist er et problem vil derfor trolig være underrepresentert i undersøkelsen. En mindre andel (under en femdel) peker på at kostnad ved behandling har hatt betydning.

Brukerundersøkelsen viser at de pasientene som har avgitt svar i all hovedsak oppfatter at MDO-tannlegen bidrar til et godt og trygt behandlingsforløp for pasientene sine (vedlegg G3).

Fotnoter

[8] I piloten defineres «et primærhelseteam» til å bestå av fastleger, sykepleier og helsesekretær i fastlegepraksis. Teamet ledes av en lege. I én av praksisene inngår også psykolog i primærhelseteamet. Praksisene tilføres ressurser til nye sykepleiere i teamene, som beregnes til ett årsverk per tre fastlegelister (pkt. 1.2).

[9] «Skrøpelige eldre» (eng. «*frail elderly*») er personer over 75 år som gjerne har redusert muskelstyrke, utilsiktet vekttap og redusert motstandskraft mot sykdom. Sammen med medikamentbruk, ernæringsstatus, enkelte blodprøver samt fysisk, emosjonelt og kognitivt funksjonsnivå er multimorbiditet en av risikofaktorene for skrøpelighet (Helsedirektoratet 2021 IS-2997).

[10] Personer med utviklingshemming eller funksjonshemming kan ha utfordringer knyttet til daglig munn- og tannhygiene og gjennomføring av tannbehandling grunnet redusert egenomsorgsevne, ernæringsutfordringer eller medisinerbruk. Dette gir et særlig behov for god samhandling mellom tjenester (Helsedirektoratet *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Nasjonal veileder*).

[11] «*Svake etterspørrere av helsetjenester*» er en benevnelse brukt i primærhelseteam. Disse personene kan forekomme i alle de kategoriene av pasienter jf. figur 2.1. Det er også pasienter som ikke nødvendigvis hører hjemme i de andre kategoriene, som yngre med demens, og det kan også være en dimensjon av sosial ulikhet.

[12] Reisetid fra hjemmet med bil, eventuelt i kombinasjon med ferge.

[13] Prioriteringsveilederen skal bidra til økt forståelse av prioriteringsvilkårene og mer lik praktisering av dem, jf. *pasient- og brukerrettighetsloven* og *prioriteringsforskriften*.

[14] Innspillene er innhentet i en workshop med fagmiljøet rundt MDO-utdanningen ved UiT (se pkt. 9.1).

[15] Data fra Nord-Trøndelag fra representativ uke for MDO-tannlegen i 2017.

[16] Alle pasienter innenfor et tidsrom på åtte uker skulle inviteres til å delta i undersøkelsen. Undersøkelsen fikk 48 respondenter av 210 unike pasienter som hadde time hos MDO-tannlege i den aktuelle perioden. Ikke alle ble invitert til å delta i brukerundersøkelsen, jf. vedlegg G1, G2, G3. Undersøkelsen gir usikre data (pkt. 10.1).

Eksisterende finansielle ordninger for pasientene

Noen pasientgrupper har allerede rettighet til vederlagsfrie tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven (1984) eller rett til stønad til dekning av utgifter til tannbehandling etter folketrygdloven.

Tabell 2.1. Eksisterende finansielle ordninger

Kilde for rettigheter	Pasientgrupper
	Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år (gruppe A)

Personer som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven §1-3	• Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon (gruppe B) • Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og som mottar helsetjenester i hjemmet (gruppe C) • Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret (gruppe D) • Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere (gruppe E)
Tilstander som kan gi rett til stønad etter folketrygdloven	Se oversikt vedlegg H.

Tannhelsetjenester for voksne har i dag følgende finansiering:

- Pasienter som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven – får vederlagsfri tannbehandling i offentlig tannhelsetjeneste
- Pasienter med rettighet etter Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer (LAR, rus, fengsel) får vederlagsfri tannbehandling i offentlig tannhelsetjeneste
- Pasienter med tilstander/tilfeller som kan gi rett til stønad etter folketrygdloven – får helt eller delvis stønad til utgifter til tannbehandling etter departementets takster. Det vil likevel ofte påløpe egenbetaling grunnet fri prissetting for tannhelsetjenester. Dette kan gjøre at pasienter i denne gruppen likevel må avstå fra nødvendig behandling grunnet privat økonomi.
- Pasienter med særlig lav inntekt som søker NAV om refusjoner – får helt eller delvis dekket kostnader ved tannbehandling av staten som økonomisk sosialhjelp. NAV vil ikke pålegge egenandeler for pasienten, men dekker det som anses som nødvendig tannbehandling. Det kan være avvik mellom NAV sin konklusjon om hva som er nødvendig tannbehandling og hva pasient og behandlende tannlege ønsker.
- Pasienter som mottar behandling som er tilskuddsfinansiert («TOO-tilbud»). Både den psykologiske behandlingen og tannbehandlingen er gratis.
- Pasienter som selv finansierer tannbehandling (egenbetaling).

Finansiering av pasienter henvist til MDO-tannlege

Data Helsedirektoratet har innhentet viser at kun en liten andel av pasientene hos MDO-tannlege er henvist fra privat tannhelsetjeneste (vedlegg E3) Det er stor variasjon i andel av pasientene hos MDO-tannlegene som betaler ved kun egenbetaling (vedlegg E4):^[17]

- 15 prosent i Trøndelag
- 30 prosent i Agder
- 52 prosent i Nord-Troms

Mens to av de tre MDO-tannlegene i undersøkelsen rapporterer at nær halvparten av deres pasienter har rettigheter som gjør at den offentlige tannhelsetjenesten dekker behandlingen, utgjør denne gruppen kun 20 prosent for den siste MDO-tannlegen i undersøkelsen.

Svakheter ved dagens finansiering av tannhelsetjenester

Fagmiljøene som Helsedirektoratet har vært i dialog med trekker frem at dagens finansieringsmodell for tannbehandling ikke i tilstrekkelig grad bidrar til å utjevne sosial ulikhet og uønsket variasjon i tannhelse og tilgang til tannhelsetjenester hos voksne. Dette støttes av tall og analyser fra SSB (2016/2017). SSB mener at det er grunn til å spørre om hvorvidt full egenbetaling ved tannbehandling bidrar til å opprettholde sosial ulikhet i tannhelse. De peker på at voksne med lav utdanning, lav inntekt og som mottar sosiale stønader i større grad enn andre grupper sjeldent oppsøker tannhelsetjenesten, tross at disse gruppene har dårligere tannhelse enn resten av befolkningen og at de har et udekket behandlingsbehov (SSB 2016). Her er det sammenfall med de som kalles «svake etterspørre av helsetjenester» innenfor piloten primærhelseteam (pkt. 1.2). Samtidig som det har vært en reduksjon i udekket tannbehandlingsbehov generelt i befolkningen i tidsrommet 2010-2016, har det vært en økning i disse gruppene. Privat økonomi trekkes frem som den viktigste årsaken til at noen unnlater å oppsøke tannhelsetjenesten. Grytten (2021) finner at dagens finansieringsmodell ikke sikrer likhet i tilgjengeligheten til trygdefinansierte tannhelsetjenester når han kontrollerer for utdanningsnivå. Strand m.fl. (2021) viser til ulikhet i hvem som får og hvem som ikke får trygderefusjoner i tannhelsetjenesten. De trekker frem at familier med lav inntekt samt marginaliserte grupper som hjemløse, innsatte og funksjonshemmede gjerne blir underbehandlet i tannhelsetjenesten.

Fotnoter

[17] Dataene bygger på anslag prosent jf. pkt. 10.1 og vedlegg E3.

Temporære tiltak

Det finnes temporære tiltak [19] som gitt at de videreføres vil kunne føre til at de nevnte pasientene over tid vil få et bedre tilbud. Som eksempel er statlige tilskudd i en tidsbegrenset periode for å oppnå en målgitt virkning. En forutsetning for en langsiktig virkning er da at tiltakene videreføres.

De mest sentrale tilskuddsordningene som forvaltes av Helsedirektoratet som har direkte eller indirekte relevans for pasientgruppen er:

- Spesialistutdanning av tannleger
- Lønn til kandidater under odontologisk spesialistutdanning
- Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (også kalt «TOO-tilbudet»)

De to førstnevnte tilskuddsordningene har som målsetning å styre mot tilstrekkelig antall og bedre geografisk fordeling av tannlegespesialister. Tilskuddsordningen *Spesialistutdanning av tannleger* gir utdanningsvirksomhetene en stykkpris per kandidat. Dette gjøres på bakgrunn av en prioritert rekkefølge som blant annet favoriserer kandidater som har avtale med offentlig arbeidsgiver (se pkt. 6.3). Tilsvarende gis det lønnstilskudd for tannleger som har en lovlig arbeidsavtale med en offentlig arbeidsgiver.

Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi er organisert i den offentlige tannhelsetjenesten i hvert fylke og består av tverrfaglige team (psykolog og tannhelsepersonell) samt tannbehandlerteam. Målsettingen er blant annet å gi et tilrettelagt, gratis og godt tilgjengelig tilbud, samt å utvikle kunnskap om målgruppene og deres tannhelse, om selve tilbudet og om kostnader knyttet til tilbudet (pkt. 3.3).

Forsøk med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø i sykehus (sykehusodontologi)

Som oppfølging av St.meld. 35 (2006-2007), der det ble påpekt at tannhelsetjenester for innlagte pasienter er mangelfull, ga HOD Helsedirektoratet i oppdrag å beskrive en forsøksordning med tannhelsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus. Dette resulterte i at forsøksordningen sykehusodontologi ble igangsatt ved:

- St. Olavs hospital (Trondheim) (2012)
- Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN/Tromsø) (2012)
- Lovisenberg Diakonale Sykehus (Oslo) (2014)
- Oslo universitetssykehus (2014)
- Haukeland universitetssjukehus (2015)

Sykehusodontologi har som mål å generere kunnskap om behovet for tjenesten, type og omfang av behov for behandling, samarbeidsformer med fagmiljøer utenfor sykehuset, økonomiske og administrative konsekvenser som kan gi grunnlag for å vurdere evt. lovendringer, samt pasienttilfredshet, personaltilfredshet og mottakelse i et sykehusmiljø. Forsøksordningen omfatter forebyggende tjenester, opplæring av sykehusansatte i munnstell hos pasienter, vurdering av tannhelseforhold, undersøkelse og eventuell tannbehandling av innlagte pasienter. Tannhelseteamene har særskilt undersøkt munnhelsen og sørget for infeksjonssanering hos hjertepasienter, kreftpasienter, samt pasienter som står foran kirurgiske inngrep og transplantasjoner. Forsøket omfatter også utvikling av rutiner for systematisk samarbeid med tannhelsetjenesten etter utskrivning fra sykehus.

Første evaluering av forsøksordningen (PwC 2019) har gitt en foreløpig definisjon av «den sykehusodontologiske pasienten»:

- Pasienten mottar behandling på sykehuset for en ikke-odontologisk sykdom eller lidelse, hvor tilstanden har en sammenheng med munnhulen
- Det er ikke mulig å gjennomføre den odontologiske behandlingen andre steder pga.:
 - Immobilitet
 - Behov for rask behandling
 - Kompliserte tilfeller der det er behov for tverrfaglig behandling
- Behandlingen hos den primære tannhelsetjenesten ikke vurderes som tilstrekkelig

Evalueringen (PwC 2019) viser at tjenestetilbudet har blitt svært godt mottatt både av pasienter, sykehusledelse og øvrige fagmiljøer ved sykehusene. Dette dokumenteres ellers ved en stadig økning i henvisninger fra ulike avdelinger etterhvert som tilbudet blir bedre kjent på sykehusene. Erfaringer fra tannhelsepersonell ved sykehusene i forsøksordningen viser at arbeidsområdet er stort og krever tannleger med både bred erfaring og særskilt opplæring for å ivareta oppgavene innenfor et tverrfaglig miljø i sykehus. Definisjonen av den sykehusodontologiske pasienten bygger på forutsetninger om at behandlingen bør gjennomføres på lavest mulig behandlingsnivå, samtidig vil det være behov for tannleger med bred kompetanse, til dels på spesialistnivå.

I Sverige har sykehusodontologien langt større utbredelse enn i Norge. Sykehustannleger utdannes ved en treårig videreutdanning i Orofacial medicin. Siden 2019 har denne videreutdanningen hatt status som godkjent spesialitet. Innholdet i utdanningen har overlapp med innholdet i MDO-utdanningen (vedlegg J3). Det er 70 spesialister i Orofacial medicin i Sverige i dag.

Samtidig som pasienter i norske sykehus har færre liggedøgn enn tidligere, behandles et stort antall pasienter kun poliklinisk. Tannhelsepersonell i sykehus kan avdekke orale problemer, men kan oftest ikke følge opp pasienten over tid. Det vil være behov for å gi pasienten behandling og oppfølging nærme hjemmet. Tannleger med MDO-kompetanse er egnet til å gi pasienter med behov nødvendig behandling på spesialistnivå der pasienten befinner seg.

Evalueringen av forsøksordningen sykehusodontologi (2019) foreslo en fase to med vekt på erfaringene fra forsøksordningen og få kartlagt systematisk hvilke pasienter som har størst behov og hvor stor andel og hvem som bør få utført orale helsetjenester i sykehus. En systematisk kartlegging med kliniske undersøkelser av pasienter i sykehus ble gjort i 2020. En sluttrapport med resultatene fra kartleggingen ble overlevert våren 2021 (PwC 2021a). Det har også blitt utført en systematisk kunnskapsoppsummering om sammenheng mellom oral helse og generell helse våren 2021 (Oslo Economics).

Overordnet formål for forsøksordningen har vært en kunnskapsoppbygging om behovet for orale helsetjenester i sykehus generelt, men også kunnskap om orale helsebehov relatert til grunndiagnoser, etablering av rutiner for pasientflyt, avgrensning av pasientgrupper med behov for orale helsetjenester som må utføres i sykehus, samt å beskrive type tannhelsepersonell i henhold til behandlingsbehov. Dersom ordningen videreføres vil det være behov for å utrede rettigheter for pasienter til orale helsetjenester i sykehus, utforme et egnet finansieringssystem som samsvarer med sykehusenes DRG-/ISF-systemer, et journalsystem som inkluderer orale helsetjenester i sykehusjournalen og en helhetlig oppbygging av tilbudet ved sykehusene.

Forsøksordningen sykehusodontologi har styrket tilbudet til deler av målgruppen for MDO-kompetanse, samtidig som sykehusodontologi per i dag er en forsøksordning med uavklarte langtidsutsikter. Jf. Prop. 1S (20212022) foreslås sykehusodontologi videreført utenfor rammene av en forsøksordning. Helse- og omsorgsdepartementet vil igangsette utredninger av organisatoriske, juridiske og finansielle spørsmål knyttet til sykehusenes oppgaver vedrørende pasienters orale helse. Det legges vekt på at mange pasienter har en helsetilstand der det er dokumenterte sammenhenger mellom oral helse om somatisk/psykisk helse.

Per i dag er det kun én MDO-tannlege ansatt i sykehus, ved UNN.

I Prop. 1S (20212022) foreslås det at sykehusodontologi ikke lenger skal anses som en forsøksordning. I så fall vil tjenestetilbudet bli å anse som et eksisterende tiltak.

Tverrfaglige team med forankring i kommunen

Sårbare pasienter kan ha nytte av at tjenestene opptre i team rundt dem (jf. Primærhelsemeldingen og Nasjonal helse- og sykehusplan 20202023). Primærhelseteam og oppfølgingsteam er to teambaserte strukturer som er beskrevet under pkt. 1.2. Begge team er under pilotering. Hvis en eller begge team videreføres kan de bli sentrale samarbeidspartnere for MDO-tannleger og annet tannhelsepersonell, både når det kommer til å identifisere behandlingsbehov og når det kommer til tverrfaglig og tverrsektoriell oppfølging av pasienter. F.eks. kan tannpleier være en sentral ressurs inn i oppfølgingsteam.

Fotnoter

[19] Som ved *eksisterende tilbud* regnes også *temporære tilbud* som en del av nullalternativet, jf. Utredningsinstruksen.

Eksisterende tiltak

[18]

Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket (tannhelsetjenesteloven § 1-1). Problemet som identifiseres i denne rapporten er at det finnes voksne pasienter i Norge i dag som av ulike grunner ikke har et tilfredsstillende behandlingstilbud i privat eller offentlig tannhelsetjeneste. Dette er en oppfatning som støttes av en rekke tannhelsefaglige miljøer, også fylkeskommunen selv ved ledere av den offentlige tannhelsetjenesten (jf. spørreundersøkelse desember 2019).

Pasientene som dette gjelder, er beskrevet innledningsvis i dette kapittelet (figur. 2.1).

Tannhelsepersonell i sykehus

Det er kun et mindretall av sykehusene i Norge som har tannhelsepersonell ansatt. Ved de fleste av disse sykehusene inngår tannhelsepersonell i den ordinære bemanningen som del av kjevekirurgisk avdeling. Som oftest er det tannleger med spesialisering i oral kirurgi og oral medisin, samt tannpleiere. Noen steder er det også allmenntannleger, tannhelsesekretær og spesialister i protetik, pedodonti og/eller kjeve- og ansiktsradiologi.

Haukland universitetssykehus (HUS) har hatt et etablert tannhelsetilbud siden 1980-tallet, som et samarbeide mellom den offentlige tannhelsetjenesten og helseforetaket. De fleste andre sykehus har avtaler med den offentlige tannhelsetjenesten eller privatpraktiserende tannleger om tilsyn av enkelte pasienter, særlig av pasienter som har pådratt seg skader i ansikt eller munnhule.

Orale helsetjenester som gis i sykehus er blant annet oral traumebehandling, tannbehandling i narkose og rehabilitering etter kreft i munnhulen. Det gjøres utredninger av infeksjonsfoci hos pasienter med infektøs endokarditt og andre pasienter med extraorale fjern abscesser (f.eks. i hjerne) som mistenkes å stamme fra munnhulen.

Utover dette er det ved noen sykehus avtaler mellom den offentlige tannhelsetjenesten og sykehuset om tannbehandling i narkose for pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Ved siden av et slikt ordinært tilbud foregår forsøk med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø i sykehus (sykehusodontologi), se pkt. 2.4.

Tilbud med økt kompetanse i sykehus og ved tannbehandling under narkose

Jf. tannhelsepersonell på sykehus bør tannhelsetjenester ved sykehus bli bedre utbygget og forsøksordningen sykehusodontologi på sikt utvikles til å bli et permanent tilbud.

Økt tilgjengelighet til orale helsetjenester i sykehus kan avhjelpe:

- et udekket behandlingsbehov hos enkelte pasientgrupper, for eksempel personer med rusproblemer og psykiske lidelser når det er grunner til at de bør gis behandling i sykehus – det er avdekket innenfor forsøksordningen at det er denne gruppen som har størst andel behandlingsbehov (PwC 2021a)
- risikable orale behandlinger
- sanering før operasjoner
- infeksjonssanering ved immunsupprimerende behandling, kreftbehandling og ved alvorlige infeksjoner med mistanke om orale infeksjonsfoci

- barn med kreft eller annen alvorlig sykdom
- et tilstrekkelig narkosetilbud for pasientgruppen.

Fotnoter

[18] Eksisterende tilbud er en del av nullalternativet. Nullalternativet er dagens tilstand og forventet fremtidig utvikling hvis tiltaket MDO ikke iverksettes, jf. Veileder i utredningsinstruksen.

Mulig fremtidig utvikling

Forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten

Som eneste helse- og omsorgstjeneste er den offentlige tannhelsetjenesten organisert i fylkeskommunen.

At tannhelsetjenesten per i dag befinner seg på et annet forvaltningsnivå enn andre helsetjenester kan gi noen utfordringer med å etablere samarbeid med resten av helsetjenesten i kommuner og med spesialisthelsetjenesten (Strand m.fl. 2021). Fjæra, Willumsen og Eide (2010) viser at tannhelsen til eldre med helsetjenester i hjemmet i liten grad blir fulgt opp av helse- og omsorgstjenesten, til tross for at stadig flere eldre har egne tenner og store behov for forebyggende og operativ behandling. De peker på at det trengs endring i organiseringen av tjenestene slik at det legges bedre til rette for at brukere/pasienter får god oppfølging i omsorgstjenesten og informasjon om sine rettigheter til tannhelsetjenester.

Det finnes samarbeidsavtaler og samarbeidsgenererende tiltak som har stor nytte. Formaliserte løsninger som sikrer et tverrfaglig samarbeid, vil være positivt for disse pasientene.

Noen prosesser som vil eller kan påvirke disse pasientene er:

- Anmodningsvedtak om en prøveordning med at kommuner kan overta ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten, jf. Prop. 71L (2016–2017)
- Oppfølging av prioriteringsutvalgets innstilling jf. Prop. 1S (2019–2020)
- Anmodningsvedtak om tannpleier i kommunen jf. Prop. 1S (2019–2020)

Flere fagmiljøer peker på at et tilgjengelig forebyggende og oppsøkende tilbud ville være et godt virkemiddel for at pasientene skal kunne nyttiggjøre seg av tannhelsetjenester. En ordning med tannpleier i kommunen vil kunne være et viktig tiltak for den aktuelle pasientgruppen (pkt. 4.1).

Vurdering av årsak til problemene – svakheter ved eksisterende tiltak

Pasientene som er i målgruppe for MDO-tannlege trenger gjerne koordinerte tjenester. Tilbudene som finnes er ikke designet med «én dør inn» og kan oppleves som fragmenterte. Tilbudene er levert av både private og offentlige ytere av tannhelsetjenester, og den samme pasienten kan falle inn og ut av finansierungsordninger, uavhengig av tannhelsefaglige behov. Fordi vederlagsfri tannbehandling for noen grupper (gruppe C, jf. tannhelsetjenesteloven) er en avledet rettighet kan pasienter oppleve å miste

rettigheter som de har hatt når vedtaket om helsetjeneste i hjemmet endres. Dette kan være pasienter som har store tannhelsefaglige utfordringer kombinert med andre psykiske og/eller somatiske utfordringer. For noen er det å måtte reise langt for spesialistbehandling ikke aktuelt, for andre er det tungtveiende at det er en tannlegespesialist som har hovedansvar for hele behandlingsforløpet. Det kan være hensiktsmessig at en MDO-tannlege planlegger tannbehandlingen og er bindeledd mot pasientens øvrige behandling i helsetjenesten.

Behovskartlegging tannlegespesialiteter

Helsedirektorater støtter en bred oppfatning i de tannhelsefaglige miljøene om at spesialistutdanning av tannleger bør tilstrebe å tilpasses et til enhver tid avdekket behov for kompetansen i befolkningen.

Data fra SSB (2020) gir en oversikt over antall spesialister (avtalte årsverk) i offentlig og privat tannhelsetjeneste (vedlegg K). Fagmiljøene som Helsedirektoratet har hatt dialog med ønsker at det gjøres en nasjonal behovsanalyse for hver enkelt av de odontologiske spesialitetene. Analyse av behov må sees i et helhetsperspektiv sammen med demografisk utvikling og regionale variasjoner. En slik oversikt bør oppdateres jevnlig og det administrative ansvaret foreslås å tillegges Helsedirektoratet ved samordningsgruppen for spesialistutdanning. SSB leverer per i dag regelmessig data om avtalte årsverk i offentlig helse- og omsorgstjeneste. På bakgrunn av dette kan det gjøres framskrivninger av behov for personell for profesjoner og helsetjenester som allerede eksisterer. Framskrivningene setter alders- og brukerfrekvens opp mot ventet demografisk utvikling.

Både Helsedirektoratet og fagmiljøene ønsker en overvåkning av hvilket tannhelsepersonell som til enhver tid finnes. Kommunalt pasient- brukerregister (KPR) er under utvikling (pkt. 1.2). Registeret forventes å gi ny og viktig informasjon om befolkningens tannhelse og også om kompetansebehov. Etterspørsel etter denne type data ble pekt på i Helsedirektoratet sin rapport *Spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell* (2018) med KPR er man her nærmere en løsning.

En arbeidsgruppe tilknyttet MDO har sett på en metode for å angi behov for odontologiske spesialister (pkt. 9.4). Arbeidsgruppen konkluderte med at spørsmålene som brukes i vurderingen av etableringen av en ny nasjonal helsetjeneste[20] også kan være egnet når det kommer til vurdering av behov for MDO-kompetanse og for de øvrige spesialitetene:

1. Hvilken pasientgruppe er spesialiteten tenkt å betjene?
2. Gir behandling i spesialiteten helsemessig gevinst?
3. Kan effekten oppnås på annen måte?
4. Kan ny spesialitet sikre jevnt geografisk tilbud av tannhelsetjenester?
5. Er ordningen kostnadseffektiv?

Fotnoter

[20] F.eks. brukt ved etablering av Nasjonal behandlingstjeneste for uavklarte smerter i ansikt og kjever ved HelseBergen.

Hva vil vi oppnå?

Pasienter med store og sammensatte behandlingsbehov må ha et tilfredsstillende tilbud, både for pasientenes egen nytte (individnivå) og fordi samfunnet har som oppgave å ivareta befolkningens helse (systemnivå). Et godt tilbud med riktig kompetanse kan bidra til at disse pasientene oppnår større mestring av flere dimensjoner i livet. Dette er personer som «får livet tilbake» og slipper å leve med smerter og sosiale handikap (jf. prioriteringskriteriene pkt. 1.2). Foreløpige erfaringer fra det tilrettelagte tannhelsetilbudet til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling/odontofobi ([TOO](#)) indikerer nettopp dette (pkt. 3.3).

Personene nevnt over bør ha lik tilgang til et tilrettelagt tilbud som kan tilpasses den enkelte. Hovedelementer i et slikt tilbud kan være:

- tilgjengelighet
 - reisevei
 - kapasitet/ventetid
 - økonomi /finansiering
- kompetanse
 - tannhelsepersonell (allmenntannlege, tannpleier)
 - MDO-tannleger
 - tannlegespesialister
- samarbeid, samhandling og rådgivning
 - mellom MDO-tannleger/andre godkjente spesialister og tannhelsepersonell på pasientens lokale klinikk
 - mellom MDO-tannleger/tannhelsepersonell og personell i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Hva er et tilfredsstillende tilbud?

For pasienter som er målgruppe for MDO-tannlege er det særlig viktig at det er tilgang til et individtilpasset tilrettelagt tilbud. Det vil variere hva som er nødvendig tilrettelegging.

Bedre utbygde tannhelsetjenester kan innebære:

- gjøre kjent eksisterende tilbud
- fokus på forebyggende tannbehandling
- kontinuitet i oppfølging og innkalling
- minimering av reisetid til behandlingstilbud
- tilgjengelig riktig tannhelsefaglig kompetanse
- kompetansehevende tiltak for tannhelsepersonell
- bedre geografisk spredning av spesialistkompetanse
- tilgang til MDO-kompetanse for sammensatte behandlingsbehov
- godt samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester
- vederlagsfrie tannhelsetjenester eller egenbetaling på et akseptabelt nivå.

Et eksisterende tilbud

Også NTF er opptatt av at det bør legges til rette for god geografisk spredning av både allmenntannleger og spesialister. Helsedirektoratet har dessuten fokus på tilstrekkelig oppbygging av tannpleierkompetanse. I noen fylker eller geografiske områder fungerer det eksisterende tilbudet til dels etter intensjonen også for MDO-pasientene. Tannhelsetjenesten med erfarne allmentannleger, tannpleiere og spesialisttannhelsetjenesten både på kompetansesentre, i fylkene for øvrig og i privat tannhelsetjeneste bidrar til at det flere steder i landet finnes et tilbud for disse pasientene.

Samtidig er det ikke alltid at pasientene kan nyttiggjøre seg av de tilbudene som finnes. Skrøpelige eldre kan for eksempel mangle initiativ til å oppsøke tannhelsetjenesten grunnet helseforhold eller transportforhold, mangel på universell utforming på tannklinikken eller manglende relasjoner til tannhelsepersonell (Strand og Kvalheim 2020).

For noen pasienter er også økonomi en barriere for å kunne ta imot nødvendig behandling (pkt. 3.2).

Helsedirektoratet har spurt henvisere i tre fylker der det finnes MDO-tannleger hvordan de ser på tilbudet til de pasientene som er målgruppe for MDO-tannlegene.

I følge dette personellet i fylker som har MDO-tannleger ansatt hadde pasienter med omfattende behov for tannbehandling, ofte knyttet til medisinske og/eller psykiatriske problemer, nedsatt funksjonsevne, atferdsproblemer og/eller geriatrisk problematikk i noen (40,3 prosent) eller i stor grad (40,3 prosent) et tilfredsstillende tilbud i 2019. En liten andel mente at de overhodet ikke hadde et tilbud (3,2 prosent), mens en noe større andel mente at de i liten grad hadde et tilbud (9,7 prosent) 6,5 prosent mente at de hadde et fullverdig tilbud (vedlegg F).

Utfordringer ved dagens tilbud

Allmenntannleger kan oppleve usikkerhet i møte med disse pasientene grunnet utilstrekkelig odontologisk, medisinsk og/eller psykologisk kompetanse.

På grunn av prioritering av andre grupper som har rettigheter i tannhelsetjenesteloven, som barn og unge (gruppe A), kan det være vanskelig å sette av tid til MDO-pasientene.

Lav lønnsomhet og liten interesse for de angitte pasientene kan medvirke til at tilbudet ikke er bedre. Dette er pasienter som ofte har svak betalingsevne samtidig som de gjerne har et stort behandlingsbehov. Pasientene kan dessuten gjerne være vanskelige å behandle raskt og effektivt. Tannlegen må ofte sette av betydelig mer tid til en gitt prosedyre for disse pasientene enn for voksne betalende pasienter. Grunnet disse mekanismene blir lønnsomheten for behandler dårligere enn ved behandling av andre voksne pasienter.

Sosial ulikhet i tannhelse

Det finnes generelt lite data om tannhelsen i den voksne befolkningen i Norge. Noen befolkningsundersøkelser – Helseundersøkelsen i Trøndelag og Tromsø-undersøkelsene – har gitt data om voksenbefolkningens tannhelse. Det er samlet inn data i undersøkelsene HUNT4 i Trøndelag og HUSK3 i Hordaland. Det foregår en pilotering av innsamling av ulike helsedata, herav tannhelsedata, gjennom etableringen av registeret KPR (pkt. 1.2). KPR vil gi nye muligheter for kobling av ulike data, som gjør det enklere å avdekke trender på gruppenivå.

Samtidig som tannhelsen i Norge blir stadig bedre er det noen tendenser det kan være verdt å merke seg (jf. FHI 2009):

- Omlag 90 prosent av rekruttene i Norge hadde *akseptabel tannhelse*, mens 10 prosent hadde *dårlig tannhelse* (data fra 2008).
- Andelen eldre med egne tenner har økt, men en betydelig andel av eldre har smerter og/eller spisevansker.
- Nord-Norge hadde den laveste andelen hjemmeboende eldre med egne tenner og den høyeste andelen med protese.
- Nær halvparten av rusavhengige hadde ikke *akseptabel tann- og munnhelse*, 72 prosent hadde *smerter/plager* og om lag 100 prosent hadde behov for tannbehandling (jf. data fra 2001/2003).
- Personer med dobbeltdiagnose (rusavhengighet/psykiatri) i aldersgruppen 30-39 år hadde i gjennomsnitt åtte kariøse tenner (data fra 2006/2008). Til sammenligning hadde 35-44-åringene i Trøndelagsundersøkelsene (2006) i gjennomsnitt 0,8 kariøse tenner.
- Ut fra rapporteringen på tilskudd til TOO-tilbudet i 2018/2020 hadde 3848 prosent av pasientene stort tannbehandlingsbehov, 3138 prosent hadde middels behandlingsbehov og 2126 prosent hadde lite behandlingsbehov.[21]

Her er det sammenfall med pasienter for MDO-tannlege (vedlegg E2) og flere av disse pasientene vil av ulike grunner kunne betegnes som «svake etterspørre av helsetjenester». Det finnes svake etterspørre blant personer med lav inntekt, og dårligere helse er vanligere i denne gruppen enn ellers i befolkningen. Sosioøkonomiske helseforskjeller danner en gradient gjennom befolkningen (pkt. 2.2). Dette vil si at det er en lineær sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse: litt bedre sosioøkonomisk status gir (statistisk sett) litt bedre helse.

Sosial ulikhet knyttes til yrke, utdanning og inntekt. Sosiale ulikhet i helse beskrives som systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier. Sosial ulikhet i tannhelse knyttes særlig til betalingsevne, og MDO løser ikke dette. Tilgjengelighet for sårbare grupper kan knyttes til sosial ulikhet, men da må finansiering ligge til grunn. TOO-tilbudet kan bidra til å redusere sosial ulikhet i tannhelse når finansiering ikke er en barriere, men da må det finnes et tilbud som er geografisk tilgjengelig.

For pasienter som har rettigheter i tannhelsetjenesteloven kan etableringen av et behandlingstilbud bidra til å redusere sosial ulikhet i tannhelse. Likeledes for pasienter som får refusjoner fra folketrygden, gitt at de har betalingsevne til å dekke en egenandel.

Tannhelsemiljøer har pekt på at for en del pasienter fungerer dårlig betalingsevne som en barriere fra å motta en tannbehandling som gir *akseptabel oral helse* (God klinisk praksis i tannhelsetjenesten (2011)). For å kunne gi et fullverdig tannbehandlingstilbud kan det være behov for å redusere eller fjerne betalingsevne som barriere.

Både Helsedirektoratet og de odontologiske fagmiljøene mener at en gjennomgang av tannhelsetjenestens organisering og finansiering er nødvendig for å komme frem til gode løsninger for en riktig fordeling av offentlig finansierte tannhelsetjenester, sikre økt tilgjengelighet og redusere sosiale ulikheter i tannhelse (pkt. 2.2). En slik utredning kan få konsekvenser for en rekke av tiltakene som omtales i denne rapporten (pkt. 1.1/ pkt. 4.1). Det er gitt flere oppdrag som må ses i sammenheng med en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesteloven og folketrygdens stønadsordning (pkt. 1.1).

Folketrygden gir ikke full stønad for tannbehandlingskostnader selv om pasienten har rettighet etter et av innslagspunktene i trygden (vedlegg I), da det påløper egenandeler i henhold til regelverket og egenbetaling som følge av fri prissetting for tannhelsetjenester (offentlig og privat). Mange av disse pasientene trenger et gratis tilbud for å kunne motta helsehjelp, og i mange tilfeller er en plan for oppfølging av helsehjelpen viktig.

Fagmiljøene peker på følgende tiltak:

- a. En gjennomgang av organisering og finansiering av tannhelsetjenesten
- b. Kompetansehevede tiltak:
 - i. Styrking av grunnutdanningen
 - ii. Styrking av etterutdanning
 - iii. Ny spesialistutdanning med breddekompetanse
- c. Etablering av et oppsøkende og forebyggende tilbud i samarbeid med den kommunale helsetjenesten, slik som tannpleier i kommunen
- d. Etablering av en nasjonal faglig retningslinje for tannbehandling av eldre
- e. Alternativt tiltak, tilsyn med institusjonene. Bred satsing på institusjonstilsyn (gruppe C1 i tannhelsetjenesteloven)

Disse tiltakene vil bli nærmere gjennomgått i kapittel 4.

Tannhelse hos voksne med ikke-vestlig bakgrunn

Med lite tannhelsesdata om voksenbefolkningen er det også lite data om voksne med ikke-vestlig bakgrunn. En undersøkelse (data Oslo 2003 jf. FHI 2009) viser at voksne med ikke-vestlig bakgrunn var overrepresentert blant de med alvorligste grad av tannkjøttsykdommen periodontitt.

Noen studier nasjonalt og internasjonalt viser at hos en andel barn med ikke-vestlig bakgrunn er tannhelsen dårligere enn hos barn i majoritetsbefolkningen (FHI 2009, Sosialstyrelsen 2013). Sosialstyrelsen peker på at det er en sammenheng mellom barn sin tannhelse og foreldrene sin tannhelse. Barn med foreldre som er innvandrere fra land utenfor Norden og Vest-Europa sammen med andre sosioøkonomiske indikatorer som at familien mottar økonomisk bistand fra det offentlige, at foreldrene sin høyeste utdanning er grunnskoleutdanning, at foreldrene er unge og at de selv har dårlig tannhelse har økt risiko for å få karies (Sosialstyrelsen 2013). Dette indikerer at disse foreldrene er mer disponert for dårligere tannhelse enn foreldre i den øvrige befolkningen.

Det er rimelig å anta at voksne med ikke-vestlig bakgrunn er representert i alle deler av målgruppen for MDO-tannlegen (figur 2.1).

Fotnoter

[21] Grunnlag for data: Behandlere anslår *tannbehandlingsbehovet* for pasienter som er under behandling og ferdigbehandlet som «lite», «middels» eller «stort». *Tannbehandlingsbehovet* er ikke operasjonalisert, det angis ut fra en skjønnsmessig vurdering.

Angstbehandling

Noen pasienter i målgruppen trenger å forebygge tannbehandlingsangst som barriere for å ta imot et behandlingstilbud, og noen trenger behandling av andre psykiske lidelser/tilstander for å kunne motta tannbehandling.

Et tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling/odontofobi ([TOO](#)) er under oppbygging i alle fylker. Ventetidene for behandling er jevnt

over for lange og tilbudet bør videreutvikles. Det fylkeskommunale tilbudet til TOO-pasienter er evaluert våren 2021 (PwC 2021b). Evalueringen viser at TOO er et viktig tilbud for personene i målgruppen som i tillegg til å bidra til bedre tannhelse også bidrar til livsmestring.

I de tilfeller hvor disse pasientene trenger behandling av en tannlegespesialist ville MDO-tannlege være godt egnet. For TOO-pasienter med problemer med relasjonsbygging kan bytte mellom ulike spesialister være til hinder for å motta adekvat odontologisk behandling. Se også pkt. 4.1.

Forebygging, behandlingsplanlegging og oppfølging

Tilbudet til pasientene som er i målgruppen for MDO-tannlege bør vektlegge forebygging. Forebygging er viktig både ved oppfølging på klinikk hos tannhelsepersonell og ved opplæring i daglig forebyggende tann- og munnstell. Dette for at pasientene skal oppnå best mulig tannhelse i et livsperspektiv og for at kostnadene både for pasientene og samfunnet holdes så lave som mulig. Dette er ellers gjerne utfordrende pasientgrupper å behandle, ofte med avansert og omfattende behandling som medfører store kostnader. Derfor er det viktig med et varig tannbehandlingstilbud som følger opp de forebyggende tiltakene for hver enkelt pasient, og at alle kategorier tannhelsepersonell samarbeider med øvrig helsetjeneste om aktuelle helsefremmende tiltak for pasientene.

Behandlingsplanlegging og vurdering av prognose i samarbeid med pasienten, pårørende eller helse- og omsorgspersonell, er en vesentlig del av et godt tilbud. Dette for å sikre kvaliteten på behandlingen og riktig tidsbruk, også for å unngå å gå i gang med unødvendig avansert tannbehandling.

Samarbeid med andre helsetjenester

MDO-tannlegen kan bidra til samordning mellom tannhelsetjenesten og andre helsetjenester, uavhengig av forvaltningsnivå, slik at pasienter får koordinerte helsetjenester tilpasset sine behov, dette i tråd med Primærhelsemeldingen (2014).

For å nå pasienter som gjerne selv ikke oppsøker tannhelsetjenesten, vil et samarbeid med kommunehelsetjenesten kunne bidra til å identifisere pasienter med behov og eventuelle rettigheter, jf. den nasjonale faglige retningslinjen *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov* (2017). Et tilgjengelig tilbud i kommunen f.eks. tannpleier i kommunen, nevnes av flere som et riktig bidrag for å gi disse pasientene et godt tilbud (pkt. 4.1). Her kan også primærhelseteam og oppfølgingsteam (pkt. 1.2) være sentrale i å avdekke behov for tannhelsefaglig behandling. Hvis disse pilotprosjektene videreføres trenger den offentlige tannhelsetjenesten en formalisert tilknytning til disse teamene.

Allmenntannlegens kompetanse

Det krever allsidig klinisk erfaring for å behandle pasienter med store og sammensatte utfordringer både med oral og generell helse som er beskrevet i denne rapporten. En del allmenntannleger opplever at de har for liten erfaring med pasientgruppen og at det krever mye tid å gi disse pasientene et fullgodt tilbud. Det kan stilles spørsmål ved om en nyutdannet tannlege er klar til å ta et selvstendig ansvar for pasientgruppen. Det er viktig med kunnskap også for å få fokus på og interesse for disse pasientene.

En erfaren allmenntannlege kan få bred kompetanse gjennom klinisk arbeid og være en ressurs for pasientgruppen. En slik erfaringsbasert kompetanse vil likevel bli mindre systematisk og kan ikke erstatte et formalisert akademiskvitenskapelig fagnivå som erverves gjennom en spesialistutdanning (jf. pkt. 8.2).

For deler av pasientgruppen kan det være en god løsning at allmenntannleger i offentlig og privat tannhelsetjeneste får rådgiving av relevant spesialist. MDO-tannlegen vil være godt kvalifisert til å gi slik rådgivning. Se ellers pkt. 4.1 og vedlegg N om styrking av grunnutdanningen.

MDO-kompetanse i sykehus

En multidisiplinær spesialist er en nyttig ressurs for dialog og samarbeid innen spesialisthelsetjenesten. Tannleger og MDO-tannleger som har erfaring med denne pasienter i sykehus mener at MDO-kompetanse vil kunne sikre helhetlig tilnærming til målgruppen.

Det er dessuten vesentlig med riktig kompetanse i dialog med leger ved behandling av pasientkasus der tannbehandling er en nødvendig del av den medisinske behandlingen, eller der den medisinske kompleksiteten hos pasienten gjør at egnet tannbehandling ikke lar seg gjennomføre utenfor sykehus. Fagmiljøene ved UiB og UiO påpeker at tverrfaglig samhandling i sykehus er krevende og at det er nødvendig med praktisk erfaring for å beherske kommunikasjon og ha god kjennskap til sykehusjournalene. En multidisiplinær spesialist kan bidra til bedre kommunikasjon mellom tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for somatisk og psykisk helse, da medisinsk kompetanse og samarbeidskompetanse er en viktig del av MDO-utdanningen.

Universitetene er av den oppfatning at det er nødvendig med klinisk praksis i sykehus som en del av MDO-utdanningen, ikke kun hospitering. De mener at det bør vurderes en lignende modell med sykehusjeneste som ved utdanning av spesialister innen fagområdet oral kirurgi og oral medisin.

Antall MDO-tannleger

Helsedirektoratet vektlegger at pasientene vil tjene på å ha dedikert personell med interesse og god kunnskap. For å oppnå dette fullt ut kreves det kompetanse, erfaring, tilrettelegging fra arbeidsgiver samt støtte til å bruke tid på disse pasientene.

Innspill fra ledere i den offentlige tannhelsetjenesten

Et flertall av ledere i den offentlige tannhelsetjenesten[22] som ble forespurt i november 2019, ser behov for MDO-kompetanse (vedlegg H1). Det er flere ledere som mener det er behov for denne kompetansen nå enn ved undersøkelsestidspunktet for Oxford Research sin undersøkelse i 2015 (vedlegg H1). Fem ledere har tannleger med MDO-kompetanse ansatt, mens fire ledere har konkrete planer om å ansette tannleger med kompetansen.

På undersøkelsestidspunktet (høst 2019) var det usikkerhet i den offentlige tannhelsetjenesten knyttet til regionsreformen. Den offentlige tannhelsetjenesten var under omorganisering i flere fylker, og 19 regionale tannhelsesjefer skulle reduseres til 11. Det var dessuten et generasjonsskifte ved at flere tannhelsesjefer var i ferd med å gå av med alderspensjon. Helsedirektoratet har observert at det i en del regioner over en periode har vært en avventende holdning til etablering av nye stillinger og andre kompetansetiltak.

Helsedirektoratet gjorde en ny undersøkelse med 11 regionale tannhelsesjefer i 2021. Undersøkelsen viser at ledere kan tenke seg å ha til sammen 26-29 MDO-tannleger ansatt i faste stillinger. Det er stor variasjon mellom fylkene jf. tabell 3.1. Blant tiltak som kan stimulere til at det opprettes faste stillinger nevnes:

- Lønnstilskudd for kandidater under utdanning – finnes allerede en tilskuddsordning for dette når kandidaten har avtale med offentlig arbeidsgiver
- Tilskudd til bostøtte for kandidater under utdanning
- Strukturelle forhold ved utdanningen:
 - at utdanningen tilbys på flere steder i Norge
 - at det gis tilskudd til tilrettelegging av en eventuell ekstern klinikk (hjemmeklinikk)
- Tilskudd til opprettelse av stillinger – finnes en tilsvarende tilskuddsordning for etablering av stillinger for spesialister i pedodonti
- Utvidete finansielle rettigheter for pasientene – helt eller delvis dekket tannbehandling

Helsedirektorater mener at følgende må vurderes:

- hvilke tilskuddsordninger som eventuelt skal benyttes for å stimulere til at fagområdet etableres
- konsekvenser for andre tilskuddsmottakere som mottar midler over kapittel 770 tannhelsetjenester i statsbudsjettet dersom nye tilskuddsordninger etableres.

Innspill fra universitetene

Det er per i dag odontologisk grunn- og spesialistutdanning ved universitetene UiB, UiO og UiT. Det er enighet blant disse universitetene om at det finnes pasienter som ikke får den behandlingen de har behov for, jf. problemformuleringen i denne rapporten og gjeldende føringer for akseptabel tannhelsestatus.[23]

Jf. UiT er formålet med utdanningen i MDO:

- a. Å dekke behovene for spesialistkompetanse (breddekompetanse) utenfor de største befolkningssentra i landet. En smal spesialist kan ikke jobbe fullt med henviste pasienter i alle deler av landet. Dette vil være en rasjonell organisering. MDO-tannleger er også godt kvalifiserte til å være klinisk veiledere for grunnutdanningsstudenter som har klinisk praksis utenfor studentklinikken.
- b. Å dekke behovene for odontologisk breddekompetanse (klinisk og teoretisk) knyttet til medisinsk- og/eller psykiatrisk problematikk (inkludert TOO), nedsatt funksjonsevne, atferdsproblemer og/eller geriatrisk problematikk.
- c. Å kunne jobbe som sykehustannlege.

I Helsedirektoratet sin dialog med ledelsen ved universitetene (2020/2021) kom det frem at alle tre gitt rette rammevilkår er positive til å tilby MDO-utdanningen dersom det blir bestemt at dette skal opprettes som en fremtidig spesialitet. Det vektlegges at det kan være et potensiale i en synergieffekt i samhandling med og utvikling av grunnutdanningen. En spesialitet i MDO kan også bidra til å gi økt fokus på pasientene som er målgruppe for MDO-tannlegen i grunnutdanningen.

Universitetene peker på at etableringen av en MDO-spesialitet vil gi økt interesse for å forske på medisinske og odontologiske komplekse pasientgrupper. Det vurderes å være et stort behov for økt kunnskap om pasienter som omfattes av spesialiteten (figur 2.1).

Innspill fra sykehusodontologimiljøene

Forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø i sykehus (sykehusodontologi) er nærmere omtalt under pkt. 2.4. Sykehusene i forsøksordningen[24] ønsker å videreføre driften utover prosjektperioden som strekker seg til utgangen av 2022. Ved en videreføring ønsker sykehusene å opprettholde dagens bemanning, eventuelt øke bemanningen. Hvis det skal gjøres nyansettelser formidler flere av virksomhetene at tannleger med MDO-kompetanse vil være sterke kandidater. Dette fordi kompetansen regnes som svært relevant for tjeneste i sykehus. Lovisenberg Diakonale Sykehus er tydelige på at de har god bruk for tannleger med mer formell kompetanse enn grunnutdanningsnivå i fagområdene endodonti, periodonti og protetik. St. Olavs hospital anser MDO-kompetanse som skreddersydd for sykehusstilling, med vekt på fagområdene oral kirurgi, endodonti og til dels avansert protetik. De odontologiske sykehusmiljøene har erfaring med at det tar tid og er krevende å tilegne seg en tilsvarende kompetanse i egen regi.

Innspill fra NTF med spesialistforeningene

NTF kjenner til pasientgruppen som beskrives i rapporten. NTF påpeker at i årene som kommer vil flere leve lenger med egne tenner, samtidig som flere vil leve med sykdom eller overleve sykdom og som en konsekvens leve med bivirkninger/ettervirkninger av sykdom eller behandling. NTF har pekt på at det finnes pasienter med sammensatte behov og store utfordringer på ulike områder (psykiatri, medisiner mm.) som trenger tannbehandling, og de etterlyser derfor bedre organisering og finansiering av tannhelsetjenester. De stiller spørsmål ved om utfordringene lar seg løse ved å etablere en ny spesialitet. NTF anser at en spesialitet skal være en dybdekompetanse og at fagområdet MDO derfor ikke bør bli anerkjent som en godkjent spesialitet. Helsedirektoratet har utdypet premissene for status som spesialitet under pkt. 8.1.

NTF har påpekt at det kan være behov for økt kompetanse for å behandle utfordrende pasientgrupper, men mener i utgangspunktet at dette burde være pasienter som allmenntannlegene selv kan behandle, eventuelt i samarbeid med spesialister fra de etablerte spesialitetene.

Innrapporterte behov for MDO-tannleger

Helsedirektoratet har etter undersøkelser og intervjuer laget et estimat for hvor mange MDO-tannleger det kan være behov for. Her er det viktig å merke seg at tall for MDO-tannleger innenfor sykehusodontologi ikke er tatt med i summeringen. Dette fordi det per i dag ikke er besluttet hvorvidt sykehusodontologi skal etableres som en permanent ordning, selv om det er foreslått i Prop. 1S (20212022). Hvis ordningen videreføres signaliserer sykehusodontologimiljøene at MDO vil være en relevant kompetanse ved nyansettelser. Samtidig er det mye behandling ved sykehus som kan og bør foregå på et lavt behandlingsnivå. Det kan være aktuelt for sykehus å ha ansatt MDO-tannleger i delte stillinger, og at MDO-tannlegen har stillingen i kombinasjon med for eksempel universiteter eller odontologiske kompetansesentre.

Tabell 3.1. Behov for MDO-tannleger, etter innrapportering fra ledere i den offentlige tannhelsetjenesten og ved universitetene

Type arbeidsgiver	Antall MDO-tannleger hos hver arbeidsgiver	Sammenlagt (absolutte tall)
Universitetene. Intervjuer 2020-2021.	Én MDO-tannlege hos hver arbeidsgiver	3
Fylkeskommunene (11 fylker). Undersøkelse med	Variasjon, mellom 0 og 4 MDO-tannleger i hvert fylke, hvorav de fleste fylker har svart én. Et fylke har svart ingen.	

ledere av den offentlige tannhelsetjenesten 2021.	To ledere som er nye i stillingene vår 2021 har svart at det er for tidlig for dem å gi et anslag.	22-25*
Odontologiske kompetansesentre (5 stk.). Undersøkelse ledere den offentlige tannhelsetjenesten 2019.	Én MDO-tannlege hos hvert kompetansesenter. Ett kompetansesenter har svart 0.	4
Sykehus	**Ingen tall per i dag: Sykehusodontologi er en forsøksordning (ut 2022). Hvis sykehusodontologi blir en permanent ordning er det interesse for MDO-kompetanse ved nyrekruttering.	**
Behov for MDO-tannleger, et forsiktig anslag		29-32 + eventuelle behov ved sykehus

**Inkluderer de MDO-tannlegene som allerede er ansatt i den offentlige tannhelsetjeneste.*

Noen tannhelsesjefer ser per i dag for seg å ha en MDO-tannlege tilsatt i hvert distrikt (vanligvis mellom tre og åtte distrikter), andre én i sin region. Ledere i de tre nordligste fylkene ser stor gevinst i å ha én MDO-tannlege i hvert distrikt i sine regioner.

Langsiktig estimert behov for MDO-tannleger

Framskrivning av behov for en kompetanse vil vanligvis ta utgangspunkt i et allerede etablert tjenestetilbud. En slik framskrivning tar hensyn til demografiske utviklingstrekk i befolkningen, som f.eks. alderssammensetning og flyttemønstre. Når det gjelder MDO-tannleger har man i dag så få tannleger som er utdannet at det vil være vanskelig eller umulig å benytte etablerte metoder for framskrivning.

Erfaring fra etablering av fagområdet pedodonti i Norge har vist at etterspørselen kommer når tilbudet er etablert (Skeie m.fl. 2021). Det samme kan sies om tilbudet med et tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi) (TOO). Det kan være hensiktsmessig å estimere et fremtidig behov ved etablering og oppbygning av et nytt fagområde MDO. En mulig metode er å ta utgangspunkt i henvisningspraksis i områder som har MDO-tannlege tilgjengelig. Utfra disse dataene kan man gjøre en grov beregning av behov for MDO-kompetanse. For at beregningen skal bli god bør den baseres på et visst antall MDO-tannleger. En slik beregning kan gjøres for alle godkjente spesialistutdanninger ved planlegging av riktig fremtidig dimensjonering.

I Sverige er Orofacial medicin (se beskrivelse i vedlegg J3) blitt en odontologisk spesialitet ved at *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringsstjänstgöring, HSLF-FS 2017:77* trådte i kraft 1 juni 2018. Hitill har Socialstyrelsen godkjent ca. 70 spesialister i orofacial medicin (sykehustannlegene).

Helsedirektoratet anbefaler ut fra en totalvurdering at det legges til grunn et behov for 3034 MDO-tannleger for planleggingen initialt (jf. tabell 3.1). Etter noen år bør det gjøres en behovsvurdering som er basert på data fra flere MDO-tannleger. Behovet antas å øke på lengre sikt når ordningen er etablert, jf. erfaringer med andre tilbud, men det vil avhenge av flere forhold som det vil redegjøres for i de følgende kapitlene.

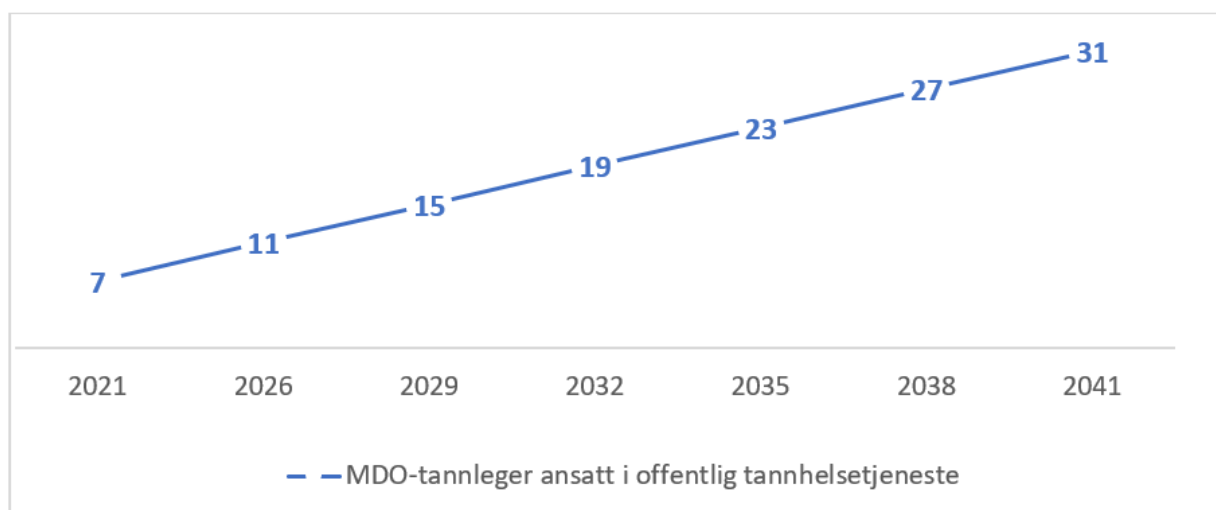
Registeret KPR er under etablering vil gi tilgang til data fra tannhelsefeltet som igjen kan avdekke et behov for tjenester (pkt. 1.1). Med data fra KPR vil man kunne planlegge dimensjonering av de ulike odontologiske spesialitetene sett opp mot flere faktorer slik som geografisk fordeling.

Siden MDO-tannlegene trenger å ha tilstrekkelig med pasienter for å opprettholde kliniske ferdigheter, kan det være hensiktsmessig å bygge opp tilbudet gradvis og i takt med at behovet identifiseres. Praktiske og andre forhold tilsier også at en gradvis oppbygging er fornuftig. Helsedirektoratet mener at det er viktig at MDO-kompetansen til enhver tid er riktig dimensjonert og best mulig geografisk fordelt. Både Helsedirektoratet og universitetene tilrår at MDO-tilbudet bygges opp gradvis, med to parallelle kandidater på de utdanningsvirksomhetene som tilbyr utdanningen.

Gradvis oppbygning av fagområdet MDO

Under gitte forutsetninger kan man anslå etableringen av fagområdet MDO:

- MDO-utdanningen foregår ved godkjente utdanningsvirksomheter. Utdanningen kan komme i gang når læringsmål for MDO er vedtatt, som del av ny forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for tannleger
- oppnådde og godkjente læringsmål gjennom ulike læringsaktiviteter er grunnlaget for spesialistgodkjenning
- finansiering av utdanningen bør foregå på samme måte og samme nivå som for de øvrige odontologiske spesialistutdanningene
- MDO-utdanningen er en fulltidsutdanning over tre år (evt. et annet antall år jf. gjeldende forskrift)
- det utdannes MDO-tannleger i tilknytning til flere utdanningsvirksomheter som har tannlegeutdanning
- det går to parallelle kandidater i tilknytning til hver utdanningsvirksomhet som tilbyr utdanningen (til sammen fire parallelle kandidater), det tas opp nye kull umiddelbart etter at et kull er uteksaminert
- nasjonal komite for spesialistutdanning bør ha ansvar for behovsvurderinger og plan for antall utdanningsstillinger for tannleger i spesialisering (jf. rapport).



Figur 3.1. Estimat for antall MDO-tannleger ansatt i offentlig tannhelsetjeneste frem til 2041*

*I dette estimatet er det ikke tatt høyde for at noen MDO-tannleger i løpet av tidsrommet 2021-2041 vil gå av med alderspensjon. Hvis MDO-tannlegene som er utdannet i snitt er 40 år i 2021 vil de i snitt være 67 år i 2046.

Hvis man tar høyde for alderspensjon ved fylte 67 år får man en noe flatere kurve etter hvert som noen av de første som er utdannet når pensjonsalder (ca. 2040).

Fotnoter

[22] Ledere i den offentlige tannhelsetjenesten i undersøkelse 2019 består av 17 regionale ledere (tidligere fylkestannleger) og to ledere for tannhelsetjenestens kompetansesentre. To av fem kompetansesentre hadde ikke fungerende ledere per november 2019, ett kompetansesenter var under avvikling og deltok ikke i undersøkelsen. Den offentlige tannhelsetjenesten i Hedmark og Oppland var under felles ledelse, selv om fylkessammenslåingen ikke ble iverksatt før januar 2020.

[23] Nasjonal veileder God klinisk praksis i tannhelsetjenesten.

[24] De som er intervjuet er: avdelingssjef ved TAKO-senteret (Lovisenberg), seksjonsleder sykehusstannklinikken (Lovisenberg), avdelingssjef ved kjevekirurgisk avdeling (HUS), prosjektleder sykehusodontologi (UNN), avdelingssjef avd. for kjeve- og ansiktskirurgi (St. Olavs), prosjektleder sykehusodontologi (St. Olavs.), jf. vedlegg D.

Helhetlig tenkning

Skal pasientene som er målgruppen for MDO-tannlege rehabiliteres til akseptabel oral helse kreves det et helhetlig behandlingsløp. I dagens situasjon kan det for noen av ulike årsaker bli mye akuttbehandling på grunn av oppsamlet behandlingsbehov. Personer med lav inntekt og personer som mottar stønad har flere akutte tannlegebesøk enn andre (SSB 2010).

Data samlet inn i spørreundersøkelse blant MDO-tannlegene viser bredden i typer kasus de får henvist:

- Tverrfaglige vurderinger
- rus
- traume
- vurdering: Protetikk / kjeveortopedi som behandlingsløsning
- smerter.

Flere av MDO-tannlegene jobber i distrikt med lang avstand til godkjente spesialister. Den voksne befolkningen i distrikt-Norge kan ha nytte av MDO-tannleger for spesialistbehandling der de ellers måtte ha reist langt for å komme til ulike godkjente spesialister. Uavhengig av geografisk område og tilgjengelighet til andre spesialister kan det være nyttig med en tannlegespesialist med fordypning og bredere allmenntannlegekompetanse. En vesentlig andel av behandlingene dreier seg om sammensatte odontologiske problemstillinger (vedlegg E7 og E8). Etter dette følger oralmedisinsk/oral kirurgisk og periodontisk behandling. En mindre andel av behandlingene er sammensatte tverrfaglige behandlinger eller kariesbehandling.

- Kategorien «protetikk og bittfysiologi» rommer egne henvisninger for bittfysiologi, herav blant annet diffuse smertekasus.
- Faktorer som påvirker hvilke behandlinger den enkelte MDO-tannlege gir er:
 - Hvilke øvrige spesialister som er representert i tannlegens geografiske område
 - reisevei for pasienten for å komme til tannlegespesialist eller kompetansesentre
 - hvilke behandlinger som tannlegen føler seg kompetent til å utføre selv
 - pasientens betalingsevne.

Hvilke tiltak er relevante?

Relevante tiltak for å bidra til å løse problemet som er identifisert i kapittel 2 er diskutert bredt med fagmiljøer og styringsgruppe for utprøvingen ved UiT. Forslagene som er fremkommet er systematisert i tabell 4.1.

Tabell 4.1. Relevante tiltak for å gi et fullverdig odontologisk tilbud til disse pasientene

Kategori	Foreslått tiltak	Status
ORGANISERING OG FINANSIERING AV TANNHELSETJENESTER (se også pkt. 2.2)	En ny organisering og finansiering av tannhelsetjenester (1)	• Oppfølging av prioriteringsutvalgets innstilling (NOU 2018: 16 <i>Det viktigste først</i>) • TTB2020-44 oppdrag innenfor tannhelsefeltet. Utredningsoppdrag i oppfølging av Prioriteringsutvalgets innstilling. • Anmodning om forsøksordning med overføring av den offentlige tannhelsetjenesten til kommunen
	Forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø ved sykehus (sykehusodontologi) som et permanent tilbud (2)	Oppdrag under utprøving/utredning – en eventuell etablering av en tjeneste for orale helsetjenester i sykehus må vedtas politisk.
-	Etablering av et oppsøkende og forebyggende tilbud i samarbeid med den kommunale helsetjenesten bestående av ett eller flere av følgende tiltak eller andre tiltak: a. Tannpleier i kommunen (3a) b. Tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi) (TOO) (3b) c. Primærhelseteam (3c) d. Oppfølgingsteam (3d)	Tannpleier i kommunen: Oppdrag gitt 2020. TOO: Tilbud under utbygging. Primærhelseteam: Oppdraget inkluderer pdd. ikke tannhelse. Oppfølgingsteam: Oppdraget inkluderer pdd. ikke tannhelse.
FAGLIG STYRKING AV TANNHELSETJENESTEN	Styrking av grunnutdanningen (4)	Grunnutdanningen er forankret i Kunnskapsdepartementet.
		Oppdrag vedr. spesialistutdanning av tannleger. Rapport er levert HOD høsten

	Styrking av etter-, videre- og spesialistutdanning (5)	2021. Forskriftsarbeid pågår i HOD.
	Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til voksne med avanserte og sammensatte behov (6)	Ingen oppdrag gitt pdd.
	Multidisiplinær odontologi (7)	Oppdrag utprøving av videreutdanning på spesialistnivå 20112021 – sluttrapport levert.

Foreslåtte tiltak

Flere av de foreslåtte tiltakene, jf. tabell 4.1, er gitt Helsedirektoratet som oppdrag og er under utredning eller planlegges utredet i allerede pågående eller planlagte prosesser. Hovedoppdrag i denne rapporten er å vurdere MDO-utdanningen, men det har vært nyttig å se dette i sammenheng med fokus på pasientene.

En ny organisering og finansiering av tannhelsetjenesten

SSB (2021) finner at det er en sosial gradient i tannhelsestatus i befolkningen etter inntekt, uavhengig av kjønn og alder. Det er også en klar sosial gradient i bruk av tannhelsetjenester. I følge SSB (2021) oppgir åtte prosent av befolkningen over 16 år et udekket behov for tannbehandling. Åtte prosent av befolkningen har et udekket tannbehandlingsbehov. To av ti av dem som har vært hos tannlegen siste to år oppgir at de ikke har gjennomført eller fullført en anbefalt tannbehandling fordi det ville koste for mye. Personer med lav inntekt går sjeldnere til tannlege ved behov enn andre. I grupper med svekket helse er det en helt klar sosial gradient etter inntekt ved hvorvidt man har vært hos tannlege eller ikke. Nesten én av fire med svekket helse eller psykiske plager oppgir at de har et udekket behandlingsbehov. Unge voksne og menn med svekket helse og lav utdanning er de som i minst grad oppsøker tannhelsetjenesten.

SSB peker på at dette viser at det er et udekket behov for tannhelsetjenester og at finansieringsordningene ikke i tilstrekkelig grad når ut til de i befolkningen som trenger det mest. Undersøkelsen viser at personlig økonomi er den viktigste årsaken til at pasienter ikke oppsøker tannhelsetjenesten tross behandlingsbehov. Dette er argumentasjon for at det er behov for en ny modell for finansiering av tannhelsetjenester basert på en gjennomgang av eksisterende ordninger (pkt. 2.2 og 3.2).

Et forsiktig anslag (2010) sier at det i aldersgruppen 20-64 år er 60 000 personer som har odontofobi, dette tilsvarer 2,1 prosent av befolkningen i denne aldersgruppen, jf. IS-1855 (pkt. 3.3).

NTF stiller spørsmål ved om de sårbare og utsatte pasientgruppene slik det er i dag har forutsetninger og økonomi til å benytte seg av MDO-kompetansen. NTF ser på en gjennomgang av organisering og finansiering av tannhelsetjenesten som det viktigste tiltaket for pasientgruppen. De peker på at tannhelsetjenesten må styrkes og ressursene må brukes på best mulig måte for pasientene.

Oppdrag gitt av Stortinget

Helsedirektoratet har i TTB 2020-44 *oppdrag innenfor tannhelsefeltet* mottatt utredningsoppdrag i oppfølging av Prioriteringsutvalgets innstilling som bygger på NOU 16/2018 (pkt. 1.2). Formålet er blant annet en gjennomgang av folketrygdens stønad til tannbehandling for noen grupper pasienter. Gjennomgangen skal ta utgangspunkt i de foreslåtte kriteriene for prioriteringer i tannhelsetjenesten. Det rettes fokus på personer med psykiske lidelser og personer i sykehusodontologi.

Videre i TTB2020-44 får Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for innsamling og behandling av tannhelsesdata (pkt. 1.2). Målet med KPR er å fremskaffe grunnlagsdata for å monitorere, analysere og legge føringer for helsetjenestene. Tannhelsesdata skal inngå i første fase av utprøvingen av registeret fra og med 2022.

Oppdragene knyttet til en gjennomgang av organisering av dagens tannhelsetjeneste skal sammen bidra til å gi bedre underlag for eventuelle endringer i organisering av tannhelsetjenesten. Endringsforslag må deretter behandles politisk.

Sykehusodontologi som et permanent tilbud

Sykehusodontologi har vært et tiltak under utprøving. I Prop. 1S (20212022) fremkommer det at tjenesten videreføres. Det er behov for videre utredning og avklaring knyttet til en rekke forhold ved tilbudet, herunder finansiering for pasientene som mottar tjenester (pkt. 2.3). NTF ønsker at sykehusodontologi videreføres og styrkes.

Etablering av et oppsøkende og forebyggende tilbud i samarbeid med den kommunale helsetjenesten

Flere miljøer ønsker en etablering av et tannhelsefaglig helhetlig tilbud i nært samarbeid med kommunal helsetjeneste for å nå ulike deler av befolkningen og de som gjerne er svake etterspørre av helse- og omsorgstjenester.

Begrunnelse:

- Det er viktig å nå disse pasientene tidlig og gi dem et tilbud for å forebygge utvikling av alvorlig oral sykdom.
- For å oppnå dette er det viktig at det finnes gode systemer for at tannhelsetjenesten kobles på og får gitt riktig oppfølging til disse pasientene.
- Det kan forventes å gi stor nytte for pasient og samfunn til lavere kostnad enn avansert behandling senere i sykdomsforløpet.
- Det er naturlig å tilstrebe å oppnå et godt samarbeid med andre helseaktører som fastlege og andre helseprofesjoner i kommunen, primærhelseteam og oppfølgingsteam.

Det er en målsetning å fange opp pasienter i målgruppen før de utvikler et avansert behandlingsbehov. Et lett tilgjengelig tilbud (fysisk og økonomisk) der målet er å forebygge eller behandle tidlig er derfor viktig.

Et slikt tilbud kan f.eks. bestå av ett eller flere av følgende tiltak:

- a. Tannpleier i kommunen (3

Helsedirektoratet er bedt om å lage et forprosjekt for tannpleier i kommunen (kilde, Prop. 1S (20192020)). Folkehelseinstituttet (FHI) leverte i 2020 et kunnskapsgrunnlag (vedlegg A). FHI finner at det foreligger få og små studier. Tannpleier i kommunen er et mulig tiltak som trenger nærmere utredning. Helsedirektoratet ventes å gå i gang med sitt oppdrag høsten 2021.

- a. Tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi) (TOO) (3)

En evaluering av eksisterende tilbud er overlevert HOD sommeren 2021 (PwC 2021b). Evalueringen viser at de pasientene som gis hjelp med å mestre utfordringene de har med å gå til tannlegen og som får behandling, oppnår bedre tannhelse og opplever i tillegg positive ringvirkninger for andre deler av livet. Samtidig etterlyses mer systematisk kunnskapsoppbygging. Det avdekkes at tilbudet som gis ikke er likeverdig på tvers av regioner. Det er ventetid utover maksgrensen for å komme med i ordningen i alle regioner, i noen regioner er det svært lang ventetid. Evaluators peker på kapasitetsutfordringer og på ubalanse mellom tilbud og etterspørsel, og anbefaler ulike tiltak.

- a. Primærhelseteam – hvis tannhelse ble inkludert (3b)

Primærhelseteam skal piloteres frem til 2023. Oppdraget inkluderer per i dag ikke tannhelse, men skal bidra til bedre sammenheng mellom helsetjenestene (pkt. 1.2).

Dette er et lavterskeltilbud i kommunen og mange av pasientene i foreslått målgruppe for MDO-tannleger finnes naturlig blant pasientene som primærhelseteam møter. Teamene kan gi pasientene veiledning om eksisterende tannhelsetilbud. Eksempelvis har primærhelseteam fokus på at overgangen fra barn til voksen for personer med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse ofte representerer et brudd i etablert kontakt i spesialisthelsetjenesten (IS-2656). Tilsvarende vil gjelde for tannhelsetjenester til denne gruppen. Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for barn til og med det året de fyller 18 (gruppe A i tannhelsetjenesteloven), og i dette tidsrommet har spesialister i pedodonti særlig ansvar for nødvendig spesialistbehandling. Personer med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse vil fortsatt ha et tilbud i den offentlige tannhelsetjenesten etter fylte 19 år (gruppe B), med nødvendig spesialistbehandling, men da uten tilgang til spesialister i pedodonti. MDO-tannlege vil kunne følge opp unge voksne med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse som har behov for spesialistbehandling i tannhelsetjenesten i overgangen fra barn til voksen, eventuelt i samarbeid med primærhelseteam.

- a. Oppfølgingsteam – hvis tannhelse ble inkludert (3)

Oppdraget inkluderer per i dag ikke tannhelse (pkt. 1.2).

Styrking av grunnutdanningen

Grunnutdanningen i odontologi er forankret i universitets- og høyskoleloven under Kunnskapsdepartementet. Helsedirektoratet er autorisasjonsmyndighet. Ved en eventuell gjennomgang av grunnutdanningen er helseforvaltningen (HOD/Helsedirektoratet) berørt og vil inngå i arbeidet som sentrale bidragsytere og høringsparter.

Flere tannhelsefaglige miljøer peker på at styrking av grunnutdanningen er det viktigste virkemiddelet for å legge til rette for at befolkningen får tilgang til likeverdige tannhelsetjenester. Det er blant annet sagt at dagens læringsmål i grunnutdanningen ikke i stor nok grad speiler den utviklingen som har vært i befolkningens tannhelse og de behandlingsbehovene som er typiske i dag. En styrking kan innebære vesentlige endringer i studieplanen samtidig som odontologi allerede regnes for å være et særlig arbeidsintensivt studium. Enkelt miljøer, herav UiO, ser et behov for å forlenge grunnutdanningen fra 10 til 12 semestre.

NTF stiller spørsmål ved om grunnutdanningen i Norge er god nok for de behov samfunnet står overfor nå og i fremtiden. De peker på at grunn- og spesialistutdanningen må tilpasses utviklingen i samfunnet og dermed befolkningens behov for tannhelsetjenester. UiO peker på at denne nye spesialiteten MDO og det fagområdet som vil bygges opp rundt den er viktig for å nå dette skisserte målet. Se vedlegg N om RETHOS og andre prosesser som påvirker grunnutdanningen.

Styrking av etter-, videre- og spesialistutdanning

Rapport er levert HOD på bakgrunn av oppdrag knyttet til ny modell for spesialistutdanning av tannleger (jf. TTB2019-7). Rapporten er utarbeidet i samarbeid med fagmiljøene.

Målet er å få en kompetansebasert integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og tannhelsetjenestens kompetansesentre, der Helsedirektoratet følger med på helheten og kvaliteten i utdanningen.

De ønskede effektmålene er:

- Rekruttering av spesialistkandidater fra større deler av landet
- bedre spredning av tannlegespesialister som kan sikre pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven tilgang til spesialisttannhelsetjenester
- kompetanseheving i den offentlige tannhelsetjenesten og ved kompetansesentrene
- nasjonal kalibrering og kvalitetssikring av spesialistutdanningen gjennom felles læringsmål.

Utredningen dreier seg om:

- Forslag til læringsmål for de godkjente odontologiske spesialitetene
- anbefaling av læringsaktiviteter
- økt fokus på læring og *oppnådd kompetanse*, ikke nødvendigvis antall gjennomførte kurs, antall operasjoner osv.
- elektronisk kompetanseportal for dokumentasjon av oppnådde læringsmål og oversikt over progresjon og fremdrift for kandidaten og aktuelle veiledere
- flere virksomheter kan søke om å delta i spesialistutdanning
- muligheter for å utvide ordningen med lønn til tannleger under spesialistutdanning.

Det foregår et arbeid med en egen forskrift for spesialistutdanning av tannleger i HOD. Læringsmålene for de odontologiske spesialitetene skal forskriftsfestes.

NTF ser for seg kompetanseheving for å behandle pasientgruppen i form av etterutdanning/ videreutdanning, som ikke fører til en spesialistutdanning. De vil prioritere etterutdanning og har innført obligatorisk etterutdanning for sine medlemmer.

Universitetene vektlegger at de ønsker en styrking av finansieringen av spesialistutdanningene og at det må være samsvar mellom faglige prioriteringer og realistisk finansiering (pkt. 6.3).

Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til voksne med omfattende og sammensatte behov

Flere fagmiljøer nevner at det vil være nyttig med en nasjonalfaglig retningslinje. Helsedirektoratet anbefaler at et slikt tiltak på sikt vurderes nærmere.

Multidisiplinær odontologi

Etablering av et nytt fagområde i form av en videreutdanning på spesialistnivå, eventuelt med status som godkjent spesialitet, er også et tiltak som er fremmet for å bidra til at disse pasientene får et bedre tilbud.

Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltaket?

Prinsipielle spørsmål kan gi absolutte begrensninger ved at man kommer til den konklusjon at man ikke bør iverksette et tiltak som i utgangspunktet kunne bidra til å løse et problem. Det kan handle om den enkeltes personvern og integritet, rettssikkerhet, samvittighets-/ livssynsspørsmål eller likestillings- og diskriminerings spørsmål eller tiltak som særskilt berører urfolk eller minoriteter, jf. Veileder til utredningsinstruksen. Helsedirektoratet finner ingen absolutte begrensninger ved tiltaket etablering av en ny spesialistutdanning MDO. Det vil være mulig å organisere tilbudet slik at man ivaretar disse hensynene slik tannhelsetjenesten allerede gjør.

Tiltaket med å etablere MDO som godkjent spesialist eller spesialkompetanse vil kunne bidra til:

- geografisk spredning av spesialisttannhelsetjenester som er et viktig samfunns mål
- kompetanseløft i tannhelsetjenesten som er et viktig satsingsområde
- samarbeid med kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Dette er i tråd med de langsiktige målene som ligger til grunn for Helsedirektoratet sitt arbeid (pkt. 1.2). Målgruppen for MDO-kompetansen, pasientene, kan forventes å ha stor nytte av økt tilgjengelighet og bedre tilrettelagte spesialisttannhelsetjenester ved:

- Redusert reisevei for mange pasienter fra områder hvor det er begrenset tilgang til andre tannlegespesialister herunder pasienter som muligens ikke ville ha mulighet til å motta behandling dersom de flere ganger måtte reise langt, da behandlingen i de fleste tilfeller går over lang tid med gjentatte pasientbesøk.
- Koordinert behandling ledet av en spesialist. Mange pasienter i målgruppen har stor nytte av å forholde seg til en behandler som kan utføre det meste av behandlingen og holde i og koordinere dialog med det øvrige tjenestetilbudet som pasienten har behov for, både tverrfaglig odontologisk samhandling og med andre helsetjenester, kommunale og/eller spesialisthelsetjenester.

Den offentlige tannhelsetjenesten vil ved å opprette stillinger for MDO-tannleger få mulighet til å oppnå et kompetanseløft. MDO-tannlegen kan:

- tilby tilrettelagt behandlingsløp for pasientgrupper med stort behandlingsbehov med stor nytte av behandling
- rådgje tannhelsepersonell og med det bidra til et kompetanseløft i tannhelsetjenesten
- bidra til økt kunnskap om offentlig finansierte tannhelsetjenester gjennom å delta i forskningsprosjekter og ved å være faglig forankret på regionale odontologiske kompetansesentre.

For å lykkes er det viktig å få en god samhandling mellom MDO-tannlegene og de etablerte tannlegespesialistmiljøene:

- ved odontologiske kompetansesentrene
- private tannlegespesialister.

Det er viktig at også pasientene først og fremst nås med forebyggende tiltak ved tannpleier eller allmenntannlege og at de på riktig tidspunkt får tilbud om tannhelsefaglig oppfølging hos spesialist ut fra de behovene de har.

Uavhengig av etablering av en MDO-spesialitet vil det være hensiktsmessig å gjennomgå offentlig finansierte tannhelsetjenester for å avdekke hvor godt de treffer (jf. pkt. 6.3).

Helsedirektoratet anbefaler at rettighetene til de foreslåtte pasientene for MDO-tannlege og kriterier for å utløse rettigheter utredes. Noen pasienter i målgruppen har per i dag rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller lov om folketrygd, men ikke alle. Rettigheten til offentlig finansierte tannhelsetjenester kan ha betydning for om disse pasientene oppsøker et tilbud om orale helsetjenester. Dette vil gjelde både et eksisterende behandlingstilbud og nye tilbud.

Noen tannhelsemiljøer har pekt på at en egen takst i Folketrygden (Helfo) for omfattende behandlingsbehov vil kunne være til hjelp for pasientgruppen.[25] Samtidig mener Helsedirektoratet at det er viktig å være klar over at mange av disse pasientene uansett vil få en vesentlig egenbetaling ved en løsning med delvis finansiering via folketrygden, da det til dels kan dreie seg om store behandlinger samtidig som det er fri prissetting i tannhelsetjenesten (offentlig og privat).

En utredning av rettigheter til disse pasientene bør inngå som en del av en større gjennomgang av rettigheter til tannhelsetjenester. Tannhelsetjenesteloven fra 1984 er tilpasset en annen samtid og spiller ikke like godt de behov som ligger hos befolkningen i dag eller i fremtiden. Registerdata fra KPR kan sammen med demografiske framskrivninger danne grunnlag for en ny finansieringsmodell som fremmer likeverdige tannhelsetjenester til befolkningen.

Som beskrevet tidligere i rapporten kan ikke utfordringen for disse pasientene løses med finansiering alene, da det også handler om riktig kompetanse på riktig behandlingsnivå og riktig organisering. Det kan være vanskelig å ha alle spesialister representert i et geografisk område med lite befolkningsgrunnlag. Noen pasienter kan dessuten ha særlig god nytte av en spesialist med breddekompetanse.

Fotnoter

[25] Det eksisterer en relevant Helfo-takst, 101: «*Opplæring til egenomsorg og forebyggende behandling*, og denne vil kunne omfatte mange av de foreslåtte pasientene i målgruppen til MDO: «Taksten kan kun benyttes i sammenheng med behandling av sjeldne medisinske tilstander, ved infeksjonsforebyggende behandling ved særlige medisinske tilstander, ved hyposalivasjon og ved behandling av personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne, jf. forskriften § 1 nr. 1, 4, 10 og 14. Taksten kan benyttes ved disse punktene uten at det gjøres annen behandling. Taksten kan også benyttes av tannpleier ved de opplistede lidelser/sykdommer.»

Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?

MDO - virkninger for enkeltpersoner

Ved behov for behandling hos tannlegespesialist kan tiltaket få en positiv virkning for pasienter som i dag ikke har et tilfredsstillende behandlingstilbud.

Flere MDO-tannleger beskriver at de møter pasienter med raserte tannsett, «*mennesker som ikke mestrer livene sine*». Det blir da vesentlig at pasientene skjønner at de blir ivaretatt og at de møter forutsigbarhet. Det betyr noe å gi disse pasientene et behandlingstilbud hos tannlege som har kunnskap og interesse for fagfeltet og målgruppen. Både MDO-tannleger og pasienter peker på at det noen ganger dreier seg om pasienter som trenger en trygg behandlingssituasjon hos én og samme tannlege (vedlegg G2).

Pasienter som MDO-tannlege får henvist er en sammensatt gruppe. For noen pasienter er reisevei en barriere, mens for andre pasienter er barrieren møtet med behandlere som ikke er trent til å håndtere pasienter med sammensatt psykisk, odontologisk og/eller somatisk medisinsk problematikk. MDO-tannlegene trekker frem at det er en stor fordel at de kan planlegge og i mange tilfeller også utføre hele behandlingssløpet selv.

MDO-tannlegene gjør behandling innenfor alle kliniske disipliner, men de fleste påpeker at de henviser videre der de selv mener de ikke har riktig kompetanse og ikke har hyppig nok kasus til å få tilstrekkelig klinisk trening. Eksempler på hva som henvises videre er særlig avansert protetikk og avansert kirurgi.

MDO - virkninger for privat og offentlig tannhelsetjeneste

En bedre geografisk fordeling av tannleger og tannlegespesialister er et mål for den offentlige tannhelsetjenesten og for politisk ledelse (jf. St.meld. 35 (2006-2007)). Målttede tiltak for å legge til rette for å oppnå en geografisk fordeling av tannlegespesialister er igangsatt i form av tilskuddsordninger for spesialistutdanningen.

Grytten (2017a) viser at det er ledig behandlingsskapasitet blant private allmenntannleger i sentrale strøk. På bakgrunn av dette råder Grytten til at utdanningskapasiteten i grunnutdanningen ikke økes. En tilsvarende undersøkelse om tannlegespesialister (Grytten 2017b) viser at det er en vesentlig andel tannlegespesialister som bruker deler av sin kliniske tid til å behandle det de selv oppfatter som *allmennodontologiske kasus*. Grytten peker her på at utdanningsvolum bør ses i sammenheng med forventninger om befolkningens tannhelsestatus i tiden som kommer.[26]

MDO-tannlegene oppfatter at de der de har sin kliniske hverdag fyller et tomrom som et supplement til annet tannhelsepersonell enten på grunn av selve pasientgruppen eller på grunn av lokasjon der det mangler spesialister innenfor én eller flere spesialiteter. MDO-tannlegene fungerer også som en veileder for allmenntannlegen.

Hvis sykehusodontologi videreføres (pkt. 2.3) kan det være bruk for en spesialistkompetanse som er godt egnet i sykehus ved siden av det tannhelsepersonellet som finnes i tilknytning til kjevekirurgisk avdeling (oral kirurg). Det vil være behov for erfarne allmennpraktikere med god forståelse og interesse for oral- og allmennmedisin. I noen tilfeller kan det være behov for behandling på spesialistnivå i fagområdene periodonti, oral protetik, endodonti eller oral kirurgi. Særlig vil dette være relevant kompetanse ved sykehus som har et regionalt ansvar, slik som for universitetssykehusene i forsøksordningen. Flere innen sykehusodontologi-miljøet peker på at MDO vil være en godt egnet kompetanse i sykehusodontologi.

Virkning for tannhelsetjenesten kan være at enkelte allmenntannlegestillinger i offentlig tannhelsetjeneste gjøres om til MDO-spesialiststillinger. Dette vil gi noe økte lønnskostnader der de er ansatt, men samtidig kan det gi besparelser for fylkeskommunen ved at man ikke trenger å henvise pasientene til spesialister utenfor offentlig tannhelsetjeneste. Foreløpige data har vist at en andel av pasientene som er målgruppe for MDO-tannlege er betalende voksne pasienter uten rettigheter i tannhelsetjenesteloven. Det er mest sannsynlig at MDO-tannlegen vil være offentlig ansatte tannleger og disse pasientene vil da ha full egenbetaling med nåværende finansiering.

Helsedirektoratet kan ikke utelukke at noen private spesialister kan få færre henvisninger fra offentlig tannhelsetjeneste som en følge av etablering av stillinger for MDO-tannleger, men samtidig er det forhold som tyder på at en vesentlig andel pasienter i målgruppen for MDO ikke har et tilfredsstillende tilbud om spesialistbehandling i tannhelsetjenesten per i dag (offentlig eller privat).

Ved etableringen av fagområdet periodonti i fylkeskommunene har erfaringen vist at etterspørselen først blir synlig når tilbudet finnes (Skeie m.fl. 2021). Dette er også erfaringen med det tilrettelagte tilbudet for personer med tannbehandlingsangst (TOO).

Fotnoter

[26] Grytten (2017b) gir i studien ikke oversikt over andel kasus som er henvist til tannlegespesialistene i undersøkelsen. En allmenntannlege har gjennom autorisasjonen sin lov til å utføre de aller fleste odontologiske behandlinger, men ikke alltid med tilgang til Helfo-refusjoner. Hvorvidt en allmenntannlege behandler selv eller henviser til tannlegespesialist avhenger av erfaring, interesse og pasientgrunnlag.

MDO - virkninger for statlig og fylkeskommunal forvaltning

Etablering av en MDO-utdanning kan bidra til at pasienter i målgruppen som ikke har hatt et tilbud eller som ikke har hatt et *tilfredsstillende* tilbud får et fullverdig tilbud. Etableringen av MDO-utdanning vil kunne gi en effekt for mange av pasientene i målgruppen, men tiltaket er ikke tilstrekkelig alene. Hvor stor effekten blir vil dessuten avhenge av hvorvidt det opprettes stillinger og om pasienter i større grad gis lovmessige rettigheter til behandling og justerte finansieringsordninger. Samtidig er flere andre tiltak under utredning (pkt. 1.1), og samspillet mellom disse kan gi ytterligere effekt.

Etablering av MDO-utdanning kan bidra til bedre spredning av spesialistkompetanse ved at MDO-spesialister ansettes i fylkene. Dette kan igjen bidra til å styrke allmenntannlegenes evne til selv å behandle pasienter med avanserte behandlingsbehov, fordi de har tilgang til veiledning fra tannlegespesialister. Slik veiledning kan være en viktig funksjon for MDO-tannlegen.

Finansiering av spesialistutdanning av tannleger

Etter en avtale med Kunnskapsdepartementet gir HOD tilskudd til drift av odontologisk spesialistutdanning ved UiB, UiO og UiT og til odontologiske kompetansesentre, der spesialistutdanningen foregår som et samarbeid.

Det gis tilskudd i form av stykkpris per kandidat for de etablerte spesialistutdanningene ved UiB og UiO for å dekke direkte kostnader (drifts- og lønnskostnader).

Tabell 6.1. Stykkpris for kandidater under spesialistutdanning ved UiB og UiO (2010-2021)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pedodonti	475 000	450 000	750 000	775 000	720 000	820 000	820 000	820 000	820 000	805 000	804 000
Oral kirurgi [27]	475 000	450 000	510 000	550 000	600 000	700 000	700 000	560 000	560 000	551 000	549 000
Normalsats [28]	475 000	450 000	510 000	550 000	600 000	700 000	700 000	700 000	700 000	687 000	687 000

Institutt for klinisk odontologi (IKO) ved UiT ble etablert i 2006. Spesialistutdanningen har siden 2009 vært drevet som et integrert samarbeid med TkNN, som står for den kliniske utdanningen av spesialistkandidatene i kompetansesenterklinikken. De særlige forholdene i Tromsø gjør at UiT og TkNN inntil videre gis tilskudd på bakgrunn av budsjett.

Årlig stykkpris per kandidat ved UiB/UiO har variert noe (jf. tabell 6.1). HOD har i 2021 gjort en beregning av indirekte og direkte kostnader ved spesialistutdanning av tannleger ved UiB og UiO, og har på bakgrunn av dette angitt nye stykkprissatser, med virkning fra 2022. Normalsatsen er her beregnet til kr 656 000 i 2022, med en årlig prisjustering på tre prosent. Helsedirektoratet skal utfra normalsatsen beregne øvrige satser (for fagområdene oral kirurgi og pedodonti jf. tabell 6.1).

Fremtidig finansiering av spesialistutdanning av tannleger

Det er levert en rapport høsten 2021 med bakgrunn i oppdraget *Ny modell for spesialistutdanning av tannleger* (TTB2019-7). Innføring av ny kompetansebasert integrert samarbeidsmodell for spesialistutdanning av tannleger kan på sikt føre til en omlegging av finansieringen, siden også andre utdanningsvirksomheter enn universitetene skal kunne ha ansvar i spesialistutdanning.

Forslag til ny modell for spesialistutdanning vil dessuten føre til noen nye administrative oppgaver for Helsedirektoratet, som medfører økte faste kostnader for direktoratet. Se nærmere beskrivelse i rapporten *Spesialistutdanning av tannleger – en kompetansebasert integrert samarbeidsmodell* (2021).

Finansiering av spesialistutdanning av tannleger vil ikke vurderes nærmere i denne rapporten.

Kostnader ved utprøving av MDO-utdanning

Utprøvingen av videreutdanningen MDO har blitt finansiert ved årlige bevilgninger gitt over statsbudsjettet (Prop. 1S) kapittel 770 tannhelsetjenester. UiT og TkNN/Troms fylkeskommune har årlig søkt tilskudd fra Helsedirektoratet over tilskuddsordningen *Spesialistutdanning av tannleger*.

Det har blitt gitt tilskudd på bakgrunn av budsjett til utprøving av MDO-utdanning til UiT i tidsrommet 2009-2021 og TKNN/Troms fylkeskommune i tidsrommet 2011–2021:

- Etableringskostnader (planlegging) 2009-2010 (to år): kr 1 789 276 – årlig kr 894 638
- Driftskostnader (utprøving) 2011-2020 (ti år): kr 36 357 487 – årlig kr 3 635 749

Det er tatt opp til sammen 10 kandidater i utdanningen, hvorav to kandidater har avbrutt studiet underveis i utdanningsløpet. Ut fra normerte utdanningsløp[29] er det gjennomført 57 semestre. I snitt har det vært en kostnad på kr 637 851 per kandidat per semester. Dette gir en årlig kostnad per kandidat på kr 1 275 701.

Utprøving av en utdanning kan gi økte og til dels uforutsigbare kostnader sammenlignet med et fast program. Noen faktorer som har vært fordyrende i utprøvingen av MDO:

- Kursing av kandidatene i Sverige, grunnet at det ikke har vært tilgang til tilsvarende kurs nasjonalt
- kursing i Tromsø ved eksterne fagpersoner (honorar og reisekostnader)
- kostnader ved ekstern klinikk (hjemmeklinikk)
- to kandidater har avbrutt utdanningsløpene sine. Dette gir reduksjon i «stordriftsfordeler» for utdanningen av gjenværende kandidater
- to kandidater har hatt behov for forlenget utdanningsløp.[30]

Kostnader ved etablering av en ny spesialistutdanning

Etablering av en spesialistutdanning innen et nytt fagområde vil i en periode gi noen etableringskostnader. Før oppstart av utprøving i multidisiplinær odontologi (2011) hadde UiT og TkNN utgifter som langt på vei ble dekket av tilskudd fra Helsedirektoratet over tilskuddsordningen Spesialistutdanning av tannleger.

Tabell 6.2. Kostnader etablering av forsøksordning med videreutdanning MDO ved UiT

	2009	2010	SUM
UiT*	290 370	576 906	867 276
TkNN	0	922 000	922 000
SUM	290 370	1 498 906	1 789 276

**Fratrukket ubrukte midler fra foregående år*

Ved en eventuell etablering av spesialistutdanning i MDO anbefaler Helsedirektoratet at det tilrettelegges for at utdanningsvirksomheter kan søke tilskudd til etableringsfasen over tilskuddsordningen

Spesialistutdanning av tannleger, for å bidra til å dekke andre etableringskostnader. Dette bør imidlertid kunne gjøres innenfor en begrenset finansiering siden rammene for utdanningen vil være tydeligere angitt ved forskriftsfestede læringsmål enn det som tidligere har vært tilfelle ved etablering av nye fagområder.

Det ville også være noen kostnader for Helsedirektoratet på kapittel 770 tannhelsetjenester knyttet til fastsettelse av læringsmål for en ny spesialitet (jf. oppdrag TTB2019-7 (pkt. 1.1)). Helsedirektoratet vil måtte engasjere en faggruppe som skal foreslå læringsmål for den nye spesialitetens område (pkt. 8.1).

Kostnader ved etablering av spesialistutdanning i MDO

Helsedirektoratet mener at finansiering av spesialistutdanning innen MDO bør foregå etter samme prinsipper som finansiering av øvrig spesialistutdanning av tannleger. Oppbygging av et nytt fagområde vil i så fall gi etablerings- og driftskostnader som delvis vil måtte dekkes inn over kapittel 770 tannhelsetjenester i statsbudsjettet, som er i tråd med dagens finansiering av spesialistutdanning av tannleger.

Helsedirektoratet ser for seg en forsiktig oppbygging av fagfeltet over tid, med en utdanningskapasitet på til enhver tid ca. fire kandidater. Hvor mange kandidater som etter hvert skal tas opp i MDO og i andre fagområder bør vurderes kontinuerlig med bakgrunn i behov i tannhelsetjenesten (pkt. 8.1).

Tabell 6.3. Estimerte driftskostnader ved til sammen fire MDO-kandidater tatt opp ved to universiteter, tentativt høsten 2023[31]

	2023	2024	2025	2026
4 kandidater	1 351 360	2 783 802	2 867 316	2 953 335

Bevilgningen i statsbudsjettet har de seneste årene ligget på 60 millioner samlet for tilskuddsordningene Spesialistutdanning av tannleger og Integriert løp i dobbeltkompetanse for tannleger, hvorav 51 millioner har vært avsatt til tilskudd til spesialistutdanning av tannleger. Ved at bevilgningen videreføres på om lag samme nivå vil overnevnte tilskudd til utdanning av MDO-tannleger utgjøre om lag fem prosent av bevilgningen.

I tillegg kommer et eventuelt tilskudd til lønn under utdanning over tilskuddsordningen Lønn til kandidater under odontologisk spesialistutdanning. Bevilgningen har ligget på syv millioner de seneste årene men er økt til ni millioner i 2022.

Tabell 6.4. Estimerte kostnader tilskudd til lønn under utdanning ved til sammen fire MDO-kandidater tatt opp ved to universiteter, tentativt høsten 2023[32]

	2023	2024	2025	2026
4 kandidater	959 188	1 975 926	2 035 204	2 096 260

Stimuleringstiltak for opprettelse av stillinger

På fagområdet pedodonti er det etablert en tilskuddsordning (2017) for å stimulere til opprettelse av spesialiststillinger i offentlig tannhelsetjeneste. Ordningen er øremerket i statsbudsjettet, over kapittel 770 tannhelsetjenester. Det gis tilskudd til lønn og sosiale kostnader over til sammen seks år (72 måneder) innenfor et lønnstak som er satt av Helsedirektoratet:

- År 1 / år 2 – 75 prosent
- År 3 / år 4 – 50 prosent
- År 5 / år 6 – 25 prosent

En tilsvarende ordning for en eventuell spesialitet i MDO ville kunne stimulere offentlige arbeidsgivere til å opprette faste stillinger. Dette er et tiltak som vil føre til økte kostnader og som da må finansieres over bevilgningen på kapittel 770 tannhelsetjenester.

Fotnoter

[27] Oral kirurgi / oral patologi: Det gis normalt ikke stykkpristilskudd for kandidater under videreutdanning i oral patologi over tilskuddsordning, da faget ikke har status som en spesialitet. Det har vært gjort unntak for én kandidat som går et integrert dobbeltkompetanseløp (ph.d. og videreutdanning). Normalt har fagområdet finansiering fra Kunnskapsdepartementet.

[28] Normalsats for øvrige fagområder: endodonti, oral protetik, periodonti, kjeve- og ansiktsradiologi, kjeveortopedi.

[29] For kandidater som har avbrutt utdanningen er kun fullførte semestre medregnet.

[30] Helsedirektoratet har bidratt til finansiering av forlenget utdanningsløp for to kandidater. Dette fordi man har ønsket at så mange kandidater som mulig fullfører utprøvingen. Årsak til forlengelsene har vært dels organisatoriske ift. ekstern klinikk (hjemmeklinikk) og dels behov for ekstra klinisk trening før slutteksamen.

[31] Estimater er gjort med utgangspunkt i stykkprissats på kr 675 680 i 2023 og deretter 3 prosent prisjustering. Dette som en videreføring av stykkprissats gitt UiB og UiO, jf. i brev fra HOD høsten 2021.

[32] Estimater er gjort med utgangspunkt i KS-satser for offentlig ph.d., som vil være utgangspunkt for beregning av tilskudd over ordningen Lønn til kandidater under odontologisk spesialistutdanning fra høst 2022.

Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?

I kapittel 4 er syv tiltak som har fremkommet under denne utredningen som mulige tiltak for å gi pasientene i målgruppen et bedre tilbud i tannhelsetjenesten gjennomgått. Flere av disse tiltakene vil hver for seg kunne bidra til et bedre tilbud for pasienter i målgruppen for MDO-kompetanse. Helsedirektoratet vil trekke frem tiltak som bør utredes nærmere, ved siden av andre, allerede pågående prosesser (vedlegg A):

- En nasjonalfaglig retningslinje for tannhelsetjenester til voksne med avanserte og sammensatte behov:
 - en slik retningslinje bør vurderes
- Etablering av et oppsøkende og forebyggende tilbud i samarbeid med den kommunale helsetjenesten:
 - hvis oppfølgingsteam og/eller primærhelseteam blir permanente ordninger bør grensesnitt mot tannhelsetjenesten vurderes
 - en ordning med tannpleier i kommunen bør utredes nærmere.

Utover dette anbefaler Helsedirektoratet at det etableres en spesialistutdanning i MDO.

Etableringen av spesialistutdanning i MDO vurderes som et tiltak som vil gi hjelp til en pasientgruppe med et utilstrekkelig tjenestetilbud i dag. Selv om tiltaket ikke alene vil løse hele problemet, vil det løse problemet for de pasientene som blir gitt et tilbud som de ikke tidligere hadde.

I samspill med eksisterende tilbud i tannhelsetjenesten vil MDO kunne utgjøre et nytt tilbud til voksne pasienter med sammensatte og til dels store tannbehandlingsbehov, som trenger behandling på spesialistnivå. Basert på erfaringer med utprøvingen av MDO fremstår disse pasientene å ha stor nytte av behandling hos MDO-tannlege (vedlegg G3).

Det er enighet om at pasientene som er målgruppe for MDO-tannlegen finnes i dag. Det kan være én eller flere årsaker til at pasientene ikke har et tilfredsstillende tannbehandlingstilbud, som geografisk tilgjengelighet, manglende betalingsevne, et manglende samarbeid mellom ulike helsetjenester, behandlingsvegring, psykiske og/eller fysiske komplekse helseutfordringer, atferdsproblematikk. Tilgjengelig kompetanse er en av flere utfordringer.

Denne rapporten konkluderer med at etablering av en ny utdanning/fagkompetanse vil kunne bidra til å løse noen av utfordringene for de pasientene som blir gitt et tilbud ved etablering av en MDO-spesialisering.

Samtidig bør behandlingstilbudet til disse pasientene styrkes med flere tiltak (pkt. 1.1 og pkt. 4.1). Iverksetting av flere tiltak kan endre vilkårene for flere pasienter, for eksempel kan man se for seg endringer i betaling som barriere for tannbehandling og/eller tilrettelegging for bedre samhandling mellom tannhelsetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjenester. Andre kompletterende tiltak trenger imidlertid tilstrekkelig utredning.

Det bør vurderes i hvilken grad en ny og bedre finansiering av tannhelsetjenester vil bidra til et bedre tilbud for de pasientene som beskrives i rapporten. Uavhengig av dette vurderer Helsedirektoratet at det vil være behov for kompetanse til å behandle pasienter med store og sammensatte tannbehandlingsbehov innenfor trygge rammer.

Behovet for fagområdet MDO er et annet i dag enn opprinnelig tenkt (vedlegg B1). MDO startet som en kompetanse for distriktsområder (kapittel 9). Siden har det stadig kommet til nye problemstillinger og ny dokumentasjon om behov i befolkningen som helt eller delvis kan løses med en breddekompetanse. I dag kan man derfor identifisere et tydeligere behov for nettopp denne kompetansen enn det som var utgangspunktet da oppdraget ble gitt i 2006.

Etablering av spesialistutdanning i MDO

Tannhelsestatus i befolkningen er i stadig bedring og det vil derfor være et forholdsmessig mindre behov for restaurerende tannbehandling i tiden som kommer. Noen stiller av den grunn spørsmål ved om det kun vil være et midlertidig behov for MDO-kompetanse.

Helsedirektoratet vurderer at det er behov for MDO-tannleger i hele landet og at behovet ikke er av midlertidig karakter. Det dreier seg om pasienter som:

- Trenger en behandler på spesialistnivå som ser helheten i deres behandlingsbehov, men som også kan gjennomføre store deler av behandlingen selv.
- Har lang reisevei til andre tannlegespesialister, særlig når det er behov for flere behandlingsseanser. Det er hensiktsmessig at behandlingen kan skje nærmest mulig hjemmet.
- Trenger behandling hos tannlegespesialist med god medisinsk kompetanse som har et tett samarbeid med andre helsetjenester.
- Har somatisk sykdom og som får behandling i spesialisthelsetjenesten. MDO-spesialisten vil kunne rekrutteres til stillinger ved helseforetak.

Tannhelse og demografisk utvikling i Norge

Den norske befolkningen vil bli betydelig eldre i framtiden, og særlig sterk vil veksten være blant de aller eldste, også i små distriktskommuner (Ekornrud og Skjøstad 2017). SSB sine framskrivninger av helsepersonell legger vekt på at det vil være et økt behov for helsepersonell og spesialister i årene som kommer, fordi populasjonen vil bestå av en større andel eldre. Her har det vært diskusjon om hvorvidt dette også gjelder for tannhelsepersonell da majoriteten av befolkningen har vesentlig bedre tannhelse enn tidligere.

Strand og Kvalheim (2020) argumenter for en økt innsats i forbyggende tannbehandling slik at reparative behandlingsbehov holdes på et minimum. Alder i seg selv gir ikke redusert tannhelse. Så lenge den allmenne og kognitive tilstanden er god, opprettholdes også god tannhelse. 20 egne tenner anses som tilstrekkelig for å opprettholde funksjon og estetikk, og dette er et mål som WHO har satt for individer over 80 år (Strand og Kvalheim 2020). I årene som kommer vil det være stadig flere eldre (og «allereldste eldre») og en stor overvekt av disse vil ha egne tenner og sammensatte helseproblematikk («skrøpelige eldre» med multimorbiditet). Flere eldre vil ha behov for konsultasjon og behandling, fordi egne tenner gir økt risiko for orale sykdommer sammenlignet med tannproteser. Eldre som lever med sykdom kan oppleve redusert tannhelse som en følge av sykdom eller som følge av medisinbruk. Med sviktende autonomi, polyfarmasi, nedsatt spyttfunksjon (munntørrehet) og redusert evne til egenomsorg kan den orale helsen på kort tid gå fra å være *akseptabel* til å bli *sterkt redusert*, samtidig som mulighetene for terapeutisk intervensjon forringes (Strand og Kvalheim 2020). Det kan også komme til et punkt der skrøpelige eldre, og da særlig pasienter med demens, ikke lenger er i stand til å tilvennes tannproteser. Fjæra, Willumsen og Eide (2010) peker på at det er behov for endring i organisering for å oppnå at brukere/pasienter får bedre oppfølging av den orale helsen (se pkt. 2.5).

Helsedirektoratet ser behov for at både et forebyggende og et terapeutisk behandlingstilbud for gruppene av eldre er tilgjengelig, som også omfatter tilgang til spesialistbehandling. Helsedirektoratet oppfatter at det er bred enighet om at den odontologiske grunnutdanningen kontinuerlig må tilpasses behov for tannbehandling i befolkningen (vedlegg N). Pasientregisteret KPR er under etablering og vil gi

tannhelsetjenesten og universitetene nødvendig informasjon om behandlingspanoramaet i befolkningen (pkt. 1.2). På fylkesnivå vil man for eksempel kunne se på dekning av tannlegespesialister satt opp mot udekket tannbehandlingsbehov. KPR vil kunne bidra i framskrivninger av behov for tannhelsepersonell.

Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Det er liten grad av uenighet om at kompetanse i MDO ville være et godt supplement til allerede etablerte tannhelsetjenester for personer med til dels store tannbehandlingsbehov.

Flere miljøer peker på at MDO-kompetansen vil være nyttig i sykehus og på kompetansesentra og også på mer lokale spesialistklinikker i den offentlige tannhelsetjenesten, for god samhandling med f.eks. fastleger, samt tilknyttet ulike tverrfaglige team som oppfølgingsteam og primærhelseteam (pkt. 1.2). Samarbeid med andre helse- og omsorgstjenester, andre orale spesialister og allmenntannleger og tannpleiere er viktig for pasientenes beste.

Forutsetninger er at godkjente utdanningsvirksomheter og den offentlige tannhelsetjenesten sørger for at utdanningsløp etableres og at stillinger opprettes.

Helsedirektoratet anser MDO som et nytt fagområde i Norge i dag. Helsedirektoratet anser at det er særlig vesentlig at fagområdet gis status som spesialitet for å tilrettelegge for etablering av fagområdet ved utdanningsvirksomhetene.

Relevante faktorer for vurderingen av MDO som egen spesialitet

Kriterier for en godkjent spesialitet

Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) (2016) regulerer inntil videre spesialistutdanning av tannleger og er hjemmel i helsepersonelloven. Jf. spesialistforskriften kapittel 6 §34, er det departementet som «*fastsetter hvilke avgrensede deler av odontologiske fagområder det kan gis spesialistgodkjenning i [...]»* (vedlegg O).

En tannlegespesialist skal kunne behandle kompliserte kasus innenfor sitt fagfelt og fungerer som henvisningsinstans for sitt fagområde. Jf. studieplaner ved UiB og UiO er målet for de odontologiske spesialistutdanningene å heve kandidatenes teoretiske og kliniske kompetansenivå ut over allmenntannlegenivå, slik at tannlegene innenfor sitt fagfelt blir kvalifisert for:

- utredning og behandling av kompliserte og/eller uvanlige kasus
- konsultasjons- og rådgivningsfunksjon
- medvirke i etterutdanning av tannleger og annet helsepersonell
- faglig utvikling og deltakelse i forskning
- kritisk vurdering av faglitteratur.

Flere miljøer, deriblant NTF, har stilt spørsmål ved hva en breddespesialitet er, og om det i det hele tatt er mulig å være spesialist i bredden. Foreningen er av den oppfatning at en spesialitet fordrer spisskompetanse. Samtidig ser de at MDO-utdanning kan gi god kompetanse, og at det er behov i tjenesten for tannleger med ekstra kompetanse på flere ulike fagområder. Helsedirektoratet er kjent med at

NTF ikke anerkjenner at en breddekompetanse kan være en spesialitet. Helsedirektoratet vurderer at spisskompetanse ikke kun trenger å være knyttet til kliniske ferdigheter. Det kan også dreie seg om en spisskompetanse om personer med somatiske og mentale problemstillinger som trenger tilrettelagt oral helserådgivning og behandling. En spesialist vil dessuten ha et strengt krav om til enhver tid å holde seg oppdatert med nye vitenskapelige funn, i form av på evidens og forskning av betydning for behandling av egne pasienter innen sitt respektive fagområde.

Helsedirektoratet vil her peke på at i spesialistforskriften for leger og tannleger (spesialistforskriften) er hovedfokus at kandidatene skal ha oppnådd læringsmål innen sitt fagfelt, som leder til *en gitt sluttkompetanse*. Det legges vekt på at spesialistutdanning skal være veiledet, foregå ved godkjent utdanningsvirksomhet og være av tilstrekkelig omfang. Faglig oppdatering etter endt spesialistutdanningsløp vil foregå på samme måte som ved andre spesialistutdanninger (jf. oppdrag med læringsmål) og det er ikke lenger vektlagt at det skal være et lite felt.

En eventuell godkjent spesialitet i MDO kan sammenlignes med breddekompetanser innenfor andre helsefaglige fagområder:

- Spesialitet i allmennmedisin
- Spesialitet i generell kirurgi
- Avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) – mastergrad (Utdanningen har et omfang på 120 studiepoeng)
- Spesialitet i samfunns- og allmennpsykologi

Spesialitet i allmennmedisin som er en breddekompetanse er per i dag regulert i samme forskrift som tannlegespesialiteter. Den norske legeforening beskriver spesialist i allmennmedisin som:

Allmennlegene/fastlegene skal ha en bred og omfattende kunnskap om undersøkelse, behandling og forebygging av sykdom, og være eksperter på å følge opp pasienter med kroniske og sammensatte tilstander.

Spesialitet i allmennmedisin er ingen henvisningsinstans, og dette skiller dem vesentlig fra MDO-tannlegen. Samtidig skal begge være i stand til å gjøre så mye som mulig av behandlingen selv, men de kan ved behov henvise videre.

Spesialist i generell kirurgi kan sammenlignes med MDO-tannlege ved at de begge utfører behandling som kan være for avansert for allmennleger/-tannleger, men mindre avansert enn grenspesialistene i kirurgifaget eller tannlegespesialister med spisskompetanse.

Fagområdet pedodonti omfatter de ulike odontologiske disiplinene, anvendt på og tilpasset individer i vekst og utvikling (jf. UiO). Noen anser dette fagområdet som en breddespesialitet, mens andre, f.eks. NTF, finner at det er en spisskompetanse siden faget er avgrenset ved barn og ungdom i alderen 0-18 år. Helsedirektoratet finner at det er fellestrekk mellom de to fagområdene, og at MDO til dels kan beskrives som «pedodonti for voksne». Helsedirektoratet anser pedodonti som en breddespesialitet med ansvar for barn og unge som har kognitive, psykiske eller somatiske helseutfordringer, en utfordrende/utsatt livssituasjon, habilitering- eller rehabiliteringsbehov. Mange av disse utfordringene er livslange, og det er da behov for gode overganger til voksenlivet. MDO-kompetansen er egnet til å følge opp disse pasientene når de blir voksne, ved behov for spesialist innen oral helse.

Ny modell for spesialistutdanning av tannleger

På oppdrag fra HOD er det foreslått læringsmål for de syv godkjente odontologiske spesialitetene som beskriver sluttkompetansen som skal gi grunnlag for godkjenning som spesialist etter fullført godkjent utdanningsprogram og bestått eksamen (Helsedirektoratet 2021).

Med læringsmål menes hva en tannlegespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre etter fullført spesialistutdanning. Læringsmålene beskriver læringsutbyttet, dvs. hvilken kompetanse tannlegespesialisten har oppnådd. Læringsmålene vedtas av Helsedirektoratet og blir fastsatt i forskrift. Læringsmål skal angi kunnskap, ferdigheter og holdninger som en tannlegespesialist skal tilegne seg under spesialistutdanningen.

Læringsmålene skal være stabile, etterprøvbare og stå seg over tid, mens spesielt aktivitetene, men også i noen grad vurderingsformene, bør utvikles fortløpende og tilpasses læringsarenaen og utviklingen hos den enkelte tannlege i spesialisering.

Læringsmål og pedagogiske krav for spesialistutdanningen bør formuleres i forhold til pasientenes, tannhelsetjenestens og utdanningsvirksomhetenes fremtidige behov for tannlegespesialister.

Læringsmålene skal i tillegg tydeliggjøre innholdet i spesialistutdanningen. Felles nasjonale læringsmål vil kunne innebære behov for endringer og samkjøring av studieplaner ved de ulike utdanningsvirksomhetene. Noen av læringsmålene er felles for alle spesialitetene, og kalles felles kompetansemål.

Det kan gis mulighet for et individuelt tilpasset utdanningsløp innenfor normert studietid. Det kan for eksempel gjelde klinisk praksis ved universitet og kompetansesenter og godkjenner læringsaktiviteter underveis og et læringsmål kan godkjennes og sluttkompetansen er oppnådd.

Hvis MDO blir godkjent som odontologisk spesialitet vil det foreslås læringsmål også for denne kompetansen (vedlegg B2).

Helsedirektoratet tilrår at fagområdet MDO får status som godkjent spesialitet

Det kan argumenteres for at man kan oppnå det samme ved å etablere MDO som ved en flerårig videreutdanning uten status som spesialitet. Helsedirektoratet er av den oppfatning at det er mulig. Åtte MDO-tannleger er utdannet i dag under rammene av en treårig videreutdanning med en ambisiøs studieplan (vedlegg P). Disse fagpersonene får gode referanser fra samarbeidende personell. Alt tilsier at pasientene som har blitt behandlet av tannleger med denne kompetansen har mottatt behandling hos en svært kvalifisert behandler.

Samtidig ser Helsedirektoratet at en spesialistutdanning gir forutsigbarhet og tydelige rammer rundt studieløpet. Helsedirektoratet vurderer, på bakgrunn av erfaringer formidlet av UiT, at det kan være krevende for en utdanningsvirksomhet å etablere og opprettholde en flerårig videreutdanning uten at det er innenfor rammene av en spesialistutdanning.

Helsedirektoratet anser det som viktig at en spesialitet gir en tydelig standardisert beskrivelse av et nivå på en kompetanse som er forskriftsfestet på linje med de andre odontologiske spesialiteter. I følge *Primærhelsemeldingen* (2014) gir spesialistgodkjenning helsemyndighetene en bedre styring med innholdet i utdanningene ved at departementet får myndighet til å fastsette nærmere regler om gjennomføring av spesialistutdanning, jf. forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell mv.

Spesialisering gir spesialkompetanse for å behandle en spesifikk pasientmålgruppe, samt vitenskapelig tilnærming i form av evidensbaserte behandlinger. Det gir også anseelse til tannleger som er interessert i denne pasientgruppen, som igjen kan bidra til rekruttering til utdanningen. Det er dessuten vesentlig at de kandidatene som blir tilbudt plass er gode klinikere som har tilstrekkelig klinisk erfaring med voksne pasienter.

Status som spesialitet er ellers å foretrekke:

- for å tilrettelegge for rekruttering av lærekrefter og etablering av et fagmiljø i tilknytning til utdanningsvirksomhetene
- for å sikre fagområdet en posisjon ved utdanningsvirksomhetene, ved sykehus og i møte med andre helsespesialister
- for å legge til rette for at utdanningsvirksomhetene vil opprette studieløp med forutsigbare rammer organisatorisk og økonomisk
- for å bidra til å sikre kvalitet og oppdatering av faglig innhold i utdanningen samt struktur for vedlikehold av kompetansen og samkjøring med andre orale spesialistutdanninger
- fordi det er behov for et relativt stort volum tannleger med utdanningen – minst 30 stk. (tabell 3.1)
- for å gi økt forskningsaktivitet rundt pasientene som er målgruppen for utdanningen – dette i tråd med føringer i handlingsplanen *Sammen om kunnskapsløftet for oral helse* (2017)[\[33\]](#)
- for at virksomhetene gis en oppfordring om å opprette stillinger for kompetansen
- for at MDO-tannleger gis anledning til å søke om refusjoner/stønader fra Helfo/folketrygden for takster som gjelder tannlegespesialister.[\[34\]](#)

Det bør nedsettes en faggruppe som skal foreslå nasjonale læringsmål til gjeldende forskrift sitt vedlegg 2, jf. oppdrag gitt Helsedirektoratet om å lage nasjonale læringsmål for odontologiske spesialiteter, inkludert MDO hvis det etableres som spesialitet (vedlegg B2):

- De nasjonale læringsmålene beskriver spesialistkandidatens sluttkompetanse og studieplanen tilpasses deretter
- antall læringsmål og utforming av læringsmål bør vurderes av faggruppen, lengden på utdanningsløpet må tilpasses læringsmålene samt benevnelse av fagområdet.

Grenseoppgang til allmenntannlegen

Læringsmål vil bidra til å definere grensesnittet mellom allmenntannlege og spesialist. Per i dag er det syv odontologiske spesialiteter i Norge, kun et fåtall av disse utfører tannbehandling som er forbeholdt tannlegespesialister. Det vil si at brorparten av den spesialistbehandlingen som foregår hos øvrige spesialiteter (endodonti, pedodonti, periodonti, oral protetik) kan utføres av en allmenntannlege når allmenntannlegen selv vurderer seg kyndig til å planlegge og utføre en egnet behandling. Det finnes ikke et absolutt grensesnitt for hva som er allmenntannlegekasus og hva som er spesialistkasus innenfor disse fagområdene, men det finnes begrensninger i hvilke behandlinger som en allmenntannlege kan få refusjoner i Folketrygden for. Allmenntannlegen har henvisningsplikt for pasientkasus som går utover egen kompetanse jf. helsepersonelloven § 4 andre ledd:

[...] Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. [...]

Det er variasjon i hvor hyppig den enkelte allmenntannlege henviser til tannlegespesialist. Dette avhenger trolig også av rammevilkår, som hvorvidt det finnes aktuelle tannlegespesialister å henvise til i rimelig nærhet av der pasienten er bosatt.

Flere miljøer peker med rette på at en erfaren allmenntannlege kan være en ressurs for pasientene som er målgruppe for MDO-tannlegene. Noen mener også at en erfaren allmenntannlege kan ha like god kompetanse som en nyutdannet tannlegespesialist. Helsedirektoratet på sin side oppfatter at en strukturert utdanning gir kvalitetssikring og systematikk som erfaring alene ikke kan gi, samtidig som målgruppen for MDO-tannlegen er pasienter som det er behov for bedre kunnskap om.

Kompetanseheving av allmenntannlegen

For allmenntannlegen som alt annet helsepersonell er det vesentlig å vedlikeholde klinisk kompetanse ved at yrket praktiseres i tilstrekkelig omfang. Ulike former for kompetanseheving er dessuten viktig. Det er nødvendig å få ny oppdatert kunnskap ved kurs, etter- og videreutdanning (pkt. 4.1). Samarbeid med spesialister gjennom henvisning og påfølgende mottatte epikriser er verdifulle bidrag som del av en kontinuerlig kompetanseheving. Det kan være nyttig for allmenntannlegen å få veiledning fra tannlegespesialist i behandlingen av den enkelte pasient, slik at tannlegen selv blir i stand til å behandle egne pasienter.

Helsedirektoratet er av den oppfatning at kursing og klinisk trening er verdifull kompetanseheving for den enkelte allmenntannlege. Kompetanseheving innenfor rammene av en spesialistutdanning gir likevel en mer systematisk kvalitetssikring. En spesialistutdanning gir en kvalitetssikring av at kompetansenivået er *godt nok* og tilpasset det formål man skal bruke spesialiteten til.

Etablering av spesialiststillinger gir et bedre grunnlag for at nødvendig kompetanse finnes der det er behov, enn å satse på at svært erfarne klinikere vil være jevnt fordelt i landet.

Grenseoppgang til de etablerte odontologiske spesialitetene

Det finnes i dag 531,2 avtalte årsverk for tannlegespesialister i offentlig og privat tannhelsetjeneste i Norge, av disse er 15 prosent ansatt i offentlig tannhelsetjeneste (SSB 2021 tabell 11774, vedlegg K1). I tannhelsetjenesten er det til sammen 4226,8 årsverk allmenntannleger mot 531,2 årsverk tannlegespesialister (SSB 2021). Dvs. at kun 12,6 prosent av det totale antall tannlegeårsverk har spesialisering.

Antall avtalte årsverk for tannlegespesialister som jobber klinisk i tannhelsetjenesten (offentlig og privat) innenfor hver godkjent spesialitet varierer, fra seks (kjeve- og ansiktsradiologi) og 22 tannleger (pedodonti), til 195 (kjeveortopedi), jf. data fra SSB 2020 (vedlegg K1).

Spesialistforeningene i NTF har kommet med spørsmål og innspill til hva som er relevant i vurderingen av om det er riktig å etablere ytterligere en spesialitet (kapittel 11 om innsamling av data).

Det er viktig for de etablerte spesialitetene å samarbeide og ha dialog på tvers av fagområder. MDO-tannlegen er i all hovedsak en klinisk utførende behandler og bruker i snitt tre firedel av arbeidstiden i klinikken (vedlegg E5 og E6). Det kan også være nødvendig for MDO-tannlegen å ha samarbeid om enkeltpasienter med andre spesialister og det kan være behov for koordinering av behandlingsforløp på spesialistnivå. Dette er i prinsippet samme praksis som er vanlig og nødvendig også godkjente spesialister imellom.

Det blir pekt på at det er behov for tannleger med ekstra kompetanse om blant annet samhandling på tvers av tjenester, medisinske forhold og psykiatri. Dermed kan den nye kompetansen bli en brikke i samarbeidet til nytte for pasienten. Helsedirektoratet mener at ved en gradvis oppbygging bør ikke MDO-kompetansen anses som en konkurrerende kompetanse, men heller som en komplementerende ressurs for andre tannleger, tilsvarende godkjent medisinsk spesialitet i generell kirurgi.

Ved behov kan MDO-tannlegen ha et formalisert ansvar for nødvendig kompetanseheving av tannhelsepersonell, samt for koordinering av behandlingstiltak. Det er dessuten viktig at spesialister i MDO har et nært samarbeid med tannpleier i forebygging av sykdom (som karies og periodontitt), samt ved oppfølging og vedlikehold etter gjennomført behandling.

Per i dag er det få som er utdannet med MDO-kompetanse (åtte stk. 2011-2021) og det er derfor begrensede erfaringer. Det er kjent at MDO-tannlegene som er ansatt i offentlig tannhelsetjeneste jobber utelukkende med henviste pasienter, at henvisere og pasienter anser dem som nyttige (kapittel 2), og at de dekker et definert behov der de befinner seg. De oppfatter selv at det er tydelig når det er behov for å henvise videre til en godkjent spesialist.

Nasjonale læringsmål vil bidra til å vise grenseoppgang mot andre spesialistutdanninger, jf. oppdrag gitt i TTB2019-7 (vedlegg B2/pkt. 1.1). Det er også for MDO-tannlegene, som for andre behandlere, viktig å kjenne til eget kompetansenivå (helsepersonelloven § 4, andre ledd). Det vil avhenge av utdanningen, men også av erfaring, trening og interesse for faget.

Offentlig og privat tannhelsetjeneste

Et overordnet prinsipielt spørsmål som reises av NTF er hvilke oppgaver som skal løses av offentlig tannhelsetjeneste og hvilke som fortsatt skal løses av privat tannhelsetjeneste, eventuelt med delvis offentlig finansiering over folketrygden.

NTF er også tydelig på at enhver utdanning som tilbys bør bygge på et behov for nettopp denne kompetansen. NTF ønsker svar på hvilke behov som skal dekkes ved etableringen av en spesialitet i MDO og er opptatt av hvorvidt MDO-tannlegen i hovedsak skal behandle enten:

- a. voksne pasientene med store/komplekse tannbehandlingsbehov som per i dag har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten jf. tannhelsetjenesteloven. Pasienter som i dag i hovedsak behandles av allmenntannleger/ tannlegespesialister i offentlig tannhelsetjeneste *eller* av private tannlegespesialister/universitetsklinikker som har avtale med fylkeskommunen eller som har fått henvisning fra fylkeskommunen.

Eller:

- a. voksne pasienter med store/komplekse tannbehandlingsbehov som ikke har rettigheter i tannhelsetjenesteloven, og som har eller ikke har rettigheter i Helfo/Folketrygden. Pasientene som i dag i hovedsak behandles av allmenntannleger/tannlegespesialister i privat tannhelsetjeneste.

Helsedirektoratet oppfatter at en slik todeling ikke vil være hensiktsmessig fordi behandlingstilbudet til en vesentlig andel av befolkningen bosatt i distrikt i hovedsak tilbys av offentlig tannhelsetjeneste, mens det i sentrale strøk vil være god tilgang til private tannhelsetjenester. Kompetansesentrene vil delvis ha et tilbud til disse pasientene, men for mange pasienter er det lang reisevei til et kompetansesenter. Det er dessuten kun et fåtall kompetansesentre, fordelt på fem av landets regioner.

Helsedirektoratet mener at MDO-spesialister møter et behov som så langt ikke har blitt dekket, og at de dermed ikke vil være i en direkte konkurranse med spesialister i privat tannhelsetjeneste. Det kan likevel gi

noe redusert antall henvisninger til spesialister i privat tjeneste, da den offentlige tannhelsetjenesten kan få mindre behov for å henvise ut av egen organisasjon.

Samhandling på tvers av helsetjenester

Helsedirektoratet mener at det bør rettes fokus mot viktigheten av god oral helse og sammenhengen mellom oral helse og annen somatisk og/eller psykisk helse. Sammenhengene understøttes av nylig publisert kunnskapsoppsummering (Oslo Economics 2021/ pkt. 2.1). Den nasjonale veilederen *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov* (Helsedirektoratet 2017) har vekt på oppfølging av pasienter som trenger at tjenestene samhandler. Oral helse vil ofte være en utfordring for disse pasientene, og det er viktig med tannhelsepersonell med riktig kompetanse som organisatorisk bidrar til å samhandle med andre tjenester i kommunen og spesialisthelsetjeneste jf. Primærhelsemeldingen (2014).

Formålet med spesialisering er ifølge den nasjonale veilederen *kvalitetsforbedring*. Samtidig har man sett at opprettelse av spesialtilpassede tilbud for spesifikke tilstander, med klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, har en iboende dynamikk ved at noen personer kan «falle mellom stoler». Dette innebærer at den helhetlige ivaretagelsen kan bli mangelfull ved at det gis spesialiserte tilbud. Ivaretagelse av en helhetlig oppfølging av personer med sammensatte behov er særlig viktig for denne gruppen.

En breddekompetanse innen oral helse vil kunne bidra til å fange opp personer som ellers ikke ville fått god eller riktig oppfølging. Oral helse har dessuten noen tilleggsutfordringer da den offentlige tannhelsetjenesten er organisatorisk forankret i fylkeskommunen som eneste helsetjeneste, samtidig som brorparten av tannhelsetilbudet for voksne er organisert i privat helsetjeneste (pkt. 2.4). Tannhelse bør likevel inngå i tverrfaglige team i kommunen (pkt. 1.2/Primærhelsemeldingen) som skal sørge for koordinerte tjenester for brukere med særlige behov.

Universitetene

Universitetene er positive til en gjennomgang som oppsummerer erfaringer med MDO-utdanningen. Det påpekes at det er vesentlig for universitetene at finansiering av de eksisterende spesialistutdanningene ikke rammes ved en eventuell etablering av en ny spesialitet. Da ville det være vanskelig for universitetene å bidra til etableringen av en ny odontologisk spesialitet.

Det har blitt signalisert fra universitetene at det kan være aktuelt å ha denne utdanningen også ved utdanningsvirksomhetene i Oslo og Bergen. Det ble pekt på at det er behov for at innholdet i MDO-utdanningen gjennomgås og justeres noe, samt at en del av praksisen bør foregå på sykehus. Alle tre universiteter er tydelige på at det kan være mulig å etablere et utdanningstilbud rimelig raskt dersom læringsmål foreligger og det er føringer om at det skal utdannes et visst antall.

UiO påpeker at:

- Det er et stort behov for tannleger med økt kompetanse om personer med somatiske og mentale lidelser som trenger tilrettelagt oral helserådgivning og behandling. MDO er en spesialitet der tannlegen skal inneha bred kompetanse innen odontologisk behandling for pasienter med store og sammensatte behov innen medisinske og psykologiske problemstillinger som påvirker deres orale helse eller der orale uhelse gir andre helseutfordringer. I tillegg skal tannlegen ha fordypet og bredere tannlegekompetanse innen øvrige odontologiske fagområder.
- MDO bør dersom det skal etableres være en spesialitet. Det vil gi en nødvendig status i sykehus. Det er også ønskelig å ha ph.d. hvis man skal jobbe i sykehus, for mest mulig harmonisering med sykehusleger.

- UiO ser nytten av stillinger for denne kompetansen med ansvaret for/fokus på helheten i pasientbehandlingen. De anser at det er et stort behov for at leger, allmenntannleger og andre tannlegespesialister samarbeider med tannleger med MDO-kompetanse om behandling, behandlingsplanlegging og veiledning. MDO-tannlegen kan bidra til samhandling mellom tannhelsetjenesten og andre helsetjenester, uavhengig av forvaltningsnivå, slik at pasienter får koordinerte helsetjenester tilpasset sine behov.
- Spesialiteten kan ha en stor samfunnsmessig nytte i geografiske områder der andre tannlegespesialister ikke er tilgjengelige.
- Spesialiteten skal også gi kompetanse til alene å utføre komplisert odontologisk behandling i sykehus, der pasientens helsetilstand tilsier dette som best tilgjengelig helsehjelp.
- Det er ønskelig at det gis tydelige føringer til RHF-ene om å bidra i odontologisk spesialistutdanning. Det er behov for god tilrettelegging for sykehusetjeneste, både for spesialisering i oral kirurgi og oral medisin og for MDO-utdanningen.
- Kompetansen kan være med å bidra til å styrke og modernisere grunnutdanningen.

UiB påpeker at:

- Det er viktig å avklare hvor mange pasienter som har behov for å følges opp av en MDO-tannlege og hvor disse pasientene befinner seg.
- Pasienter som er odontologisk og medisinsk komplekse risikerer å bli nedprioritert hvis forutsetningene for god ivaretagelse mangler. Da blir det viktig å sikre at det finnes god kompetanse for å behandle disse i den offentlige tannhelsetjenesten.
- En utdanning gir en kvalitetssikring av at nivået er godt nok og tilpasset, kompetanseheving gjennom en struktur, dette får man ikke ved kun kursing, men ved en formell utdanning.
- Det fins et stort behov for MDO-spesialister, først og fremst på sykehus, men også i den offentlige tannhelsetjenesten.
- Utvidet medisinsk kompetanse hos MDO-spesialister er like viktig som utvidet odontologisk kompetanse.

UiT påpeker at:

- Alle steder i helsetjenesten møter man på medisinsk kompliserte pasienter med medisinsk grunnsykdom. I behandlingen av disse pasientene kreves ekstra fokus på generelle helsemessige utfordringer. Det bør eksistere en odontologisk spesialkompetanse som ivaretar denne pasientgruppen.

Samfunnsodontologi, Institutt for klinisk odontologi

Samfunnsodontologi ved UiO [\[35\]](#) er enige i at det finnes grupper av pasienter som ikke får god nok oppfølging, «de tunge gruppene». Det anses som usikkert om én enkelt godkjent spesialitet eller etableringen av en *ny* spesialitet vil kunne løse dette problemet. Da mange pasienter i disse gruppene ikke oppsøker tannhelsetjenesten, bør det ses på hvorfor pasienter uteblir.

Jf. Grytten (2017a) skal en spesialist utføre avansert odontologisk behandling som ligger utenfor allmenntannlegens kompetanse, mens situasjonen i dag er slik at en relativ høy andel av tannlegespesialistene utfører behandling som også kan utføres av allmenntannlegen. Grytten peker på at man muligens må se for seg en framtid der spesialister også må jobbe som allmenntannleger for å sikre en ideell geografisk fordeling av tannhelsefaglig kompetanse.

For å bidra til et bedre tjenestetilbud peker også Grytten på behov for en gjennomgang av hele strukturen for tannhelsetjenester. Det blir nødvendig å nå de pasientene med størst behov, og da må tilbudet være et lavterskeltilbud og/eller samarbeid med andre helsetjenester som kan fange opp behov, f.eks. fastleger og sykehus. Hvilket forvaltningsnivå tannhelsetjenesten bør være på er et prinsipielt spørsmål (pkt. 2.4).

Grytten spør om det hadde vært riktigere for den offentlige tannhelsetjenesten å være plassert i samme organisasjonsstruktur som den øvrige helsetjenesten, dvs. i kommunen og ved RHF-ene. Generelt vil riktig dimensjonering av tjenesten være vesentlig på alle nivåer. Tannpleiernes rolle er sentral for disse pasientene. Det er dessuten viktig for kvaliteten at ferdigheter og kompetanse opprettholdes ved at både allmenntannleger og tannlegespesialister har et riktig behandlingsvolum.

Fotnoter

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

[34] MDO-tannleger har gjennomgått implantatbehandlingskurs i regi av NTF som gir tilgang til Helfo-refusjoner.

[35] Avdelingen er representert ved J. Grytten, jf. vedlegg D.

Innspill om forutsetninger for en vellykket gjennomføring

I dialog med godkjente utdanningsvirksomheter og aktuelle fagmiljøer har det fremkommet en rekke forutsetninger for en vellykket etablering av en MDO-utdanning.

Helsedirektoratet ser behov for organisatoriske endringer i utdanningen

- Hele det ordinære utdanningsløpet bør tilbys i Norge[36]
- Utdanningsvirksomhetene bør på sikt ha MDO-tannleger ansatt i hele eller delte stillinger.
- Det bør tas opp minst to parallelle kandidater ved den enkelte utdanningsvirksomhet som tilbyr utdanningen.
- Det bør ikke være en forutsetning at man har jobbet i offentlig tannhelsetjeneste for å bli tatt opp i MDO-utdanning, selv om jobbene etter endt utdanning ofte vil være i offentlig tannhelsetjeneste.
- Egnen til benevnelse for spesialistområdene bør vurderes av faggruppen som skal utarbeide nasjonale læringsmål.

Helsedirektoratet ser behov for endring i innhold i utdanningen

Nåværende studieplan (vedlegg P) anses som ambisiøs i forhold til lengden på utdanningsløpet og trenger justeringer, samtidig kan noen temaer med fordel gis større vekt:

- kunnskap om hvordan somatisk, psykisk og odontologisk helse gjensidig påvirker hverandre, samt hvordan somatisk og psykisk helse kan påvirke pasienters evne til å motta tannbehandling
- mer vekt på enkelte temaer bør vurderes, som generell kompleks medisin og kariologi
- spesialiteten må ha kunnskap om og behandlingskompetanse for pasienter med komplekse lidelser innen somatisk og mental helse i comorbiditet med orale helseproblemer

- samhandling med øvrig helsepersonell og god kjennskap til organisering og finansering av helsetjenester
- en anbefaling om minimum antall kasus i de kliniske delene av studiet kan vurderes. Utover disse kasusene kan man tilpasse studieløpet etter kandidaten sin kliniske erfaring.

Sykehustjeneste

MDO-utdanningen skal gi god medisinsk og psykologisk kompetanse og Helsedirektoratet mener at utdanningen derfor bør inneholde praksis fra institusjoner og sykehusavdelinger.

[Spesialisthelsetjenesteloven § 3-5](#) første ledd sier at: «*De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen*». Den skal sikre utdanning av personell tilknyttet profesjoner som er avhengig av å få deler av sin opplæring ved institusjoner i spesialisthelsetjenesten, herunder tannlegespesialister.

For kandidater i oral kirurgi og oral medisin inngår sykehustjeneste som en del av utdanningsløpet. Dette er forankret i *regjeringens oppdragsdokument 2011 til RHF-ene* og beskriver ansvaret for spesialistutdanningen og ansvaret for å opprette stillinger for disse kandidatene («skal [...] sørge for stillinger [...]»). Kandidatene genererer pasientinntekter og de ansettes og lønnes av RHF-ene i den perioden de har sykehustjeneste, på lik linje med leger i spesialisering (LIS).

Hvis sykehustjeneste skal inngå i et MDO-utdanningsløp bør sentrale føringer til RHF-ene omfatte også MDO-kandidater. Det er av Helsedirektoratet foreslått at RHF-ene sin rolle i spesialistutdanning av tannleger skrives inn i ny forskrift om spesialistutdanning av tannleger (Helsedirektoratet 2021).

Lengde på utdanningsløpet

Flere miljøer, blant annet universitetene, har påpekt at MDO er et omfattende studium per i dag. Det kan dessuten bli aktuelt å innlemme klinisk sykehustjeneste som per i dag ikke er en del av utdanningen. UiO påpeker at kompetanse, ferdigheter og tilstrekkelig bredde og dybde i de respektive fagområdene er viktigere enn å beholde lengden på utdanningsløpet (tre år). Helsedirektoratet tilrår at lengde på utdanningsløpet vurderes av faggruppen som skal foreslå nasjonale læringsmål.

Benevnelse av fagområdet

Helsedirektoratet mener at det er behov for en vurdering av benevnelsen for fagområdet.

Opprinnelig var oppdraget som ble gitt Helsedirektoratet å prøve ut en spesialistutdanning i «klinisk odontologi», og utdanningen gikk under denne benevnelsen fra oppstart i 2011 frem til 2016. Benevnelsen ble i ulike miljøer oppfattet som lite egnet for utprøvingen. Den ga uheldige assosiasjoner, da alle tannleger må anses som kliniske odontologer. Instituttet der tannlegeutdanningen er organisert heter dessuten *Institutt for klinisk odontologi*.

I desember 2016 ble det fattet et vedtak i styringsgruppen for utprøvingen, at utdanningen skulle endre benevnelse til «multidisiplinær odontologi», som videre arbeidstitel for utprøvingen. Det er nevnt i protokollen fra møtet at «sykehusodontologi» var oppe som et alternativt forslag. Andre forslag som ble diskutert i møtet var «oral rehabilitering» og «tverrfaglig odontologi».

UiO peker i 2021 igjen på at det vil være behov for en ny benevnelse hvis fagområdet skal etableres som en odontologisk spesialitet. De foreslår «helseodontologi», men nevner også «tverrfaglig odontologi»:

- *Spesialitet i helseodontologi:* Utfra at psykologi har helsepsykologi som en fagdisiplin definert som grenseområdet mellom psykologi og somatisk medisin vil helseodontologi kunne defineres som grenseområde mellom odontologi, somatisk-, og psykiatrisk medisin.
- *Spesialitet i tverrfaglig odontologi:* Utfra at *multidisiplin* oftest forstås som flere disipliner innen ett fagområde i samarbeid (odontologi) mens *tverrfaglig* forstås som flere fagområder i samarbeid.

Helsedirektoratet tilrår at det legges til faggruppen som skal foreslå læringsmål for spesialiteten å foreslå et egnet navn for spesialistområde, og at forslaget sendes på høring sammen med forslag til læringsmål.

Helsedirektoratet mener ikke at MDO bør erstatte andre odontologiske spesialiteter

I det opprinnelige oppdraget for MDO (2006) står det at: «*En eventuell godkjenning vil i så fall medføre at spesialitetene protetikk og bittfysiologi og endodonti vil måtte vurderes på nytt.*» Jf. oppdraget skal det ved innføring av MDO vurderes om det fremdeles er behov for de to spesialitetene oral protetikk og endodonti, eller om disse fagområdene kan erstattes av MDO.

Høsten 2021 er det levert HOD en rapport hvor det er foreslått læringsmål for hver enkelt av de syv odontologiske spesialitetene (TTB2019-7). Helsedirektoratet mener at en eventuell opprettelse av en spesialitet i MDO må anses som et supplement til de syv godkjente odontologiske spesialiteter og ikke erstatte noen godkjente tannlegespesialiteter.

Helsedirektoratet tilrår at det utvikles en modell for å vurdere behov for antall tannleger med spesialisering i hver enkelt spesialitet, inkludert MDO.

Fagmiljøene peker på at en eventuell etablering av en ny spesialitet i MDO må ses i sammenheng med behovet for og dimensjonering av de allerede godkjente spesialistutdanningene.

Helsedirektoratet tilrår at det opprettes en tilskuddsordning for å stimulere til at det etableres stillinger i offentlig tannhelsetjeneste

Ledere i den offentlige tannhelsetjenesten ser behov for MDO-kompetanse i sin bemanning (pkt. 3.8 og tabell. 3.1). Basert på innrapportering fra disse lederne har Helsedirektoratet estimert hvor mange stillinger det kan være behov for at opprettes for MDO-tannleger. Antallet er relativt høyt sammenlignet med antallet spesialister ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten fra de øvrige odontologiske fagområdene (vedlegg K).

Fotnoter

[36] Dvs. at obligatoriske kurs ikke som hovedregel bør foregå utenfor Norge.

Bakgrunn for rapporten

I St. Meld. 35 (2006) fremkommer det at Helse- omsorgsdepartementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet om å «prøve ut en ny spesialitet i klinisk odontologi, som i første rekke er et ønske fra fylkeskommunene».

Det opprinnelige oppdraget om klinisk odontologi/MDO (06/4001) ble gitt i brev av 4. september 2006 (vedlegg B1):

[...] Utpøving av ny spesialitet

Departementet har også besluttet at det skal utredes og utprøves en ny spesialitet i klinisk odontologi basert på fagområdene periodonti, protetik og bittfysiologi og endodonti. Etter utprøving av ny spesialitet vil det bli tatt en endelig beslutning om eventuell godkjenning av denne. En eventuell godkjenning vil i så fall medføre at spesialitetene protetik og bittfysiologi og endodonti vil måtte bli vurdert på nytt. [...]

Oppdrag forsøksordning MDO

Oppdraget gitt Helsedirektoratet i 2006 ble delegert til UiT, Institutt for klinisk odontologi (IKO), i samarbeid med TkNN. I 2008 ble prosjektet startet opp ved UiT, underlagt en styringsgruppe i Helsedirektoratet. Det ble nedsatt en studieplankomite bestående av ressurser fra UiT, TkNN, den offentlige tannhelsetjenesten i Bodø og Universitetet i Turku/Finland. I 2010 ble det engasjert en studieleder/prosjektleder ved UiT. Det ble dessuten nedsatt en lokal styringsgruppe bestående av representanter fra UiT og TkNN.

Første kull, bestående av fire kandidater, ble tatt opp i 2011 under fullfinansiering av Helsedirektoratet (pkt. 6.3). I 2012 ble det tatt opp et nytt, overlappende kull, bestående av ytterligere tre kandidater. Første kull ble uteksaminert i 2014, mens én kandidat fra andre kull ble uteksaminert i 2015. Én kandidat fra andre kull brøt utdanningsløpet. En tredje kandidat på andre kull ble uteksaminert i 2017, etter et forlenget utdanningsløp (vedlegg L).

I 2015 ble forsøksordningen evaluert av Oxford Research (pkt. 9.2). Rapporten tok ikke stilling til behovet for fagområdet, men pekte blant annet på svakheter i organisering, studieplan og mangelfull utredning i forkant av igangsettelse av forsøksordningen.

HOD konkluderte samme år, i samråd med Helsedirektoratet, med at det ikke forelå nok kunnskap til å fatte en endelig beslutning om fagområdet. Det ble besluttet å kjøre et siste kull, basert på en revidert studieplan og en rekke andre justeringer i utdanningen. Det ble nedsatt to arbeidsgrupper for å følge opp tiltak foreslått av Oxford Research, arbeidsgruppe for innhold i utdanningen og arbeidsgruppe for behov for kompetansen. I 2018 ble det tatt opp et siste kull bestående av tre kandidater. Én av disse tre brøt utdanningsløpet våren 2019. Én tannlege fullførte utdanningsløpet våren 2020, mens den siste kandidaten ferdigstilte sin utdanning etter et forlenget utdanningsløp vinteren 2020/2021 (vedlegg L1).

Spesialistutdanningen i Tromsø drives som et integrert samarbeid mellom kompetansesenter (TkNN) og universitetet (UiT). De to virksomhetene er samlokalisert i Tannbygget som er lokalisert på universitets- og sykehusområdet. UiT har ikke selv spesialistutdanningsklinikk og all klinisk spesialistutdanning som foregår i regi av UiT skjer på klinikken ved TkNN. UiT tilbyr spesialistutdanning innen fagdisiplinene kjeveortopedi (siden 2009) og pedodonti (siden 2011), oral kirurgi og oral medisin (siden 2021). Spesialistutdanning i

Tromsø ble regnet som en desentralisert utdanning med formål å bidra til geografisk spredning av tannlegespesialister (St.meld. 35 2006).

Bakgrunn for forsøksordningen

Utdanningen skulle ha vekt på periodonti, endodonti, protetikk og bittfysiologi, i tillegg gerodontologi og enklere dentoalveolær kirurgi. Utjevning av mangel på spesialister i utkantstrøk skulle ikke være formål med utdanningen, men gjerne en konsekvens (St.meld. 35 (2006-2007)). Tannleger med kompetansen skulle ikke være en «minispesialist» i tre spesialiteter. Behovet for kompetansen ble begrunnet i et ønske fra fylkestannleger, men var ikke utredet nærmere før utprøvingen ble iverksatt. MDO-utdanningen skulle regnes som desentralisert, da deler av den kliniske utdanningen skulle foregå på ekstern klinikk (hjemmeklinikk).

Oppsummert Oxford Research sin vurdering (2015)

Oxford Research (OR) leverte i 2015 sin rapport på bakgrunn av oppdrag fra Helsedirektoratet. Evalueringen søkte å finne svar på problemstillinger knyttet til gjennomføring av prosjektet: faglig innhold og kvalitet i utdanningen, behov for denne kompetansen i Norge, rekruttering og andre relevante forhold. OR peker på følgende:

- MDO-utdanningen var tilpasset et behov for større og mer tverrfaglig odontologisk kompetanse i distrikt. Behov for kompetansen i distrikt er begrenset og vil trolig endres over tid.
- Utdanningen med studieplan 2011 møter ikke kravene for en odontologisk spesialistutdanning jf. gjeldende regelverk det er forholdsmessig for stor vekt på kliniske ferdigheter. Med enkle tilpasninger vil utdanningen kunne tilfredsstille kravene.
- Behov for strengere opptakskrav.
- Behov for at utdanningen som tilbys ligger tettere opp mot gjeldende studieplan.
- Utdanningen ved UiT/TkNN er ikke bærekraftig: behov for å institusjonalisere kompetanse og kapasitet i de ansvarlige institusjoner – per 2015 er man avhengig av nøkkelpersoner og eksterne krefter, samt et opptak av kandidater med svært gode forutsetninger.
- Utprøvingen har båret preg av et relativt uklart mandat.

Det var behov for å:

- tydeliggjøre grenseoppganger
 - mot andre godkjente spesialiteter
 - mot allmenntannlegens kompetanse
- tydeliggjøre målet med utdanningen
- fylkestannlegene må brukes i identifisering og rekruttering av kandidater til utdanningen.

Oxford Research (OR) tilrådet at styringsgruppen for utprøvingen av en videreutdanningen ble gitt et tydeligere mandat og at utdanningen skulle ha en tettere oppfølging fra Helsedirektoratet. De anbefalte også at UiT og TkNN skulle ha tydeligere ansvarsdeling seg imellom i form av en mer eksplisitt samarbeidsavtale enn tidligere.

Arbeidsgruppe innhold i utdanningen

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe som skulle vurdere studieplanen (2015). Arbeidsgruppen var sammensatt av representanter fra ulike fagmiljøer: universitetene, TkNN, SSB, Helsedirektoratet.

Justeringer underveis i utprøvingen

På bakgrunn av justeringer foreslått av arbeidsgruppen lanserte UiT i 2016 en ny studieplan for utdanningen (vedlegg P):

- Tydeligere fokus på hvilke pasienter fagområdet skal hjelpe: Pasienter med særlig sammensatte behov – tverrfaglig odontologiske, psykiske og medisinske problemstillinger – «pedodonti for voksne»
- tydeligere vekt på fagområdet orofacial medicin / sykehusodontologi.

Det ble også gjort andre justeringer:

- *Opptakskrav*: «To års klinisk erfaring er et minimum. Søkere med fem års allmennpraksis eller mer, vil bli foretrukket».
- *Vekting av klinisk vs. teoretisk utdanning*: Vekting av klinisk vs. teoretisk utdanning endres fra 70/30 til 60/40, som tilsvarer kravet for en godkjent odontologisk spesialitet.
- *Styrket veiledning*: Minst 50 prosent av den kliniske utdanningen skal foregå ved TkNN.
- *Samarbeid med de øvrige norske fagmiljøene/odontologiske universitetene*: Tydeligere tilråding om at UiT/TkNN ved behov bruker fagpersoner med tilknytning til de nasjonale fagmiljøene.

Arbeidsgruppe behov for kompetansen

Arbeidsgruppen var sammensatt av representanter fra ulike fagmiljøer: den offentlige tannhelsetjenesten, SSB, samfunnsodontologi, NTF, universitetene, kompetansesentrene, Göteborgs Universitet, forsøksordningen sykehusodontologi, Helsedirektoratet.

Gruppen har pekt på at det per i dag ikke finnes en tilgjengelig analyse som gir svar på kompetansebehovet og behovet for antall tannleger i fremtiden.

Gruppen tilrådet bruk av fem spørsmål ble lagt til grunn for vurdering av behov:

1. Hvilken pasientgruppe er spesialiteten tenkt å betjene?
2. Gir behandling i spesialiteten helsemessig gevinst?
3. Kan effekten oppnås på annen måte?
4. Kan en ny spesialitet sikre jevn geografisk tilbud av tannhelsetjenester?
5. Er ordningen kostnadseffektiv?

Spørsmålene samsvarer med punkter som Helsedirektoratet har benyttet for godkjenning av opprettelsen av en nasjonal helsetjeneste. De er en del av et større skjema med flere spørsmål. Arbeidsgruppen har valgt ut de mest sentrale spørsmålene.

Gruppen tilråder videre at «det nedsettes et bredt sammensatt ekspertutvalg bestående av representanter for SSB og odontologiske kompetansemiljøer som kan utrede de fem punktene under del 1 ved å sammenfatte eksisterende data hos SSB supplert med andre undersøkelser.»

Organisering av arbeidet med sluttrapporten

Metodikk for fremskaffelse av datagrunnlag

I dette kapittelet beskriver vi nærmere metodene vi har benyttet i prosessene med å fremskaffe data (vedlegg E, F, G, H).

Data samlet inn fra pasienter som er behandlet av MDO-tannleger, fra tannleger som har henvist pasienter til MDO-tannlege og fra MDO-tannleger selv tillegges særlig vekt fordi de kommer fra pasientene selv eller fra de behandlere som kjenner pasientene og deres behov. Antall respondenter i alle kategorier er begrenset siden utdanningen har vært utprøvd for kun tre små studentkull. Helsedirektoratet sine vurdering baserer seg derfor på et bredere datagrunnlag (vedlegg D1,H).

Helsedirektoratet har også hatt løpende kontakt med styringsgruppen for utdanningen ved UiT (vedlegg C1).

Intervjuer med involverte i utdanningen

Det ble utført individuelle intervjuer med til sammen 12 personer (vedlegg D1). Bakgrunnen for at intervju ble valgt for å fremskaffe data var en antakelse om at ikke alle praksiser er nedskrevet, det er fine linjer mellom formell og uformell praksis, samtidig som man har hatt et ønske om å kartlegge faktisk praksis. Helsedirektoratet har fått bistand fra utdanningen i Tromsø i vurderingen av hvem som var relevante for å inngå i et intervjuutvalg.

Utdanningsvirksomhetene har også lagt til rette for praktisk gjennomføring av intervjuene. Intervjuene er utført av Helsedirektoratets interne arbeidsgruppe, brorparten er gjennomført i Tromsø i mai 2019. Ett av intervjuene ble utført digitalt i juni 2019.

Informantene ble kategorisert etter funksjon i utdanningen (*tidligere kandidat, pågående kandidat, klinisk veileder, ledelse*). Det ble utarbeidet egne intervjuguider til de ulike kategoriene. Intervjuene har vært halvstrukturerte ved at de har kretset rundt en gruppe temaer, samtidig som formen har vært samtalepreget med åpne spørsmål uten svaralternativer og med oppfølgingsspørsmål basert på tidligere svar. Hvert intervju ble innledet med informasjon om oppdraget og intervjuobjektene ble invitert til å stille spørsmål. Det har vært rom for at informantene har fått snakke fritt og kunne vektlegge det de selv opplever som viktig å formidle.

Informantene utgjør et selektivt utvalg. Intervjuene er ikke egnet for kvantifisering, men gir informasjon om både tidligere praksis og dagens praksis.

Workshop med involverte i utdanningen

En workshop ble gjennomført i Tromsø i mai 2019. Fire «arbeidsgrupper» satt sammen av ledere for utdanningen, veiledere, ferdige kandidater og kandidater under utdanning ble etablert. Arbeidsgruppene hadde god kjennskap til utdanningen og pasienter som får tilbud som en følge av utdanningen. Sammensetningen av gruppene var laget med tanke på å ha noenlunde felles ståsted.

Alle fikk utlevert et knippe påstander (vedlegg M1) som de skulle ta stilling til, ved hjelp av en skala for hvor enig eller uenig de var i påstanden (1 var *helt uenig* og 10 var *helt enig*). Først skulle de vurdere dette individuelt og så diskutere i grupper. På samme måte skulle de først individuelt og så i grupper vurdere hvorfor de ga påstanden *dette skåret* heller enn *to poeng lavere skår*. Til slutt skulle de også beskrive hva som skulle til for å kunne gi to poeng høyere skår. Felles konklusjoner for gruppene ble lagt frem i plenum. Innspill fra de øvrige gruppene ble lagt til. Konklusjonene fra workshopen er diskutert i denne rapporten.

Intervjuer og møter med relevante odontologiske fagmiljøer

Helsedirektoratet har intervjuet fagpersoner i de odontologiske fagmiljøene (vedlegg D1).

De fleste intervjuene ble gjort med enkeltpersoner. Noen av intervjuene ble gjort i grupper på to eller flere, da etter intervjupersonenes ønske. Intervjusamtalene tok utgangspunkt i påstand 1 jf. workshop med UiT og TkNN. Første del av undersøkelsen tok deretter utgangspunkt i spørsmålene i utredningsinstruksen (pkt. 1.3), etterfulgt av noen konkrete spørsmål om MDO-kompetansen:

- *Er det behov for kompetanse i MDO, slik du ser det?*
- *Hvilke arbeidssteder/roller ser du for denne kompetansen?*
- *Bør fagområdet bli en odontologisk spesialitet? Hvorfor/hvorfor ikke?*
- *Bør utdanningen bli nasjonal?*

Spørreundersøkelse NTF/spesialistforeningene

Helsedirektoratet hadde et møte med NTF og representanter for spesialistforeningene i februar 2020. Helsedirektoratet informerte om utprøvingen og to av MDO-tannlegene holdt et innlegg om fagområdet. Spesialistforeningene ble bedt om å besvare en skriftlig spørreundersøkelse i etterkant av møtet og NTF sin ledelse koordinerte et felles svar fra foreningen.

Første del av undersøkelsen tok utgangspunkt i spørsmålene i utredningsinstruksen, etterfulgt av noen konkrete spørsmål om MDO-kompetansen:

- *Er det behov for kompetanse i MDO, slik du ser det?*
- *Hvilke arbeidssteder/roller ser du for denne kompetansen?*
- *Bør fagområdet bli en odontologisk spesialitet? Hvorfor/hvorfor ikke?*
- *Bør utdanningen bli nasjonal?*

Spørreundersøkelse ledere i den offentlige tannhelsetjenesten

Spørreundersøkelse hos ledere i den offentlige tannhelsetjenesten ble gjennomført under et møte i Nasjonal ledergruppe for den offentlige tannhelsetjenesten 27. november 2019 (tidl. fylkestannlegemøtet). Helsedirektoratet informerte om utprøvingen og en av MDO-tannlegene holdt et innlegg om fagområdet. Deretter ble ledergruppen bedt om å fylle ut og returnere spørreundersøkelsen i fritekst (vedlegg H1).

Ledere som ikke var tilstede i møtet fikk anledning til å besvare undersøkelsen etterskuddsvis. Til sammen ble undersøkelsen besvart av 17 regionale ledere for den offentlige tannhelsetjenesten (tidl. fylkestannleger) samt to ledere for tannhelsetjenestens kompetansesentre.[37]

Det ble utført en supplerende undersøkelse april 2021, da flere av ledere i den offentlige tannhelsetjenesten var skiftet ut etter at tidligere ledere hadde gått av med alderspensjon (tabell 3.1).

Spørreundersøkelse ferdigutdannete MDO-tannleger

August 2020 ble det gjennomført en undersøkelse på e-post hvor fem tannleger som hadde gjennomført MDO-utdanningen ble invitert til å svare. Fire tannleger som alle jobbet eller hadde jobbet i offentlig tannhelsetjeneste besvarte undersøkelsen.

Tannlegene ble bedt om å fylle ut et skjema som kretset rundt:

- a. *Type behandlinger*
- b. *Type arbeidsoppgaver*
- c. *Andel henvisninger*
- d. *Finansiering av behandlingen*

Spørreundersøkelse tannleger som henviser til MDO-tannlege

Det ble sendt ut en digital spørreundersøkelse til den offentlige tannhelsetjenesten i Agder, Trøndelag og Troms våren 2020. Det ble spurt om tannhelsepersonell hadde henvist til MDO-tannlege i 2019.[38] Personell som hadde henvist til MDO-tannlege fikk noen spørsmål som omhandlet problemformuleringen i denne rapporten og samarbeid med MDO-tannlege (kalenderåret 2019).

Brukerundersøkelse

Det har blitt utført en brukerundersøkelse blant pasienter hos fire MDO-tannleger ansatt i offentlig tannhelsetjeneste. Brukerundersøkelsen ble gjennomført i en periode på åtte uker (høsten 2020). Alle pasienter som hadde time hos en MDO-tannlege skulle få tilbud om å svare på spørsmål via en adresse til en digital spørreundersøkelse.

Enkelte pasienter ble vurdert at tannhelsepersonellet at ikke skulle inviteres til å delta i undersøkelsen, pasienter som:

- kun hadde sin første konsultasjon i undersøkelsesperioden
- har vanskelig for å håndtere elektroniske hjelpemidler
- ikke har tilgang til smarttelefon eller internett
- pasienter som har mental retardasjon

Én tannlege meldte om særlige kapasitetsproblemer som gjorde at hans klinikk kun fikk invitert et fåtall pasienter til å delta i undersøkelsen. Undersøkelsen fikk til sammen 48 respondenter av 210 unike pasienter som hadde time hos MDO-tannlegene i det aktuelle tidsrommet.[39] Antall pasienter som faktisk

fikk tilbud om å delta i brukerundersøkelsen kan estimeres til 127. Undersøkelsen gir usikre data da svarprosenten er lav.

Informasjon om brukerundersøkelsen ble gitt pasientene i et notat som ble delt ut etter behandlingstimen der det kom frem at det var frivillig å delta i undersøkelsen og at den ikke skulle brukes til evaluering av den enkelte MDO-tannlege. Pasientene svarte på spørsmål om:

- a. *Pasientenes tilbud før oppstart av behandling hos MDO-tannlege (vedlegg G1)*
- b. *hva som har vært viktig ved behandling hos en MDO-tannlege (vedlegg G2)*
- c. *Påstander om MDO-kompetansen (vedlegg G3)*

Fotnoter

[37] To av fem kompetansesentre hadde ikke fungerende leder per november 2019, ett kompetansesenter var under avvikling (TkS). Den offentlige tannhelsetjenesten Hedmark og Oppland var under samme leder selv om sammenslåingen ikke skulle iverksettes før 2020.

[38] Svakheter ved denne undersøkelsen var at den kun genererte besvarelser fra tannhelsepersonell som hadde henvist til MDO-tannlege i 2019. Dessuten hadde MDO-tannlegen i Trøndelag få pasienter i 2019 grunnet parallelt arbeid med ph.d. (50 prosent).

[39] Én tannlege hadde 60 prosent klinisk stilling i perioden. Kursing, permisjon og annet fravær utgjorde omlag halvparten av tiden undersøkelsen pågikk. Én tannlege meldte om særlige kapasitetsproblemer i perioden, som gjorde at hans klinikk kun fikk invitert et fåtall pasienter til å delta i undersøkelsen.

Referanser

Den norske legeforening. [Spesialitet allmenmedisin](#). Lesedato 12.10.2021

Den norske legeforening. [Spesialitet generell kirurgi](#). Lesedato 12.10.2021

Direktoratet for økonomiforvaltning, 2018. Veileder til utredningsinstruksen instruks om utredning av statlige tiltak. [Veileder til utredningsinstruksen \(dfo.no\)](#)

Ekorud T og Jensen A, 2010. [Tannhelse. Personell og kostnader, tannhelsetilstand og tannlegebesøk](#). SSB-rapport 29/2010

Ekorud T og Skjøstad O, 2016. [Tannhelse blant voksne i Sverige og Norge. En sosioøkonomisk analyse](#). SSB-rapport 2016/28

Ekorud T og Skjøstad O, 2017. [Personer med låg inntekt går sjeldnere til tannlegen - SSB](#)

Fjæra B, Willumsen T og Eide H, 2010. [Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. En tverrsnittstudie](#). Sykepleien, publisert 06.07.2010

Folkehelseinstituttet, 2009. [Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap](#). Rapport 2009:5

Folkehelseinstituttet, 2019. Skrøpelighet hos eldre. Publisert 24.10.2019

Folkehelseinstituttet, 2020. [Tannpleiertiltak for å bedre oral helse hos personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og andre prioriterte grupper](#). Oversikt over systematiske oversikter

Grytten J, 2017a. [De private spesialistene i tannhelsetjenesten - har de nok å gjøre?](#) Den Norske Tannlegeforenings Tidende 2017; 127:236-40

Grytten J, 2017b. [Allmenntannlegene i den private tannhelsetjenesten - har de nok å gjøre?](#) Den Norske Tannlegeforenings Tidende 2017; 127:948-52

Grytten J, 2021. [Befolkningens utdanning og tilgjengelighet til trygdefinansiert tannpleie i Norge](#), Den Norske Tannlegeforenings Tidende 2021; 131:24-30

Helfo. [Tilstander som kan gi rett til stønad etter folketrygdløven](#). Lesedato: 11.10.2021

Helsedirektoratet, 2010/2014. [Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus](#). Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet, IS-2128

Helsedirektoratet, 2010. [Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. Vurdering av omfang og behov samt forslag til tannhelsetiltak](#). Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet, IS-1855

Helsedirektoratet, 2011. [God klinisk praksis i tannhelsetjenesten](#), Nasjonal veileder

Helsedirektoratet, 2016. [Organisering og gjennomføring av spesialistutdanning for tannleger – høst 2015](#). Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet, IS-2764

Helsedirektoratet, 2017. [Oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#), Nasjonal faglig retningslinje

Helsedirektoratet, 2017. [Primærhelseteam Kvalitet. Ledelse og Finansiering](#). Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet, IS-2656

Helsedirektoratet, 2018. [Kartlegging av spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Status høst 2017](#). Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet, IS-2808

Helsedirektoratet, 2018. [Spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell](#). Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet, IS-2758

Helsedirektoratet, 2021. Spesialistutdanning av tannleger – en kompetansebasert integrert samarbeidsmodell. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet

Helsedirektoratet. [Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølging - Oppfølgingsteam](#). Lesedato: 25.01.2021

Helsedirektoratet. [Primærhelseteam - pilotprosjekt](#). Lesedato: 25.01.2021

Helsedirektoratet. [Styringsinformasjon til helsefelleskapene](#). 06.2021

- [Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Del I: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer](#). IS-2997.
- [Definisjon av skrøpelige eldre ifm. styringsinformasjon til helsefelleskapene](#)
- [Definisjon av kompleks multimorbiditet ifm. styringsinformasjon til helsefelleskapene](#)

Helsedirektoratet. [Code helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Nasjonal veileder](#). Lesedato: 12.06.2021

Helsedirektoratet. [Allmennmedisin](#). Lesedato 12.10.2021

Helsedirektoratet. [Kommunalt pasient- og brukerregister \(KPR\)](#). Lesedato: 11.10.2021

Helsedirektoratet. [Kompetanseløft 2025](#). Lesedato: 11.10.2021

Helsedirektoratet. [Prioriteringsveilederen](#). Lesedato: 11.10.2021

Helsedirektoratet. [Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd](#). Lesedato 13.10.2021

Helsedirektoratet. [Sykehusodontologi](#). Lesedato 11.10.2021

Helsedirektoratet. [Takster for tannbehandling](#). Lesedato: 12.06.2021

Helse- og omsorgsdepartementet, 2005. Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet — Et godt tilbud til de som trenger det mest. [NOU 2005: 11 – regjeringen.no](#)

Helse- og omsorgsdepartementet, 2006. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester. [St.meld. 35 \(2006-2007\) - regjeringen.no](#)

Helse- og omsorgsdepartementet, 2008. Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. [St. meld. 47 \(2008-2009\) – regjeringen.no](#)

Helse- og omsorgsdepartementet, 2014. Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner. [Meld. St. 14 \(2014-2014\) – regjeringen.no](#)

Helse- og omsorgsdepartementet, 2014. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. [Meld. St. 26 \(2014-2015\) – regjeringen.no](#)

Helse- og omsorgsdepartementet, 2017. Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017-2027). [Handlingsplan 2017: 9 – regjeringen.no](#)

Helse- og omsorgsdepartementet, 2018. Det viktigste først Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. [NOU 2018: 16 – regjeringen.no](#)

Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. [Meld. St. 7 \(2019-2020\) – regjeringen](#)

Helse- og omsorgsdepartementet, 2020. Nytte, ressurs og alvorlighet Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. [Meld. St. 38 \(2020-2021\) – regjeringen.no](#)

Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak (2021-2022)). [Prop. 1 S \(2020-2021\) \(regjeringen.no\)](#)

Kunnskapsdepartementet, 2020. Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. [Lovdata](#).

Lunde ES, Otnes B og Ramm J, 2017. [Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. En kartlegging](#). SSB-rapport 2017/16

Lunde ES og Ramm J, 2021. [Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd](#). SSB-rapport 2021/23

Moderniseringsdepartementet, 2005. Utredningsinstruksen med veileder i utredningsarbeid.

NAV. [Økonomisk sosialhjelp - Dette kan du søke om \(nav.no\)](#). Lesedato 11.10.2021.

Norsk psykologforening. [Spesialitet i samfunns- og allmennpsykologi](#). Lesedato 12.10.2021

Oslo Economics, 2021. [Kunnskapsoppsummering om sammenhengen mellom den orale og generelle helse](#)

Oxford Research, 2015. [Noe å tygge videre på? Evaluering av utprøving av spesialistutdanning i klinisk odontologi](#)

PwC, 2019. [Evaluering av «Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus»](#)

PwC, 2021a. Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus – Resultater fra kartlegging på forsøkssykehusene 2020

PwC, 2021b. [Evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi \(«TOO-tilbudet»\)](#)

Regjeringen. [Oppdragsdokument 2011 - regjeringen.no](#). Lesedato 12.10.2021

Regjeringen. [Nye fylker fra 01.01.2020 - regjeringen.no](#). Lesedato 25.01.2021

Rogne AF og Syse A, 2017. [Framtidens eldre i by og bygd - Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse](#). SSB-rapport 2017/32

Skeie MS, Graue AM, Johansson AK og Berggreen E, 2021. [Har satsingen på pedodonti gitt resultater? Henvisninger til spesialister i pedodonti i Hordaland i 2014–2019](#). Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 262–8

Socialstyrelsen (2013). [Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga](#). Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013

Spesialistforskriften, 2016. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (FOR-2021-09-17-2821). Hentet fra [Lovdata](#)

Statistisk sentralbyrå, 2018. [Nesten 1 av 6 oppsøker ikke helsehjelpen de trenger](#). Tall fra Levekårsundersøkelsen om helse fra 2015

Statistisk sentralbyrå, 2021. Avtalte årsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste, etter personellgruppe og sektor. Hentet fra [11774: Årsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste, etter personellgruppe og sektor \(F\) 2015 - 2020. Statistikkbanken \(ssb.no\)](#)

Strand GV og Kvalheim SF, 2020. [Risiko for og forebyggelse af oral sygdom blandt ældre](#). Tandlægebladet 2020;124:2-8

Strand GV og Kvalheim SF, 2021. Risiko og forebygging av oral sykdom blant eldre. [Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 348–55](#)

Strand GV, Widström E, Christensen LB og Wretling K, 2021. Lovgivning, innhold og organisering av tannhelsebehandling for sosialt svake grupper i befolkningen. [Nor Tannlegeforen Tid 2021; 131: 144—50](#)

Tannhelsetjenesteloven, 1983. Lov om tannhelsetjenester (LOV-2021-05-07-31). Hentet fra [Lovdata](#)

Universitetet i Oslo. [Avdeling for pedodonti og atferdsfag - Institutt for klinisk odontologi \(uio.no\)](#). Lesedato: 10.10.2021

Vedlegg

Vedlegg A - Oppdrag på kapittel 770 tannhelsetjenester i statsbudsjettet

Vedlegg A. Oppdrag på kapittel 770 tannhelsetjenester i statsbudsjettet

Kilde	Oppdrag	Kategori	Status
Oppdragsbrev 3.8.2006	Utprøving av ny spesialitet i klinisk odontologi (senere multidisiplinær odontologi)	Forsøksordning	Pågående/ferdigstilt. Leveranse: • Noe å tygge videre på: Evaluering av utprøving av spesialistutdannings klinisk odontologi (20 • Multidisiplinær odontologi – sluttrapport om utprøving av en odontologisk videreutdanning på spesialistutdanningsr (2021)
Prop. 1S (2011-2012) Spesifisert i TTB?	Forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig miljø ved sykehus (sykehusodontologi)	Forsøksordning	Pågående. Leveranser: a. Evaluering av «Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus» (2019) b. Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus. Resultater fra kartlegging på forsøkssykehusene 202 (2021) a. Kunnskapsoppsumm om sammenhengen mellom den orale og generelle helse (2021)

Prop. 1S (2019-2020)	Forprosjekt om kommunal tannpleier	Forberede piloting	Ikke påbegynt. Leveranse: Tannpleietiltak for å bedre oral helse hos personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og andre prioriterte grup Oversikt over systematiske oversikt (FHI 2020).
TTB2019-7	Ny modell for spesialistutdanning av tannleger	Rapport	Ferdigstilt. Rapport levert H 2021 Tidligere leveranser: - TRINN 1: Organiserir og gjennomføring av spesialistutdanning f tannleger – høst 201 (2016) - TRINN 2: Spesialistutdanning a tannleger som en integrert samarbeidsmodell (2 - TRINN 3: Spesialistutdanning a tannleger – en kompetansebasert integrert samarbeidsmodell (2
Prop 1S. (xx-XX) / TTB2020-51 (evaluering)	Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med odontofobi (TOO)	Tjenestetilbud under etablering (tilskuddsordning) / Evaluering av tjenestetilbudet TOO	Pågående. Leveranse: Evaluering av tannhelsetilbudet til pers utsatt for tortur og overg og personer med odont («TOO-tilbudet») (2021)
	En gjennomgang av folketrygdens stønad til tannbehandling for noen grupper pasienter med utgangspunkt i de foreslåtte kriteriene for prioriteringer i tannhelsetjenesten. Vurdering av rett til folketrygdstønad opp mot		

TTB2020-44 <i>Oppfølging av prioriteringsutvalgets innstilling</i>	rettigheter etter tannhelsetjenesteloven for disse pasientene. - Tannutviklingsforstyrrelse - Leppe-kjeve-ganespalte - Pasienter gitt rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten hvor nødvendig tannbehandling er avgjørende for den medisinske behandling eller for rehabiliteringen etter at den medisinske/kirurgiske behandling er gjennomført, og pasienten er funksjonsdyktig/«frisk». Skal ses i sammenheng med Sykehusodontologi. - Tilbudet i fylkene til personer med psykiske lidelser som i dag mottar tannhelsetjenester etter vedtak i fylkestinget.		- Ikke påbegynt - Påbegynt - Kartlegging utført, foreslått at c) skal inngå videre utredninger som gis i oppdrag a. Kartlegging utført
TTB2020-44	- Forprosjekt for innsamling og behandling av tannhelsesdata (KPR) - Utarbeide utkast til av forskrift for plikt til innsending av opplysninger fra private utøvere, jf. KPR-forskriften § 3-1		- Pågående. - Utkast til forskrift er på høring. Kan gi data om: - Tannhelsen i befolkningen - Tannhelsetjenesten
TTB2021-09	Tannhelseprosjekt i Agder og på Romerike	Pilotering/ forsøksordning	Pågående. Kan gi data om: - Samarbeid mellom offentlig og privattannhelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste - Tannhelsetilbud til pasienter med rettigheter i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstave a, b og c . Styrke

Vedlegg B. Oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg B1. Det opprinnelige oppdraget om klinisk odontologi/MDO gitt i brev av 4. september 2006 (06/4001)

« [...] Utpøving av ny spesialitet

Departementet har også besluttet at det skal utredes og utprøves en ny spesialitet i klinisk odontologi basert på fagområdene periodonti, protetikk og bittfysiologi og endodonti. Etter utprøving av ny spesialitet vil det bli tatt en endelig beslutning om eventuell godkjenning av denne. En eventuell godkjenning vil i så fall medføre at spesialitetene protetikk og bittfysiologi og endodonti vil måtte bli vurdert på nytt.

Helse- og omsorgsdepartementet ber Sosial- og helsedepartementet om å utarbeide forslag til innhold i og varighet av utprøving av en ny spesialitet. Beskrivelsen må også omfatte økonomisk/administrative konsekvenser ved utprøvingen av en ny spesialitet. De budsjettmessige konsekvenser må avklares med departementet. [...]»

Vedlegg B2. TTB2019-7 Spesialistutdanning av tannleger som en integrert samarbeidsmodell - Oppdragstekst

«[...] Helsedirektoratet gis herved i oppdrag å utrede blant annet følgende: [...]»

Spesialistutdanning for tannleger

- Forslag til læringsmål i felles kompetansemøduler og læringsmål for den enkelte spesialitet. Det vises til Vedlegg 2 Læringsmål for spesialistutdanning av leger; vedlegg til Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger. Forslag til læringsmål omfatter også forsøksordning med spesialitet i multidisiplinær odontologi.
- Forslag til læringsaktiviteter og -metode og vurderingsform for de ulike læringsmålene.
- Vurderinger og anbefalinger angående samkjøring av studieplaner med forslag til samarbeid om felles teoretisk undervisning av spesialistkandidater ved bruk av IKT. Dette gjelder både generell teoretisk og fagspesifikk teori. Nasjonale samlinger av kandidater vurderes i den sammenheng; på tvers av spesialiteter og innen hver spesialitet. [...]»

Vedlegg C. Styringsgruppe for prøveutdanningen i MDO ved UiT (2015-2021)

I 2011 ble det etablert en styringsgruppe for utprøvingen av MDO ved UiT som besto av representanter fra Helsedirektoratet og for fylkestannlegene. I 2015 ble styringsgruppen utvidet for å inkludere ulike interesser.

Vedlegg C1. Styringsgruppe for prøveutdanningen i MDO ved UiT (2015-2021)

Styringsgruppe for prøveutdanningen i MDO ved UiT (2015-2021)

Navn	Virksomhet	Rolle
Morten Berge	UiB	oppnevnt representant for institutt for klinisk odontologi (IKO)
Tore Bjørnland	UiO	oppnevnt representant for det odontologiske fakultet
Claes Göran Crossner <i>etterfulgt av</i> Elin Hadler-Olsen	UiT	CGC var instituttleder v/institutt for klinisk odontologi (IKO). EH-O var instituttleder v/ IKO frem til 2020, representant for IKO
Elisabeth Camling	TkNN / UiT	leder TkNN / prosjektleder for MDO-utdanningen ved UiT
Kari Strand	Den offentlige tannhelsetjenesten	oppnevnt representant Nasjonalt lederforum for den offentlige tannhelsetjenesten (tidl. fylkestannlegene)
Øyvind Asmyhr	Den norske tannlegeforening (NTF)	Utdanningssjef
Randi Moen Forfang	Helsedirektoratet	avdeling personell og godkjenning (HKPG), avdelingsdirektør
Helga Katharina Haug	Helsedirektoratet	avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester (KFHO), avdelingsdirektør, (styringsgruppeleder)
Ragnhild E. Nordengen	Helsedirektoratet	avdeling KFHO
Terje Vigen	Helsedirektoratet	avdeling KFHO
Hildur C. Sørhoel	Helsedirektoratet	avdeling KFHO, prosjektleder
Bettina Kavli	Helsedirektoratet	avdeling KFHO, prosjektmedarbeider

Vedlegg C2. Brev fra tre representanter i styringsgruppen for utdanningen (2021)

Helsedirektoratet mottok 5. juli 2021 brev fra tre representanter i styringsgruppen for utprøvingen ved UiT for UiB, UiO og NTF. Brevet er skrevet på bakgrunn av utkast til rapport sendt representanter i

styringsgruppen 15. juni 2021. Helsedirektoratet har avklart med instituttleder ved IKO UiB, dekan ved odontologisk fakultet UiO og president i NTF at brevet ikke er sendt på vegne av disse virksomhetene, men kun på vegne av de tre representantene i styringsgruppen. Representantene i styringsgruppen for utprøvingen har fulgt prosessen med utprøving av utdanning i MDO ved UiT og Helsedirektoratet sitt arbeid med sluttrapporten om MDO. Representantene er ikke bedt om å stille seg bak Helsedirektoratet sine funn og konklusjoner i rapporten. Helsedirektoratet legger ved brev fra de tre representantene av 5. juli 2021 i sin helhet:

Overordnet innspill til rapporten om utprøving av fagområdet multidisiplinær odontologi

Representanten fra NTF og lærestedene i Bergen og Oslo kan ikke stille seg bak rapporten. De overordnede innvendingene går på følgende punkter i tillegg til våre individuelle innspill til rapporten:

- Behovet er for dårlig utredet
- Opprettelsen av en ny spesialitet vil ikke løse de skisserte utfordringene
- Det er ikke foretatt grenseoppgang til eksisterende odontologiske spesialiteter

Vi kan ikke se at det er sannsynliggjort at fagområdet multidisiplinær odontologi er et tiltak som vil bidra til å redusere sosial ulikhet i tannhelse og bedre geografisk tilgjengelighet til spesialisttannhelsetjenester. Mye av dokumentasjonen som det vises til kommer fra intervjuer med en svært liten gruppe tannleger som har gjennomgått utdanningen, men utvalget er, etter vår oppfatning, alt for lite til å dra så langtrekkende konklusjoner.

Vi vil også påpeke at det pågår flere prosjekter som kan få innvirkning på dette området og at man burde se disse prosessene i sammenheng før man konkluderer. Det gjelder prosjektet med de andre spesialitetene og sykehusodontologi, blant annet. Det er også berammet en evaluering av de regionale odontologiske kompetansesentrene og i prioriteringsmeldingen bebudes det at det skal settes i gang et prosjekt med å se på hele tannhelsetjenestens organisering og finansiering. Beslutningen om en ny odontologisk spesialitet burde ses i sammenheng med alle disse prosjektene for å sikre at de tiltakene og midlene som brukes til tannhelsetjenesten fører til en best mulig tjeneste, og at man har en overordnet strategi for utvikling av tjenesten. En beslutning om å gjennomføre dette nå er etter vår oppfatning prematur.

Tore Bjørnland
UiO

Morten Berge
UiB

Øyvind Asmyhr
NTF

Brev fra tre representanter i styringsgruppen for utdanningen (2021)

Vedlegg D. Intervjupersoner for rapporten

Tabell/figur D1. Fagpersoner som Hdir. har intervjuet / hatt møter med i perioden 14.6.2019 - 4.3.2021

Virksomhet	Enhet		Rolle	Dato
NTF	Camilla H. Steinum		President	11.12.2019
UiO	Pål Barkvoll	Odontologisk fakultet	Avtroppende dekan	09.01.2020
	Tiril			

UiO	Willumsen	Odontologisk fakultet	Dekan	04.03.2021*
UiO	Jan Eirik Ellingsen	Odontologisk fakultet	Prodekan for spesialistutdanning	04.03.2021*
UiO	Jostein Grytten	Avd. samfunnsodontologi	Professor	04.02.2020
UiB	Bodil Lund	IKO	Instituttleder	13.01.2020
UiB	Trond Inge Berge	Avd. oral kirurgi og oral medisin	Professor	13.01.2020
UiT	Elin Hadler-Olsen	IKO	Instituttleder	04.02.2020
UiT	Harald Eriksen	IKO	Tidligere instituttleder (v/oppstart av MDO)	11.12.2019
HUS	Sigbjørn Løes	Kjevekirurgisk avdeling	Avdelingssjef	13.01.2020
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Hilde Nordgarden	TAKO-senteret	Avdelingssjef / prosjektleder sykehusodontologi	04.02.2020
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Therese Gran	Sykehus-tannklinikken	Seksjonsleder	04.02.2020
UNN	Øyvind Skjeldal	ØNH-avdelingen	Prosjektleder sykehusodontologi	14.06.2019
St. Olavs	Nils Petter Fosslund	Avd. for kjeve- og ansiktskirurgi	Avdelingssjef	15.09.2020
St. Olavs	Olafur Thorarensen	Avd. for kjeve- og ansiktskirurgi	Prosjektleder sykehusodontologi	15.09.2020
TkVestland	Lathamini Murugesh		Fungerende leder/leder for den offentlige tannhelsetjenesten Vestland	12.01.2020

* Har avgitt skriftlig tilbakemelding basert på et møte.

Vedlegg E. Data fra undersøkelse med MDO-tannleger

Troms og Finnmark (5 stk.):

- Offentlig tannhelsetjeneste Nord-Troms (fra 2014)
- Offentlig tannhelsetjeneste Midt-Troms (fra 2014-2018)**
- Tromsø: UNN (fra 2014)*, UNN/TkNN (fra 2016)
- Offentlig tannhelsetjeneste Tromsø/TkNN (fra 2020)
- Offentlig tannhelsetjeneste Sør-Troms (fra 2021)





*Fra 2014 som MDO-tannlege, har jobbet på TkNN også før videreutdanningen

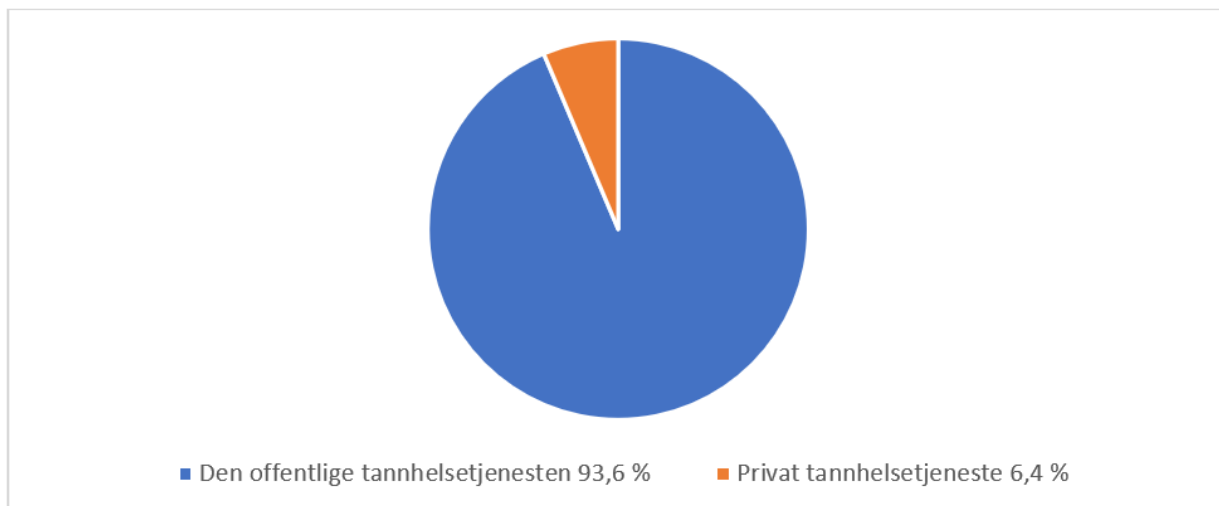
**En MDO-tannlege jobbet først i Troms og deretter i Rogaland

<https://www.trondelagfylke.no/globalassets/bilder/naring-og-innovasjon/nyheter/rff-nytt-fond.jpg>

Tabell/figur E1. Lokalisering av MDO-tannleger. Til sammen åtte tannleger er utdannet under utprøvingen (2011-2021)⁴⁰

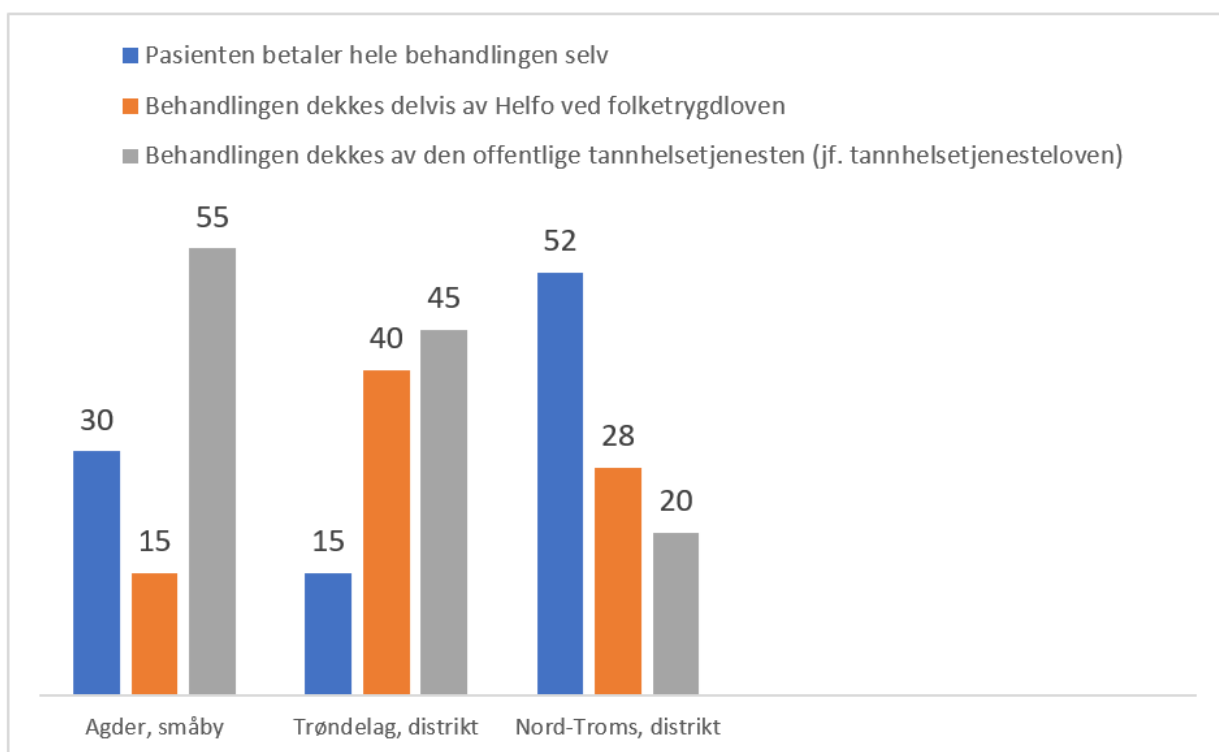
Tabell/figur E2. Eksempel MDO-tannlege distrikt vs. MDO-tannlege sentrale strøk. Data fra to MDO-tannleger.

a) Distriktspesialist	b) MDO-tannlege i sentrale strøk
100 prosent stilling i Troms og Finnmark fylkeskommune: • Offentlig tannklinikk, Nord-Troms (100 prosent) • kun henviste pasienter.	100 prosent stilling i Troms og Finnmark fylkeskommune: • TkNN Tromsø (60 prosent) • stor offentlig tannklinikk Tromsø (40 prosent) • kun henviste pasienter. • Venteliste ved begge klinikker (ca. 4 mnd.)
Karakteristika ved geografisk beliggenhet: • Dekker 6 kommuner • eneste tannlegespesialist i området • lang reisevei til offentlige/private spesialister i Tromsø.	Karakteristika ved geografisk beliggenhet: • God dekning av tannlegespesialister i Tromsø (privat og offentlig), med alle spesialiteter representert
Pasienter: 1. Pasienter med sammensatte behov odontologisk og/eller medisinsk utgjør ca. 22 prosent 2. Pasienter med behov for MDO-tannlege med fordypning og bredere allmentannlegekompetanse innen øvrige odontologiske fagområder utgjør ca. 78 prosent	Pasienter: 1. «Enklere problemstillinger» av typen singelimplantater/dekkproteser/endo på enkelttann/kroner/fasetter okj. front – andel 20 prosent 2. Tverrfaglige problemstillinger på ellers friske pasienter. Traumepasienter eller protetikkpasienter som krever «grunnarbeid» i form av noe endo eller perio. Kan være pasienter med lang reisevei der logistikk med flere behandlere kan bli komplisert – andel 20 prosent 3. Tverrfaglige pasienter med både tverrfaglig odontologisk og psykologisk/ rus/ TOO-pasienter. Tidkrevende pasienter, utgjør 80 prosent av tidsbruk ved stolen. Krever mange besøk, enkelte må ha premedisinering eller lystgass og mye tilrettelegging for deler av behandlingen. Mange av disse pasientene krever mer enn 20 besøk for å bli ferdigbehandlet – andel 60 prosent

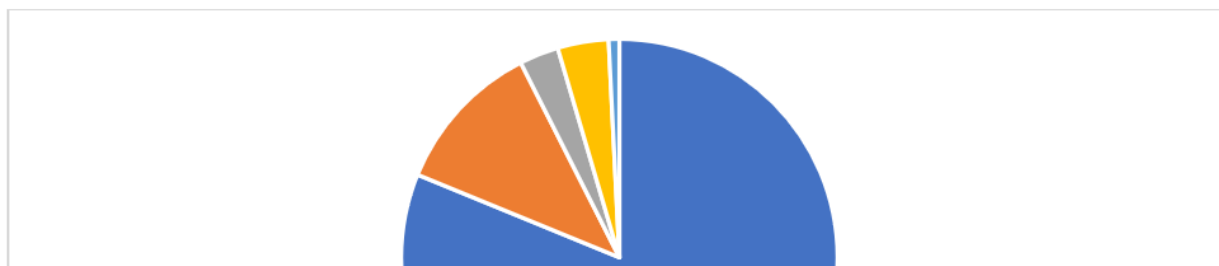


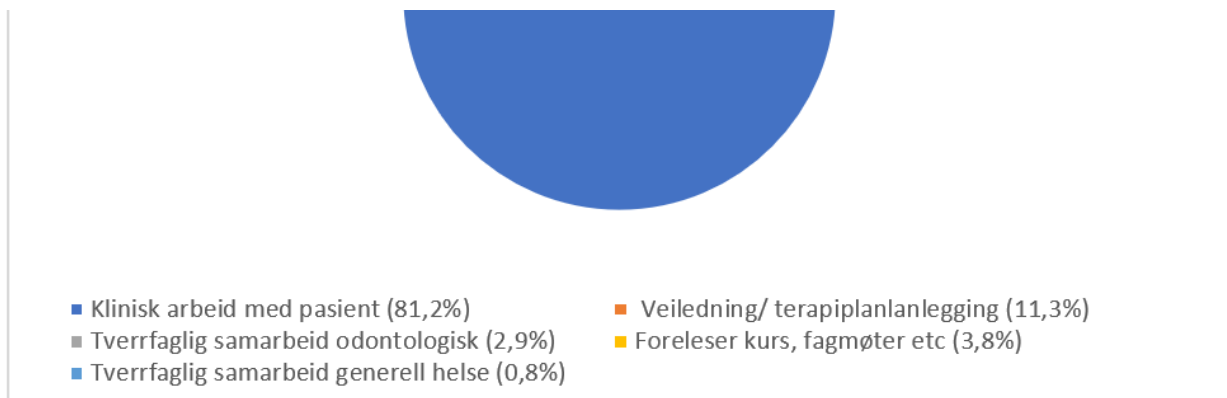
Tabell/figur E3. Hvor er pasientene henvist fra? Data samlet inn i spørreundersøkelse blant fire MDO-tannleger ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten⁴¹. Anslag gitt i prosent. Se pkt. 10.1 for metode for undersøkelse

Merk at én MDO-tannlege er lokalisert i et geografisk område hvor det ikke finnes private tannleger, hverken spesialister eller allmenntannleger.



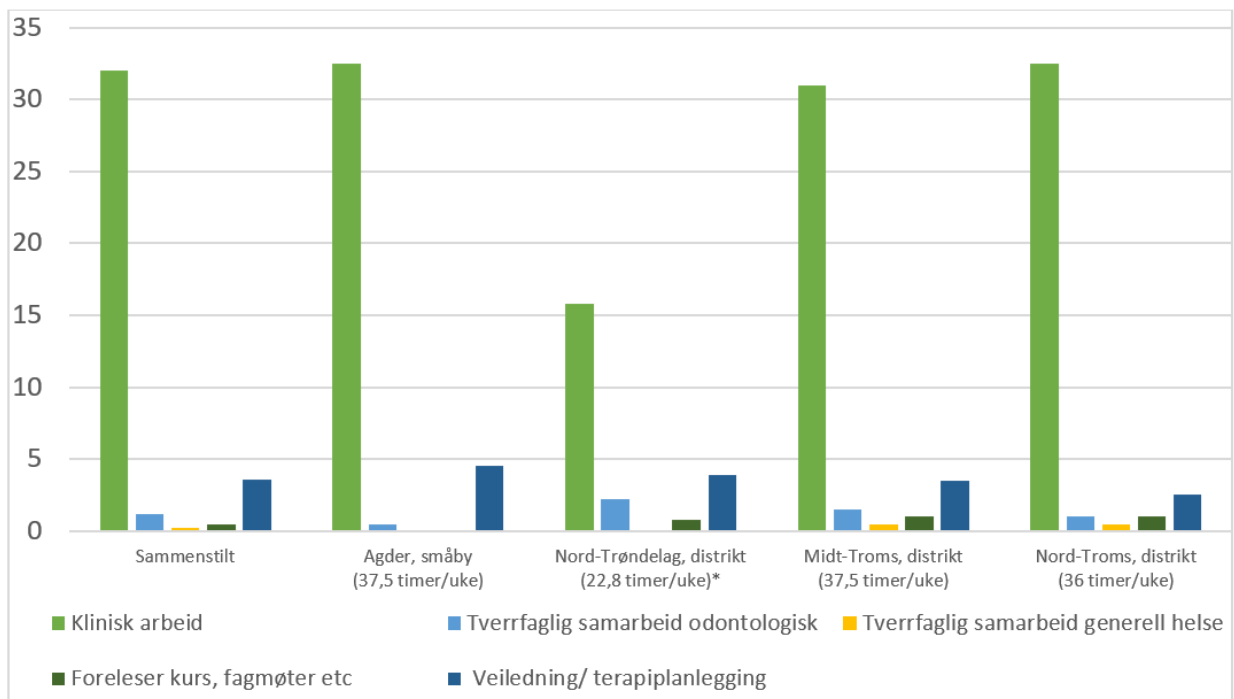
Tabell/figur E4. Hvordan blir behandlingen hos MDO-tannlege finansiert? Data samlet inn i spørreundersøkelse blant MDO-tannleger ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten. Tre tannleger har besvart spørsmålet. Se pkt. 11.1 for beskrivelse av innsamling av data. Anslag i prosent.





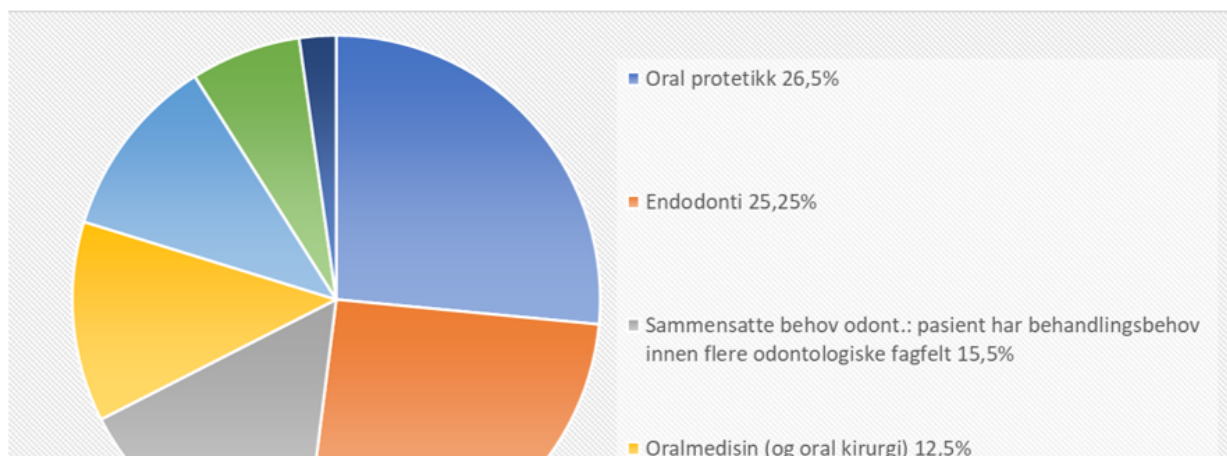
Tabell/figur E5. MDO-tannlege - tid brukt på ulike arbeidsoppgaver. Data fra fire MDO-tannleger ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten. (Se pkt. 10.1 for beskrivelse av innsamling av data.)

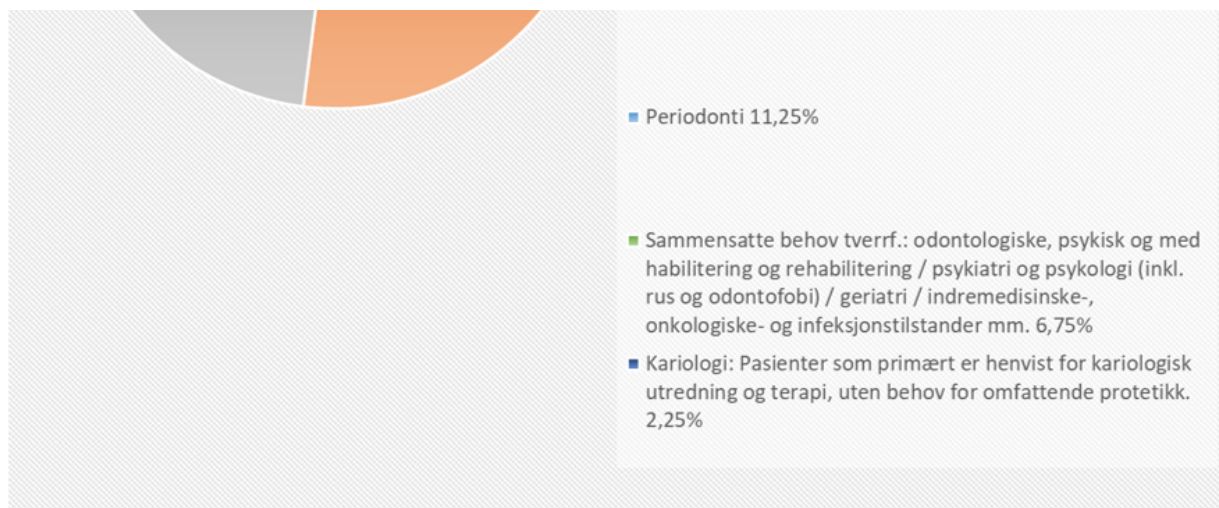
Anslag gitt i prosent.



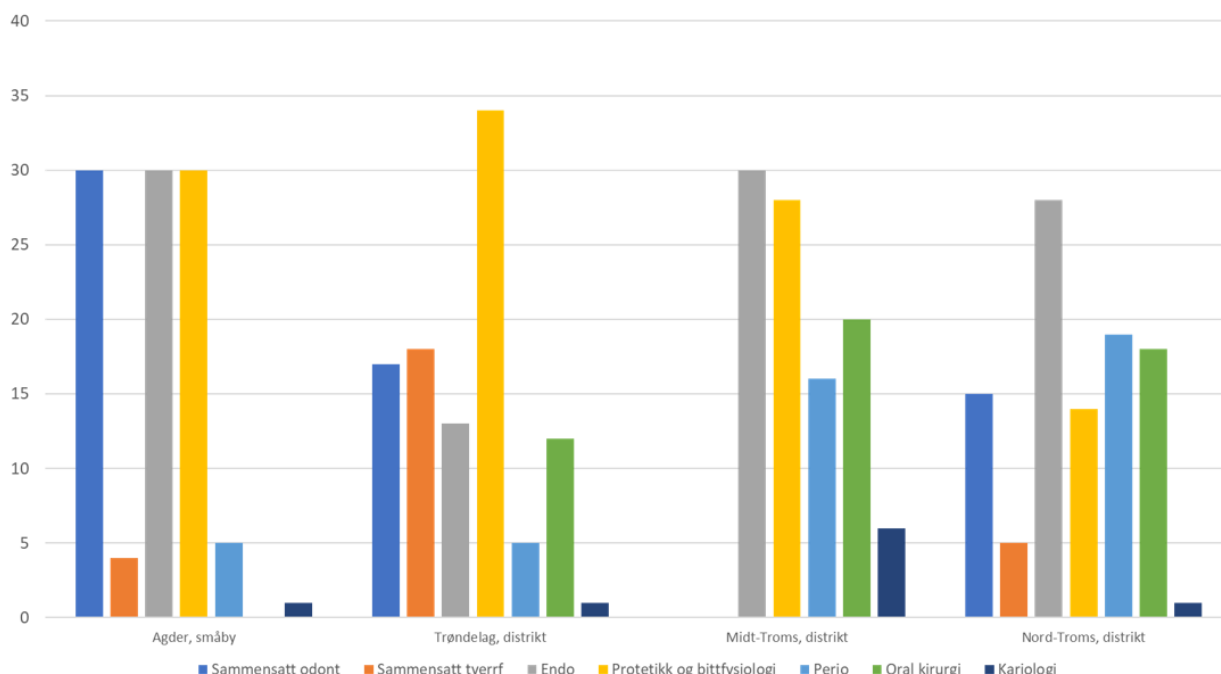
Tabell/figur E6. MDO-tannlege - tid brukt på ulike arbeidsoppgaver. Fire tannleger ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten. Anslag timer brukt en representativ arbeidsuke. Samme data som figur E5, sortert etter geografisk beliggenhet. (Se pkt. 10.1 for beskrivelse av innsamling av data.)

* Tannlegen jobbet samtidig med p.h.d.-grad i 2017, som tilsvarte 50 prosent-stilling. Figuren viser derfor kun aktivitet tilknyttet 50 prosent klinisk stilling i Nord-Trøndelag fylke.





Tabell/figur E7. Type behandling hos MDO-tannlege i den offentlige tannhelsetjenesten, sammenstilt. Data samlet inn i spørreundersøkelse blant fire MDO-tannleger ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten. Prosent.



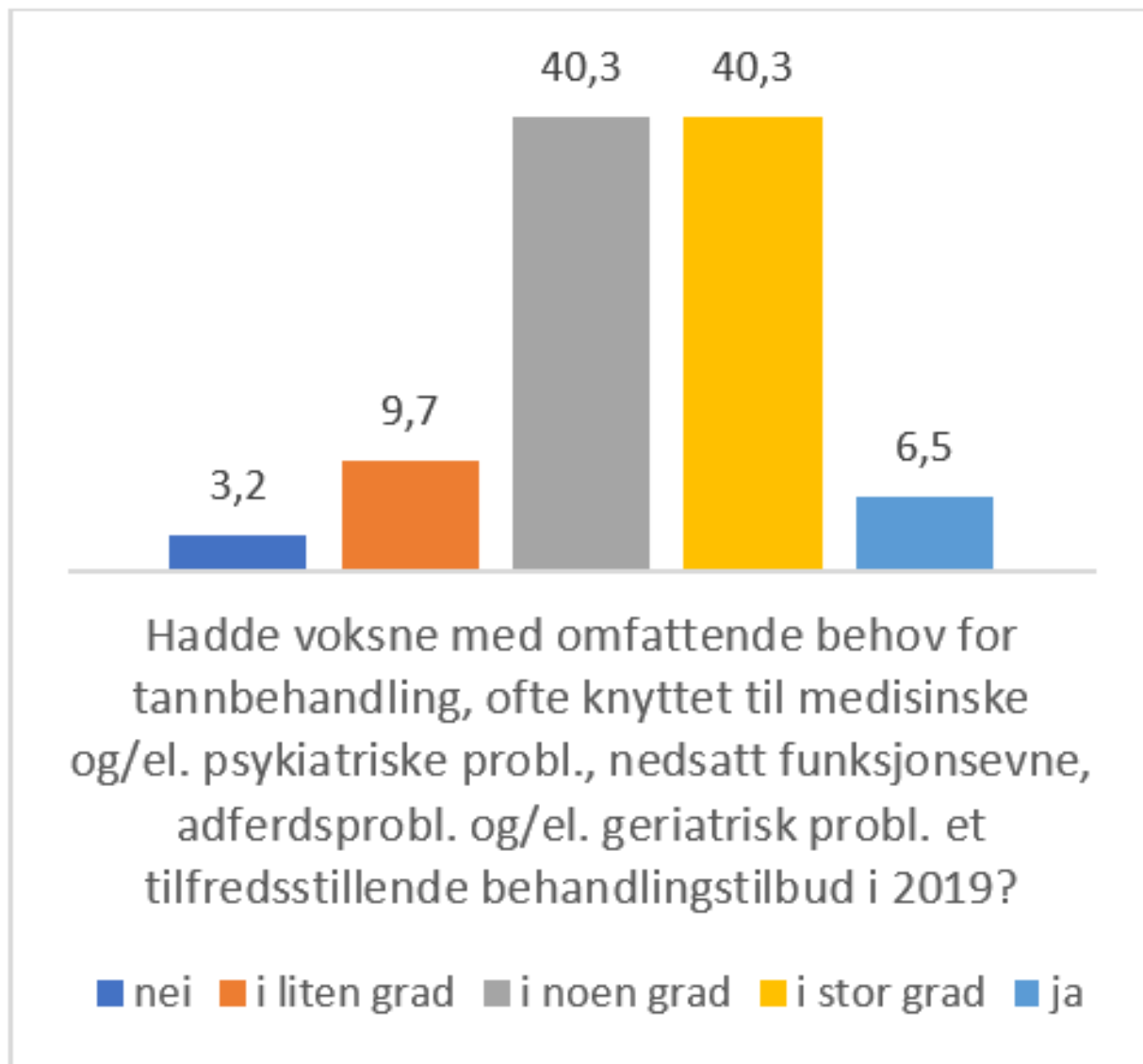
Tabell/figur E8. Type behandling hos MDO-tannlege i den offentlige tannhelsetjeneste. Samme data som E7, sortert etter geografisk beliggenhet. Prosent.

Fotnoter

[40] TkNN er Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge. TkS er Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør som ble avviklet ved utgangen av 2019.

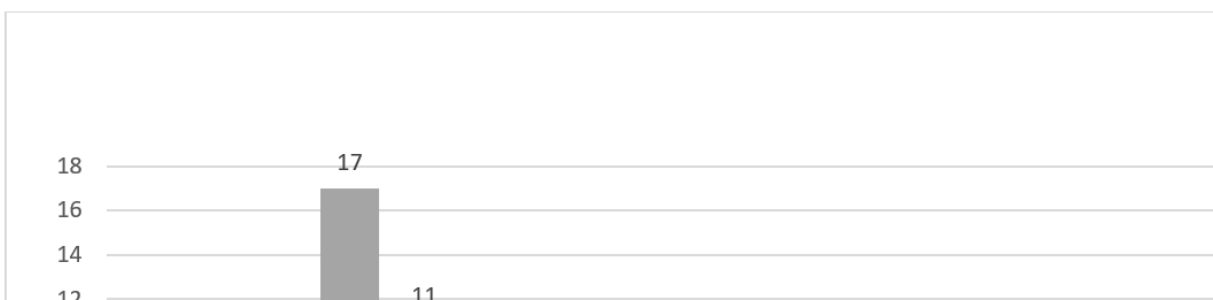
[41] På undersøkelsestidspunktet var kun seks MDO-tannleger ferdigutdannet, én av disse jobbet i privat tannhelsetjeneste og fikk henvisninger i hovedsak fra egen klinikk, en annen jobbet ved UNN innenfor forsøksordning med orale tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø i sykehus (sykehusodontologi). Disse to har ikke besvart undersøkelsen.

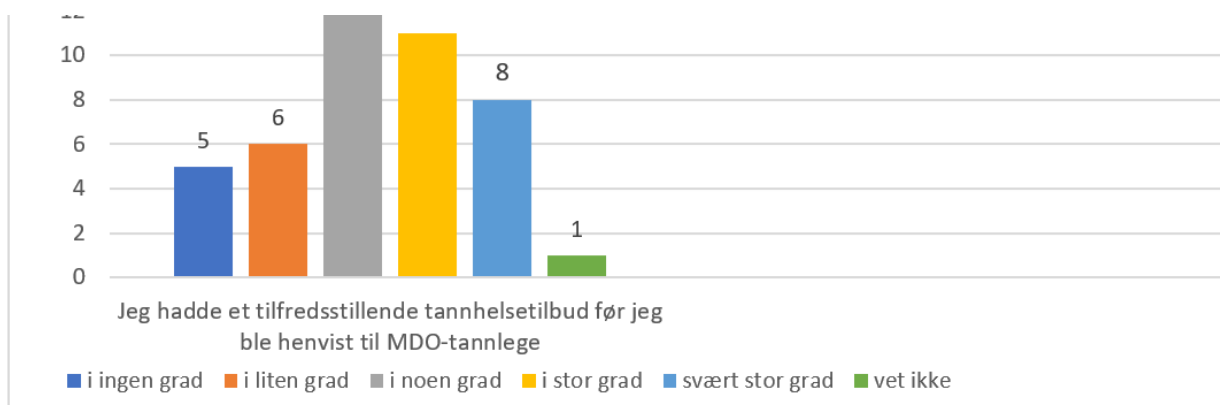
Vedlegg F. Undersøkelse med tannhelsepersonell som henviser til MDO-tannlege



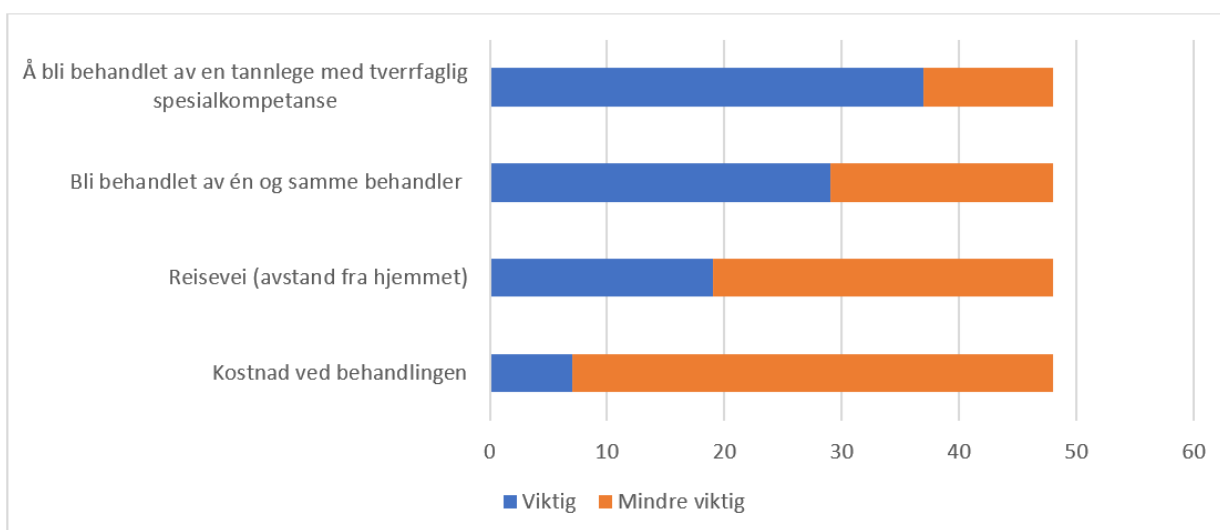
Tabell/figur F1. Pasienttilbud per i dag. Data fra spørreundersøkelse blant henvisende tannhelsepersonell i tre fylker som har MDO-tannlege ansatt. N=58. Prosent.

Vedlegg G. Brukerundersøkelse

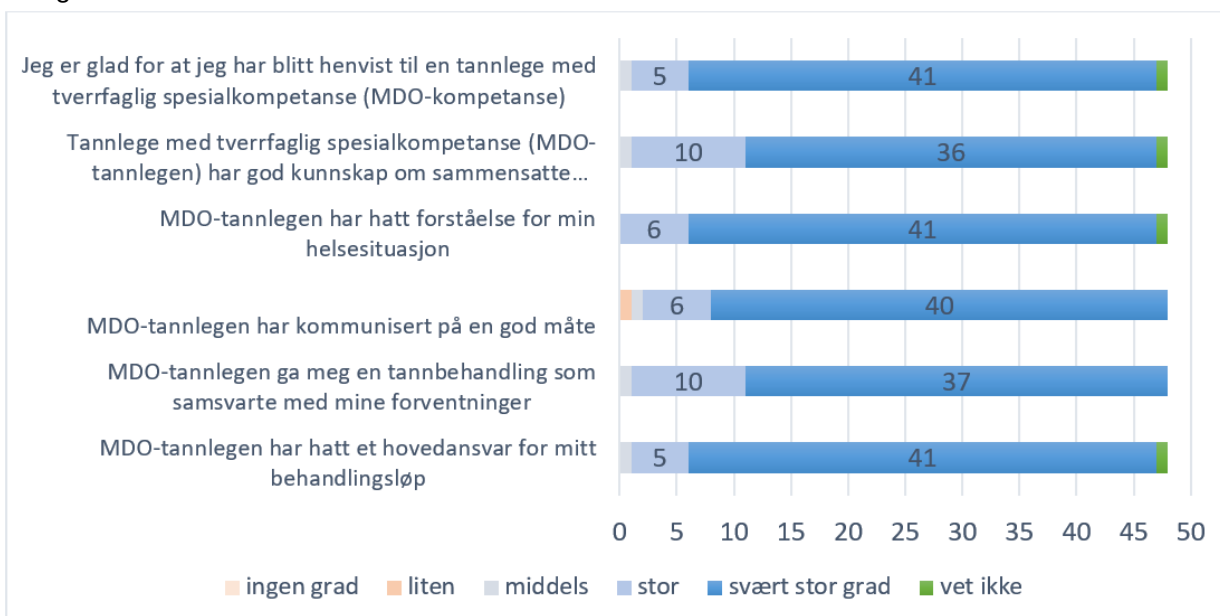




Tabell/figur G1. Pasientenes tilbud før oppstart av behandling hos MDO-tannlege. «I hvilken grad er disse påstandene riktige? Vurder på en skala fra 1-5, hvor 1=ingen grad til 5=svært stor grad.» Absolutte tall.

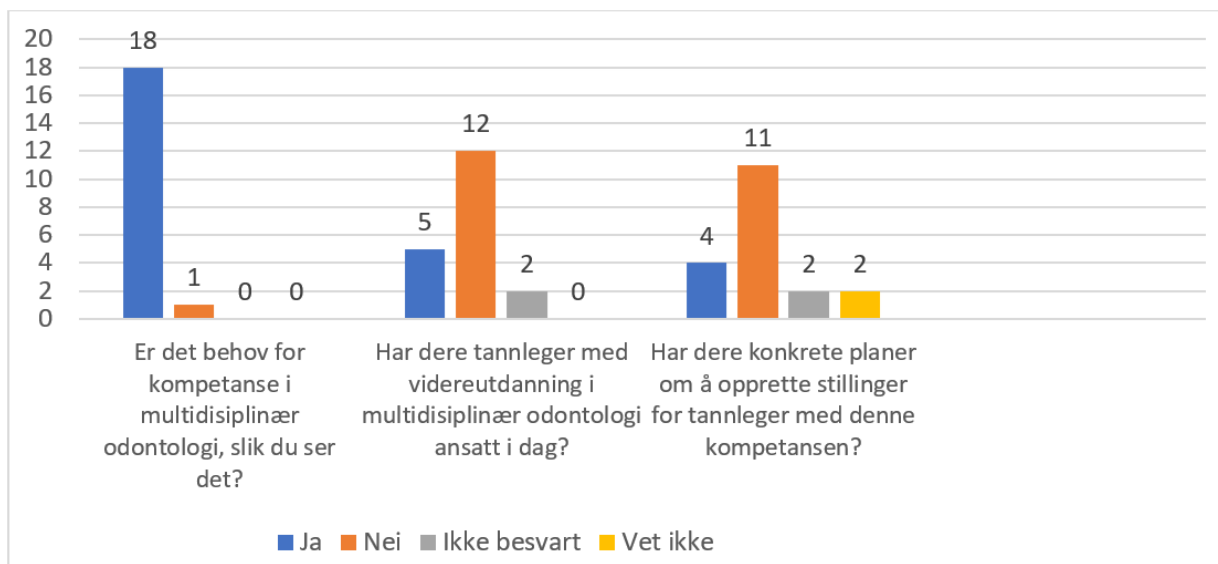


Tabell/figur G2. Viktig ved behandling hos MDO-tannlege. «Hva har vært viktig for deg ift. din behandling hos en tannlege med tverrfaglig spesialkompetanse (MDO-tannlege)? Flere svar er mulig». Absolutte tall.



Tabell/figur G3. Pasientens opplevelse av å bli behandlet hos tannlege med MDO-kompetanse. «I hvilken grad er disse påstandene riktige? Vurder på en skala fra 1-5, hvor 1=ingen grad til 5=svært stor grad». Absolutte tall.

Vedlegg H. Undersøkelse med ledere i den offentlige tannhelsetjenesten 2019/2021



Tabell/figur H1. Svar fra ledere i den offentlige tannhelsetjenesten om MDO-kompetanse. 17 fylkeskommuner, to kompetansesentre. November 2019. N=19. Absolutte tall.

Vedlegg I. Stønad etter folketrygden via Helfo

Stønad etter folketrygden via Helfo

Kilde for rettigheter	Pasientgrupper
Tilstander som kan gi rett til stønad etter folketrygdloven via Helfo	1. Tilstander som kan gi rett til stønad 2. Sjelden medisinsk tilstand 3. Leppe-kjeve-ganespalte 4. Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller i hoderegionen for øvrig 5. Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander 6. Sykdommer og anomalier i munn og kjeve 7. Periodontitt 8. Tannutviklingsforstyrrelser 9. Bittanomalier 10. Patologisk tap av tannsubstans ved atrisjon/erosjon 11. Hyposalivasjon 12. Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer 13. Tannskader ved godkjent yrkesskade 14. Tannskader ved ulykke, som ikke er yrkesskade

15. Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne
16. Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven

Vedlegg J. Andre land med tilsvarende utdanningsløp

Det finnes fagområder og utdanninger i andre land som er egnet for sammenligning med MDO. Internasjonalt finnes det curricula i «Special Care Dentistry», som det kan være et mål for en spesialistutdanning innen MDO å strekke seg mot.

Tabell/figur J1. Relevante spesialist- og videreutdanninger i andre land

	Land	Status	
Orofacial medicin	Sverige	Treårig spesialisering	Kreves 5/6-årig tannlegeutdanning
Special Care Dentistry	Storbritannia	Treårig spesialisering?	Preventive and treatment oral care services for people who are unable to accept routine dental care because of some physical, intellectual, medical, emotional, sensory, mental or social impairment, or a combination of these factors.
Restorative Dentistry	Storbritannia	Treårig spesialisering	Mål å sikre et godt tannhelsetilbud til multisyke og eldre pasienter med større tverrfaglige behandlingsbehov.
Advanced Education General Dentistry (AEGD)	USA - University of Rochester School of Medicine and Dentistry Eastman dental Center	Ett-/eller toårig videreutdanning	School of Medicine and Dentistry Advanced Education General Dentistry (AEGD)
Oral Medicin	Storbritannia, Estland, Kroatia, Israel, Brasil, USA		Jf. European Association of Oral Medicine (EAOM). Ukjent grensesnitt mot MDO vs. Oral kirurgi og oral medisin

Tabell/figur J2. International Association for Disability & Oral Health (iADH) peker på kjerneområder i en slik videreutdanning

Special Care Dentistry Postgraduate Curriculum Guidance: KEY AREAS OF STUDY
A post-graduate programme in SCD should include study and clinical experience in the following 8 key areas:
1. The Professional, Political and Ethical Context of Special Care Dentistry 2. Impairment, Disability and Oral Health

3. Medical Sciences related to Special Care Dentistry
4. Psychology Related to Special Care Dentistry
5. Dental Public Health and Oral Health Promotion
6. Oral Healthcare Planning and Teamwork
7. Clinical Special Care Dentistry
8. Research and Governance

Tabell/figur J3. Sammenligning av MDO og Orofacial medicin

MDO	Orofacial medicin
Klinisk vs. teoretisk utdanning	
• 60 prosent klinikk / 40 prosent teori • En akademisk videreutdanning på spesialistutdanningsnivå	• 70 prosent klinikk / 30 prosent teori • ST-utbildning (spesialist) • Klinisk sykehustjeneste
Formål med utdanningen	
Tverrfaglig spesialitet for voksne pasienter med omfattende behov for tannbehandling, ofte knyttet til medisinsk og/eller psykiatrisk problematikk, nedsatt funksjonsevne, atferdsproblemer og/eller geriatrisk problematikk.	Forebygging, diagnostikk og behandling av komplekse orale tilstand i relasjon til systemiske sykdommer og eller funksjonshinder.
Målgruppe for kompetansen	
Medisinske områder, særlig innen: • Habilitering og rehabilitering • Psykiatri og psykologi • Geriatri • Indremedisinske-, onkologiske-, infeksjonstilstander mm. Voksne pasienter med særlig sammensatte behov – tverrfaglig odontologiske, psykiske og medisinske problemstillinger: • der funksjonshemminger eller allmennsykdommer har en negativ påvirkning på oral helse og dermed livskvalitet eller • der oral helse og funksjon negativt påvirker, eller er den del av, pasientens funksjonshinder, allmennsykdom og dermed livskvalitet og som i kompliserte tilfeller behøver ivaretagelse på spesialistnivå. Den kliniske odontologen skal være en behandler og koordinator for forebygging, behandling og oppfølging av pasienter i målgruppen.	Medisinske områder, særlig innen: • Habilitering og rehabilitering • Psykiatri og psykologi • Geriatri • Indremedisinske, onkologiske og smittsomme forhold De orofasiale problemområdene kan beskrives som følger: • omfattende behov for tannbehandling assosiert med nedsatt allmenntilstand, sykdom eller funksjonshinder • vanskeligheter ved tannbehandling koblet til atferdsproblematikk • orale slimhinnesykdommer og andre oralmedisinske tilstander

Vedlegg K. Avtalte årsverk for tannlegespesialiststillinger i tannhelsetjenesten

Tabell/figur K1. Oversikt over avtalte årsverk for tannlegespesialister i offentlig og privat tannhelsetjeneste 2020. Antallet i den offentlige tannhelsetjenesten er ikke fordelt på spesialitet (111774) ⁴²

	Privat	Offentlig	Privat og offentlig
Tannleger innen endodonti	69,4	-	-
Tannleger innen kjeve- og ansiktsradiologi	6,1	-	-
Tannleger innen kjeveortopedi	179,7	-	-
Tannleger innen oralkirurgi	52,6	-	-
Tannleger innen pedodonti	0,2	-	-
Tannleger innen periodonti	78,5	-	-
Tannleger innen protetikk og bittfysiologi	65,1	-	-
Tannlegespesialist, totalt	451,6	79,6	531,2

Fotnoter

[42] SSB, tabell 11774. Avtalte årsverk i offentlig og privat tannhelsetj., etter personellgruppe og sektor. 2020.

Vedlegg L. Uteksaminerte MDO-kandidater

Tabell/figur L1. Oversikt over uteksaminerte og tidligere kandidater

Normert studie		Stilling per juni 2020	Merknad
Kull 1 (20112014)	1	Tannlege m/videreutd., Troms FK	Normert løp
	2	Tannlege m/videreutd., Agder FK	Normert løp
	3	Tannlege m/videreutd., Rogaland FK	Normert løp
	4	Prosjektleder sykehusodontologi UNN / klinisk leder for utdanningen i MDO TkNN	Normert løp
Kull 2 (20122015)	5	Tannlege m/videreutd., Trøndelag FK	Normert løp
	6	Tannlege m/videreutd., privat Rogaland	Forlenget løp
	7		Avbrutt utdanningsløp 2014, ph.d.

Kull 3 (20182020)	8	Tannlege med videreutd., Troms FK	Normert løp
	9	Tannlege under videreutd., Troms FK	Forlenget løp, ferdig vinter 2020/2021
	10	Lovisenberg Diakonale Sykehus Oslo	Avbrutt utdanningsløp vår 2019

Vedlegg M. Workshop med involverte i utdanningen

Tabell/figur M1. Påstander diskutert under workshop

	Påstand	Påstanden fikk følgende skår av arbeidsgruppene
1	Voksne pasienter med omfattende behov for tannbehandling, ofte knyttet til medisinsk og/eller psykiatrisk problematikk, nedsatt funksjonsevne, adferdsproblemer og/eller geriatrisk problematikk, har et fullverdig odontologisk behandlingstilbud.	3/4–4/5–3/4–4 - arbeidsgruppene er «Uenig» i påstanden
2	Gjeldende studieplan for utdanningen samsvarer godt med den kompetansen det er behov for når vi skal behandle disse pasientene.	7/8–3/4–8–6/7 - tre grupper er «Enig» og en gruppe «Ikke helt enig» i påstanden
3	Behovet for tannleger med videreutdanning i MDO er størst for pasienter bosatt langt fra større spesialistklinikker/kompetansesentre.	8–8–4–? - arbeidsgruppene er enten «Enig» eller «Uenig»
4	Forutsetningene for en vellykket gjennomføring av utdanningsløpet i Tromsø er gode.	6/7–5–5 - arbeidsgruppene er «Litt enige»
5	Etableringen av denne utdanningen får positive virkninger for aktuelle pasienter og for hele det odontologiske fagmiljøet.	9/10–?–9–9 - arbeidsgruppene er «Svært enige»

Vedlegg N. RETHOS og andre prosesser som påvirker grunnutdanningen

Det har siden 2017 pågått et større arbeid med å utvikle nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene ([RETHOS](#)), deriblant de tannhelsefaglige grunnutdanningene.

Målet er å gi en nasjonal normering ved å definere sluttkompetansen for utdanningene. Arbeidet ledes av Kunnskapsdepartementet i samarbeid med HOD, Arbeids- og sosialdepartementet og Barne- og familiedepartementet.

Retningslinjene skal:

- Inneholde formålsbeskrivelse, læringsutbyttebeskrivelser i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk og krav til utdanningens oppbygging, herunder praksisstudier
- Utformes som læringsutbyttebeskrivelse med forventet sluttkompetanse hos ferdige kandidater
- Læringsutbyttene skal være inndelt i kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse
- Kunne fungere fleksibelt med tanke på å endre kravene dersom kompetansebehovene i tjenestene endres
- Ivareta utdanningsvirksomhetenes behov for autonomi til å utvikle lokale profiler på utdanningstilbudet
- Ivareta tjenestenes og studentenes behov for forutsigbarhet
- Sikre nødvendig styring slik at utdanningene fremstår som enhetlige og gjenkjennelige uavhengig av utdanningsvirksomhet, men samtidig gi rom for lokal tilpasning og utvikling

Retningslinjene skal utformes i tråd med:

- Tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene
- Oppdatert og forskningsbasert kunnskap
- Sentrale politiske føringer og nasjonale reformer
- Utvikling av utdanningssektoren og helse- og sosialsektoren
- Nasjonalt og internasjonalt regelverk

Retningslinjene skal forskriftsfestes.

De ti programgruppene i RETHOS fase 2 startet sitt arbeid i slutten av februar 2018 og består av [audiograf-](#), [klinisk ernæringsfysiolog-](#), [farmasøyt \(provisor- og reseptar-\)](#), [medisin-](#), [tannlege-](#), [optiker-](#), [ortopediingeniør-](#), [psykolog-](#), [tannpleier-](#) og [tannteknikerutdanning](#). Dette arbeidet er slutført og de nasjonale retningslinjene vil bli implementert fra og med studieåret 2021/22.

Videre er Helsedirektoratet kjent med at det foregår andre prosesser som på sikt kan spille inn på hva som vektlegges i læringsmålene for grunnutdanningene i Norge:

- I det europeiske utdanningsnettverket Association for Dental Education in Europe ([ADEE](#)) foregår det et arbeid som kan få konsekvenser for de europeiske tannlegeutdanningene inklusiv de norske med basis i yrkeskvalifikasjonsdirektivet 2005/36/EF av 7. september 2005 gjeldende i hele EU/EØS. Dette vil være anbefalinger om hvordan tannlegeutdanningene bør møte fremtidens behov.
- I alliansen European University Alliance [Circle U](#) (Aarhus Universitet, Humboldt-Universität zu Berlin, King's College London, Université catholique de Louvain, Universitetet i Beograd, Université de Paris og UiO) foregår det en dialog om fremtidens universitet og fremtidens utdanning.

Helsedirektoratet har et følge med-ansvar og vil ha en rolle i utvikling av grunnutdanningen. Se mer om grunnutdanningen under pkt. 4.1 og vedlegg N.

Vedlegg O. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) (2016), kapittel 6 §34.

«Departementet fastsetter hvilke avgrensede deler av odontologiske fagområder det kan gis spesialistgodkjenning i. Helsedirektoratet gir godkjenning for gjennomført spesialistutdanning. Departementet fastsetter nærmere regler om gjennomføringen av spesialistutdanning av tannleger og om vilkår for godkjenning som spesialist. Departementet kan blant annet bestemme at søkere må gjennomgå prøve for å kunne godkjennes som spesialist. Kommentarer til § 34 i medhold av forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger er det gitt bestemmelser om spesialistutdanning og godkjenning av tannleger. Disse bestemmelsene og generelle bestemmelser for utdanning i alle tannlegespesialitetene og spesielle bestemmelser for den enkelte spesialitet som er fastsatt med hjemmel i den gamle spesialistgodkjenningsforskriften, er videreført med hjemmel i forskriftens § 34.»

«Den vesentlige delen av spesialistutdanningen skal gjennomføres ved en godkjent utdanningsvirksomhet, jf. § 19 første ledd, eller tilknyttet en registrert utdanningsvirksomhet, jf. § 19 andre ledd. Utdanning utenfor godkjente eller registrerte utdanningsvirksomheter kan gjennomføres der dette er avtalt mellom utdanningsvirksomheten og andre virksomheter.»

«Utdanningen skal baseres på læringsmål som følger av forskriftens vedlegg 2. Med læringsmål menes hva en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre. Krav til gjennomførte prosedyrer kan for enkelte spesialiteter inngå i læringsmålene.»

Vedlegg P. Studieplan for MDO-utdanningen / klinisk odontologi - 180 studiepoeng/ECTS Det helsevitenskapelige fakultet institutt for klinisk odontologi UiT - Nov 2016

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Denne studieplanen gjelder tredje kull innen utprøvingen av spesialistutdanningen i klinisk odontologi. Den opprinnelige studieplanen er justert i henhold til erfaringer gjort av Tromsø-miljøet og en ekstern evaluering av utprøvingen utført av Oxford Research våren 2015. De prinsipielle justeringene er støttet av styringsgruppen for prosjektet.

Formålet med utdanningen er at det skal være en tverrfaglig spesialitet for voksne pasienter med omfattende behov for tannbehandling, ofte knyttet til medisinsk og/eller psykiatrisk problematikk, nedsatt funksjonsevne, atferdsproblemer og/eller geriatrik problematikk.

Utdanningen vil fokusere på en helhetlig tilnærming til pasienter og pasientbehandling. Helsefremmende og forebyggende tiltak, samt tannbehandling, må tilpasses pasientenes allmennhelse og evne til egenomsorg.

Studiet omfatter tre års fulltidsstudier i en desentralisert modell som fører til spesialitet i klinisk odontologi. Studieplanen er utviklet i henhold til følgende retningslinjer (A) og publikasjoner (B):

A. «Regler for spesialistutdanning av tannleger». Helse- og omsorgsdepartementet 19.12.2008.

A. «Kvalitetssystem for utdanningsvirksomheten ved Universitetet i Tromsø». Universitetet i Tromsø 2009.

A. The SOLO Taxonomy. Biggs J 2008 http://www.johnbiggs.com.au/solo_taxonomy.html.

B. «Dental specialities and continuing professional education». First report of European Chief Dental Officers 1994. <http://www.cecdo.org>.

B. Sanz M, Widström E, Eaton KA. «Is there need for a common framework of dental specialist in Europe?» Eur J Dent Educ 2008; 12: 138-43

1.2 Internasjonal sammenligning

Det finnes flere spesialiteter internasjonalt som har ulik grad av overlapp med utprøvingen spesialist i klinisk odontologi. De finnes både i og utenfor Europa (Storbritannia, Canada, USA, Australia, New Zealand, Israel, India, Kenya og Brasil) og har ulike navn og avgrensninger (Orofacial Medicin, Advanced General Dentistry, Oral Medicine og/eller Special Care/Special Needs dentistry). I Sverige har det siden 2005 vært en treårig sertifiseringsutdanning i «Orofacial Medicin» som mest sannsynlig vil bli anerkjent som en spesialitet i løpet av de kommende årene.

1.3 Opptakskrav

Aktuelle søkere til utdanningen i klinisk odontologi er tannleger med interesse for tannbehandling av voksne pasienter med særlig sammensatte behov – tverrfaglig odontologiske, psykiske og medisinske problemstillinger. Opptakskravene er godkjent norsk autorisasjon som tannlege. To års klinisk erfaring er et minimum. Søkere med fem års allmennpraksis eller mer, vil bli foretrukket.

Opptaket bør være i henhold til allment aksepterte kriterier, se «Regler for spesialistutdanning av tannleger». Fylkestannleger bør ha betydelig innflytelse på opptaket. Vekting av geografisk spredning praktiseres på like vilkår som ved de etablerte spesialistutdanningene, dvs. gjennom spesialistregelverket.

2. STUDIETS OVERORDNEDE MÅL

Klinisk odontologi er en tverrfaglig odontologisk spesialistutdanning under utprøving. En spesialist i klinisk odontologi vil ha en helhetlig profesjonell og akademisk kompetanse og et bredere spekter av kliniske og teoretiske ferdigheter enn en allmennpraktiker. Studiet vil kvalifisere til å forebygge, diagnostisere og behandle odontologiske sykdommer hos voksne pasienter med spesielt kompliserte odontologiske og medisinske/psykiatriske problemstillinger mht.:

- karies-, endodonti- og periodontiproblematikk
- omfattende tap av tenner
- avansert tannerosjon/attrisjon
- alvorlige medisinske sykdommer
- fysiske og psykiske funksjonshemninger
- psykiske lidelser
- odontofobi
- rusavhengighet
- alderdom

Studiets målsetning er dessuten å kvalifisere kandidater til rådgivende oppgaver innen klinisk virksomhet, innen forebyggende tannhelsearbeid og helseøkonomi, og innen helsekommunikasjon. Dette vil styrke kompetansen, spesielt innenfor den allmenne tannhelsetjenesten (offentlig og privat) og bedre samarbeidet mellom spesialist, allmenntannlege og helsetjenestene forøvrig.

All undervisning skal bygge på en forståelse av helse og sykdom som flerdimensjonale fenomener. Evne til kritisk gransking av metoder og teknikker innen spesialiteten skal utvikles i løpet av spesialistutdanningen. Dette innebærer at grunnleggende kunnskaper om vitenskapelige metoder skal innhentes, fremfor alt gjennom en kritisk gjennomgang av litteraturen knyttet til de ulike fagområdene. Det er derfor obligatorisk at en under spesialistutdanningen selv utfører eller deltar i et vitenskapelig arbeid som kan bidra til vitenskapelig kompetanse.

Overordnede teoretiske og kliniske mål med utdanningen og spesialiteten i klinisk odontologi:

Målet med utdanningen er at kandidatene skal ha teoretisk og klinisk kompetanse til å ivareta pasientmålgruppen og de funksjoner en klinisk odontolog er tiltenkt. Spesialisten i klinisk odontologi trenger teoretisk og klinisk kompetanse for å kunne forebygge, diagnostisere og behandle sykdommer i munnhulen hos pasienter med behov for tverrfaglig spesialkompetanse.

Pasientgruppen som man ønsker å nå er i hovedsak pasienter som av ulike årsaker er utfordrende å behandle. Det dreier seg om pasienter som har vansker med å motta tannbehandling, samtidig som de har et omfattende eller avanserte behov for behandling. Dette gjelder både pasienter med fysiske og psykiske tilstander og funksjonshemminger innenfor sykehus, institusjon, kommunale helsetjenester, psykiatri og rusomsorg.

Pasientmålgruppe: Voksne pasienter med særlig sammensatte behov – tverrfaglig odontologiske, psykiske og medisinske problemstillinger

- der funksjonshemminger eller allmennsykdommer har en negativ påvirkning på oral helse og dermed livskvalitet eller
- der oral helse og funksjon negativt påvirker, eller er den del av, pasientens funksjonshinder, allmennsykdom og dermed livskvalitet

og som i kompliserte tilfeller behøver ivaretagelse på spesialistnivå. Den kliniske odontologen skal være en behandler og koordinator for forebygging, behandling og oppfølging av pasienter i målgruppen. Medisinske områder der en slik ivaretagelse vil være særskilt viktig innen:

- habilitering og rehabilitering
- psykiatri og psykologi
- geriatri
- indremedisinske-, onkologiske- og infeksjonstilstander mm.

Kompetanse, rolle og funksjon etter fullført studie:

- Forebygging, diagnostikk og behandling av sykdommer og tilstander av særlig alvorlighetsgrad innenfor både tannhelse og øvrig helsetjeneste,
- overgripende planlegging av oral pleie og behandling til mennesker med sykdommer og funksjonshinder, i spesialisthelsetjenesten (sykehus/institusjon) og i kommunehelsetjenesten,
- sikre samhandling og helhetlige pasientforløp ved koordinering av pleie i samarbeid med bruker, personal i allmenntannhelsetjenesten, andre spesialiteter innenfor tannhelsetjenesten, samt med personal i sykehus og øvrige kommunale helsetjenester,
- konsultasjons- og rådgivende funksjoner i den allmenne tannhelsetjenesten: veiledning, støtte ved terapiplanlegging, vurdere behov for henvisning, søknader og kostnadsforslag til NAV mm.,

- undervisning i behandling og ivaretagelse av oral helse hos syke, skrøpelige og svake pasientgrupper for allmenntannhelsetjenesten, spesialisttannhelsetjeneste og øvrige helsetjenester,
- være en ressurs ved de odontologiske kompetansesentrene, i fylke/kommunen, HELFO, NAV, TOO-team eller som klinisk veileder i odontologiutdanninger,
- som sykehusodontolog.

For å kunne gi en kvalitativ og nødvendig tannbehandling til pasientgruppene, vil utdanningen fokusere på teori og klinikk som gir spesialkompetanse i de kliniske hovedfagområdene kariologi, endodonti, periodonti, protetikk og bittfunksjon. Fagområdene skal balanseres mellom en årsaksrettet tilnærming til sykdomsbildet, forebygging, oppfølging og restorativ terapi. I tillegg er det behov for spesialkunnskaper og kliniske ferdigheter i diagnostikk og veiledningsfunksjoner, enkel dento-alveolær kirurgi og gerodontologi.

Utenom de odontologisk kliniske fagene vil kompetanse innen medisinske fag, tverrfaglig kommunikasjon, koordinering og praktisk veiledning være viktig for spesialistens framtidige funksjon. Samarbeid med pasienten, tilstøtende helsetjenester og etater vil være viktig. Fagområder som pedagogikk, praktisk veiledning og kommunikasjon vil derfor bli vektlagt for å sikre god samhandling.

3. ORGANISERING OG STRUKTUR

Studiet utgjør 180 studiepoeng (ECTS). Det benyttes enten karaktergraderingssystemet European Credit Transfer System (ECTS) med bokstavkarakterer A-F (hvor F er stryk) på teoretiske eksamener, eller «bestått/ikke-bestått».

Ansvarlige enheter: Institutt for klinisk odontologi (IKO), Det helsevitenskapelige fakultet, Norges arktiske universitet UiT og TkNN (Tannhelsetjenestens kompetansesenter Nord-Norge/Troms fylkeskommune).

Studiet er på til sammen 3 år (6 semester). Totalt utgjør studiet 5000 timer fordelt på minst 40 % teoretisk utdanning. Den teoretiske/praktiske undervisningen utgjør gjennomsnittlig 25 ECTS pr. semester. I tillegg skal kandidatene ha gjennomgått vitenskapelig arbeid/prosjektoppgave beregnet til 5 ECTS. Studiet er utformet som en desentralisert utdanning, noe som vil sikre god tilgang på pasienter med behov for tverrfaglig tannbehandling. En desentralisert utdanning skal også legge til rette for en bedre geografisk spredning av spesialister i fremtiden og for at erfarne etablerte klinikere har muligheten til å gjennomføre utdanningen. Minimum 50 % av den kliniske utdanningen skal finne sted ved TkNN. En spesialistutdanning av denne typen krever tilgang til lokale kliniske fasiliteter og moderne kommunikasjonsteknologi. Kravene har blitt oppnådd ved å utruste den desentraliserte klinikken med nødvendig odontologiske og teknologiske utstyr. Klinisk aktiviteter skjer på den desentraliserte klinikken, seminarer og kasuspresentasjoner skjer via videolink. All beskrevet aktivitet er obligatorisk. Desentralisert klinikk skal formelt godkjennes av undervisningsinstitusjonen.

Figur 1.

	1. semester	2. semester	3. semester	4. semester
Grunnfag	Forskningsmetodikk Statistikk Litteraturkritikk Bibliotekkunnskap Dokumentasjons- teknikk Pasientklage/ samtykke	Litteraturkritikk Epidemiologi Forskningsmetodikk Dokumentasjonsteknikk	Litteraturkritikk Presentasjons- teknikk Dokumentasjons-teknikk Psykologi	Litteraturkritikk Dokumentasjon Pedagogikk
	Biomaterial			

Para-kliniske fag	Oral mikrobiologi og Immunologi Oral patologi Farmakologi Hygiene / smittevern	Øre-Nese-Hals Oral medisin	Indremedisin Orofasial smerte	Ernæring Psykiatri
Kliniske fag	Radiologi Endodonti Periodonti Protetikk Kariologi Gerodontologi Oral kirurgi	Endodonti Periodonti Protetikk Kariologi Gerodontologi Oral kirurgi Radiologi	Bittfysiologi Endodonti Periodonti Protetikk Kariologi Gerodontologi Oral kirurgi Odontofobi	Lystgass/anestesi sedering Endodonti Periodonti Protetikk Kariologi Gerodontologi Oral kirurgi Kjeveortopedi
Arbeids krav	Muntlige og skriftlige kunnskapsprøver Godkjent/ikke godkjent	Muntlige og skriftlige kunnskapsprøver Godkjent/ikke godkjent Godkjent/ikke godkjent pasientbehandling	Muntlige og skriftlige kunnskapsprøver Godkjent/ikke godkjent	Muntlige og skriftlige kunnskapsprøver Godkjent/ikke godkjent Godkjent/ikke godkjent pasientbehandling
ECTS	Teori: 15 ECTS Klinik: 10 ECTS	Teori: 15 ECTS Klinik: 10 ECTS	Teori: 15 ECTS Klinik: 10 ECTS	Teori: 15 ECTS Klinik: 10 ECTS

De teoretiske emnene vil bli presentert av de vitenskapelig ansatte på IKO, i form av eksterne kurs eller presentert av innleid vitenskapelig personell. Lokale kliniske veiledere vil bli rekruttert til TkNN. Veiledere sentralt skal være anerkjente spesialister. Elektronisk styrt veiledning vil bli sikret ved eksterne klinikker.

Det vil bli lagt vekt på oral diagnostikk og terapiplanlegging. Godkjente arbeidskrav bestående av skriftlige presentasjoner, kunnskapsprøver og muntlige kasuspresentasjoner er en forutsetning for å fortsette på neste utdanningsår.

Studiet er organisert som et prosjekt i samarbeid mellom Helsedir, IKO og TkNN. Det helsevitenskapelige fakultet (UiT) vil være formelt ansvarlig for program og studieplan. Offentlige arbeidsgivere har anledning til å søke lønnstilskudd for å finansiere lønnete utdanningsstillinger. Tilskuddsordningen vil kunngjøres på www.Helsedirektoratet.no. Undervisningsspråk vil være skandinavisk eller engelsk i henhold til foreleseres ønske.

Figur 2. Kursplan, klinisk odontologi, klinikk. Balansen mellom sentraliserte og desentraliserte aktiviteter (klinikk og kasusmøter).

	Klinikk, TkNN Antall timer	Klinikk, Ekstern Antall timer	Klinikkveiledning/ Kasusdiskusjoner Antall timer
Semester 1	227	227	100
Semester 2	187	187	72
Semester 3	227	227	100
Semester 4	187	187*	72
Semester 5	227	227*	100

Semester 6	187	187	72
Totalt	1242	1242	516

4. INNHOLD

Figur 1 og Figur 2 presenterer en bred oversikt over aktiviteten i de forskjellige semestre. Se også Vedlegg 1. Figur 3 viser en sammenfattet oversikt over hhv grunnfag, parakliniske fag og kliniske fag.

Figur 3. Sammenfattet kursplan etter type fag (grunnfag, parakliniske fag, kliniske fag), hovedfag, delfag og underemner

Grunnfag	Parakliniske fag	Kliniske fag
• Samfunnsodontologi • Epidemiologi • Statistikk • Forskningsmetodikk • Litteraturkritikk • Bibliotekkunnskap/IKT • Dokumentasjonsteknikk • Pedagogikk • Psykologi/adferd/ kommunikasjon • Etikk og profesjonalitet	• Oral mikrobiologi • Biomaterial • Oral patologi • Oral medisin • Farmakologi • Radiologi • Indremedisin • Nevrologi • Orofasial smerte • Øre-nese-hals • Psykiatri • Hygiene/smittevern • Onkologi	• Diagnostikk/terapiplan • Kariologi • Endodonti • Periodonti • Protetikk Bittfysiologi • Gerodontologi • Dento-alveolar kirurgi • Radiologi • Estetikk • Odontofobi • Teamarbeid

Klinisk odontologi (180 ECTS.) legger vekt på kliniske hovedfagområder (fet skrift), og delfagområder (kursiv skrift), alle kliniske disipliner:

- kariologi
- endodonti
- periodonti
- protetikk/bittfysiologi
- gerodontologi
- dento-alveolær kirurgi

I tillegg kommer underfag-spesifikke kurser som beskrevet. Rekkefølgen på delområdene kan variere på grunn av tilgang på internasjonal teoretisk ekspertise, type henviste pasientkasus, kurs kongresser, m.m.

Utdanningen er den samme for samtlige underemner og er en kombinert teoretisk og klinisk praktisk utdanning. Ingen delområder kan tas som enkelttemne, men inngår som en del av 3 års heltidsstudier i spesialistutdanning i klinisk odontologi.

5. UNDERVISNINGS-, LÆRINGS- OG ARBEIDSFORMER

Kompetanseutvikling av tannleger under spesialistutdanning skjer i hovedsak gjennom teoretisk og praktisk tjeneste/arbeid under veiledning. Klinisk tjenestegjøring skjer ved TkNN og på kandidatenes desentraliserte klinikk, og omfatter behandling av pasienter som henvises til kompetansesenteret/desentralisert klinikk og som krever spesialistbehandling.

5.1 Teoretisk utdanning

Teoretisk utdanning skjer i form av seminarer og interne kurs på TkNN/IKO og som eksterne kurser. Den interne teoretiske utdanningen skjer via videolink for de kandidater som er på desentralisert klinikk. All teoretisk utdanning foregår kontinuerlig og i form av forelesninger, innhenting av kunnskap i lærebøker, håndbøker, vitenskapelige tidsskrifter og nettbaserte programmer.

Spesialistkandidaten skal på eget initiativ og i samråd med veileder kunne utføre terapiplanlegging og behandling av aktuelle pasienter.

5.2 Klinisk tjeneste

Det kliniske arbeidet omfatter i gjennomsnitt 20 timer/uke. I tillegg fordeles fire timer per uke til gjennomgang av terapiplanlegging og pasientbeskrivelser under teoretisk/klinisk veiledning. Den praktiskkliniske veiledningen skjer fortløpende under hele tjenestetiden.

5.3 Veiledning

Spesialistutdanningen i klinisk odontologi skal skje under veiledning av instruktør med spesialistkompetanse i faget. Den teoretiske utdanningen skal skje under veiledning av spesialister med doktorgrad og den kliniske veiledningen av spesialister i respektive fagområder inkludert i utdanningen. Hovedansvarlig for utdanningen skal være ansatt på IKO med doktorgrad. Kompetanseutvikling under utdanningen støttes av veileder som også skal kontrollere at tannlegen i løpet av sin spesialistutdanning gradvis tilegner seg den kunnskapen, ferdigheter og generell kompetanse som er oppført i Læringsmålene, kapittel 2.1. I målbeskrivelsen (kapittel 2.1) angis kompetansekravene innen diagnostisering og behandling av tannsykdommer på tre nivåer. Det første nivået (I) innebærer at spesialisten etter avsluttet spesialistutdanning selvstendig skal kunne kritisk analysere og empatisk beherske både diagnostikk og adekvat behandling av mer vanlige tilstander innenfor spesialitetsområdet. Det andre nivået (II) gjenspeiler at kandidaten kan identifisere og empatisk behandle mindre vanlige tilstander hvor konsultasjon med andre odontologiske eller medisinske spesialister vil være et normalt alternativ. Det tredje nivået (III) har til hensikt å være oppmerksom på, og kunne definere uvanlige tilstander hos pasienter som krever diagnostikk og behandling fra fagpersonell med spisskompetanse. Ofte er det en behandling som krever store tekniske og menneskelige ressurser og der avgjørelsen referer til når og hvor pasienten skal henvises.

5.4 Pedagogisk utdanning

Spesialistutdanningen i klinisk odontologi skal gi trening i helsekommunikasjon som gir kompetanse på å informere og veilede andre helsearbeidere både innen og utenfor tannhelsetjenesten, både mht. individbaserte og befolkningsrettede tiltak. Videre forventes spesialisten i klinisk odontologi å gi helseopplysning samt spesielt delta i undervisning, opplæring og veiledning av tann- og helsepersonell.

5.5 Vitenskapelig arbeid/prosjektoppgave

Kravet er et publisert vitenskapelig arbeid som må godkjennes av en IKO-oppevnt veileder. Dette skriftlige arbeidet kan være basert på egen forskning, være et kompilatorisk arbeid eller være et verdifullt

bidrag av pedagogisk art. Dersom spesialistkandidaten ikke er hovedforfatteren skal det fremgå hvilken del av arbeidet kandidaten har gjort. Eventuelle tidligere publiserte arbeider kan etter en individuell vurdering aksepteres som «vitenskapelig arbeid».

5.6 Samarbeid med øvrig helsetjeneste

Det eksisterer et nært daglig samarbeid mellom alle de odontologiske spesialiteter ved IKO og TkNN. Kontakten med den offentlige tannhelsetjenesten opprettholdes gjennom henvisninger, muntlige konsultasjoner, internutdanning og klinikkbesøk. Samarbeid med andre helsetjenester skjer fremfor alt i form av henvisninger fra Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og kandidatens arbeid med tannbehandling under narkose. Psykiatrisk helsetjeneste, rusomsorg, spesialisthelsetjeneste på sykehus, kommunehelsetjenesten og tannhelsetjenesten for øvrig vil være viktige samarbeidspartnere.

5.7 Presentasjon av pasientkasus

En obligatorisk omfattende skriftlig rapport som beskriver 30 ferdigbehandlede pasientkasus gir også mulighet til i en samlet form å presentere sine kunnskaper, ferdigheter og holdninger.

Rapporten skal inneholde:

- Problemstilling
- Anamnese
- Status
- Diagnose
- Risikovurdering
- Terapiforslag
- Utført terapi
- Diskusjon
- Prognose
- Litteraturhenvisninger

Rapporten suppleres med kliniske bilder og røntgenbilder lagt inn i teksten.

6. EKSAMEN OG VURDERING

6.1 Krav til studiedeltakelse

Ferdighetstrening, klinisk modning og innhenting av teoretiske kunnskap forutsetter heltidsstudier. Fravær på inntil 10 % kan godkjennes. Kandidaten som har hatt fravær, må selv ta ansvar for å tilegne seg kunnskap og ferdigheter beskrevet i læringsmålene. Teoretiske og kliniske veiledere vil i hvert enkelte tilfelle vurdere studentens fravær i relasjon til dette. Kandidaten plikter til å melde alt fravær til utdanningen, helst før fraværet finner sted, og i henhold til gjeldende rutiner for pasientarbeid.

6.2 Arbeidskrav

Følgende arbeidskrav må være oppfylt for at spesialistkandidaten skal få ta slutteksamen:

- Semestervis godkjent muntlig og teoretiske kunnskapsprøver (15 x 6 =studiepoeng)
- Semestervis godkjent pasientbehandling på spesialistnivå (10 x 6 =studiepoeng)
- Alt arbeid ved klinikkene vil kunne samles i en læringsmappe (ref. 1).

1. Totalt minst 90 ferdigbehandlede spesialistkasus, hvorav noen kasus kan være utredninger med terapiplan for videre henvisning. «Mengdetrening» med kasus til læringsmappen kan foregå på desentralisert klinikk, mens pasientbehandling, kasus til vurderingsmappen (vurderingsmappe, se tekst under) må foregå under veiledning på TkNN.

Kandidatene samler dokumenterer fra all teoretisk utdanning og pasientkasus i en portefølje kalt vurderingsmappe (ref. 1). Etter det første og andre året, vil de enkelte mappene samles og vurderes av en komité oppnevnt av IKO.

2. 30 detaljerte, skriftlig rapporterte pasientkasus som illustrerer ulike kliniske elementer innen emneområde klinisk odontologi.
 1. Godkjente eksterne og interne kurs
 2. Godkjent vitenskapelig arbeid/prosjektoppgave (til sammen 30 studiepoeng)

6.3 Eksamen o vurdering

Eksamen bestående av tre deler, to teoretiske deler, en praktisk del. I den praktiske delen diskuteres inngående 3 av 10 skriftlig innrapporterte pasientkasus. I den teoretiske delen rapporteres og vurderes det vitenskapelige arbeidet. Avslutningsvis skal kandidaten gjennomføre en offentlig forelesning på rundt 30 minutter rettet mot allmenntannleger. Den eksterne sensoren skal oppgi tema for forelesningen minst to uker før eksamensdagen.

6.4 Kontinuasjoneksamen/utsatt eksamen

Det gis mulighet til kontinuasjoneksamen og utsatt eksamen. Om utdanningsansvarlig veileder avveier at kandidaten ikke er egnet til å fullføre utdanningen, innkalles ekstern sensor for en helhetsvurdering. Alle krav vil bli vurdert i henhold til «Regler for spesialistutdanning av tannleger». For øvrig følges Universitetets eksamensforskrifter for kunnskapskontroll og skikkethetsvurdering.

6.5 Kvalitetssikring av spesialistutdanningen

Spesialistutdanningskandidater er i samråd med veiledere ansvarlige for at det utdanningsmålet som er beskrevet i studieplanen nås. Dette skjer gjennom regelmessige utviklingssamtaler og en fortløpende kontroll av at tannlegen under spesialiseringsarbeidet utvikler sine teoretiske og kliniske ferdigheter på en tilfredsstillende måte.

Teoretiske og kliniske ferdigheter skal godkjennes av det lokale samarbeidsutvalget, som en forsikring om at kandidaten er moden for eksamen.

7. EMNEBESKRIVELSE

EMNEBESKRIVELSE

Innholdskrav	Utfyllende opplysninger og kommentarer
Navn	Spesialitet i klinisk odontologi (ODO-6302)
Emnekode og emnenivå	ODO-6302 Administreres i fellesskap av Helsedirektoratet, IKO og TkNN Oppdatert: 08.03.14 Skrevet av Elisabeth Camling, prosjektleder Godkjent Programstyret for tannpleie og odontologi (PTO): ...
Omfang	180 ECTS

Forkunnskapskrav, anbefalte forkunnskaper	Godkjent norsk autorisasjon som tannlege (embetseksamen i odontologi, cand.odont. eller master i odontologi fra Norsk universitet eller tilsvarende) + 2 års kliniske praksis
Faglig innhold	• kariologi • endodonti • periodonti • protetikk/bittfysiologi • gerodontologi • dento-alveolær kirurgi I tillegg kommer underfag-spesifikke kurs.
Læringsmål	Etter å ha gjennomgått emnet skal kandidaten: Generelt om kunnskaper: • ha avansert kunnskap innenfor fagområdet mht. diagnostisering, terapiplanlegging og behandling av voksne pasienter med omfattende behov for tannbehandling med dårlig allmenntilstand, sykdom, uførhet med «sosioøkonomisk problematikk» som vanskeliggjør en allmennodontologisk vurdering og behandling før strålebehandling og omfattende kirurgisk behandling som trenger sedering før tannbehandling som trenger generell anestesi før tannbehandling • ha spesialisert kunnskap innen fagområdet mht. diagnostikk, terapiplanlegging og behandling av den eldre geriatriske pasienten med behov for mer omfattende og/eller spesiell odontologisk tannbehandling Generelt om ferdigheter: • kunne forholde seg kritisk til informasjonskilder og anvende disse til faglige resonnementer om diagnoser, terapiplaner og behandling av medisinsk kompromitterte pasienter • kunne analysere eksisterende vitenskapelige teorier og metoder innen fagområdet mht. diagnostikk og behandling av pasienter med behov for mer omfattende tannbehandling. Generell kompetanse: kunne kommunisere om faglige problemstillinger, analyser og konklusjoner og riktige henvisningsrutiner til allmenntannleger, til øvrig helsepersonell og til mer spesialisert personell når det er nødvendig.
Læringsformer og aktiviteter	Undervisningen gis i form av forelesninger, seminarer (teoretiske og kliniske), terapimøter og klinisk og teoretisk veiledning
Eksamen og vurdering	Skriftlig og muntlig eksamen vurderes med godkjent/ikke godkjent. Vitenskapelig arbeid vil rapporteres muntlig, og bli vurdert med godkjent/ikke godkjent.
Kontinuasjoneksamen	Ved vurdering til stryk eller i tilfeller hvor studenten har levert gyldig legeerklæring til ordinær eksamen gis det adgang til kontinuasjons/utsatt eksamen
Undervisnings- og eksamensspråk	Undervisningsspråk er skandinavisk eller engelsk. Arbeidskrav kan leveres på norsk, svensk, dansk eller engelsk
Pensum	Se egen pensumliste (vedlegg 1)

8. BESKRIVELSE AV DE SPESIFIKKE UNDEREMNENE

Beskrivelse av de spesifikke underemnene

GRUNNFAG (prekliniske fag)	LÆRINGSMÅL
Epidemiologi	Kunne forklare alminnelige epidemiologiske metoder. Kunne forklare forskjell mellom beskrivende og analytisk epidemiologi. Kunne forklare forskjell mellom individbasert og populasjonsbasert informasjon.
Forskningsmetodikk	Kunne forklare eksperimentelle, kliniske og epidemiologiske vitenskapelige metoder. Ferdigheter i å innhente litteratur. Gjenfinning av vitenskapelig informasjon fra databaser. Analyse og tolkning av vitenskapelig odontologisk litteratur basert på kunnskap i forskningsmetodikk.
Litteraturkritikk	Kunne kritisk evaluere vitenskapelig litteratur. Kunne argumentere basert på informasjon fra vitenskapelige databaser. Kunne utføre innhenting av informasjon fra vitenskapelige databaser. Kunne forklare prinsippene for hvordan man skriver en vitenskapelig artikkel.
Dokumentasjonsteknikk	Kunne ferdigstille et vitenskapelig arbeid. Kunne skrive en forskningsrapport i henhold til akseptable prinsipper. Kunne presentere et vitenskapelig eller klinisk rapport med kasuistikker verbalt eller som en posterpresentasjon.
Pedagogikk	Kunne anvende grunnleggende pedagogiske begreper i en veilederfunksjon. Kunne grunnleggende prinsipper for presentasjonsteknikk, og kunne utføre slike presentasjoner.
Psykologi / atferdsmessig vitenskap	Kunnskap i å kommunisere, informere, motivere og instruere pasienter med ulik bakgrunn. Forstå underliggende sosiale og sosioøkonomiske problemstillinger. Kunne utføre en pasientsentrert behandlingstilnærming.
Etikk og profesjonalitet	Kunne skrive korrekte og nøyaktige kliniske journaler. Kunne reflektere pasienters rettigheter og håndtere pasientens klager. Kunne gi riktig omsorg til sårbare pasienter og samtidig opprettholde full konfidensialitet. Kunne reflektere pasientens samtykke basert på objektiv informasjon. Kunne forklare mulighetene for økonomisk støtte når det er relevant. De grunnleggende begrepene i medisinsk etikk blir presentert og diskutert. Kandidatene trenes i å lage en forsvarlig medisinsk anamnese samt gi korrekt diagnostikk. Det legges vekt på kasusdiskusjoner der respekten for den enkelte pasient, pasientklager og begrepet integritet blir diskutert. Riktig behandling for medisinsk kompromittert og sårbare pasienter er særlig vektlagt.
Samfunnsodontologi	Ha kunnskap om generell tannhelse og tannhelsetjenester i Norge. Ha kunnskap om Tannhelselover og andre generelle helselover i Norge. Kunne identifisere og prioritere omsorgsbehov i henhold til objektive kriterier og samfunnsodontologisk informasjon. Introduksjon til epidemiologiske metoder og internasjonale og nasjonale tannhelsedata. Kunne analysere og diskutere ulike metoder og programmer for helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak.
PARAKLINISKE FAG	
LÆRINGSMÅL	
Biomaterial	Ha kunnskap om moderne dentale materialer, struktur, egenskaper og håndtering. Kunne analysere vitenskapen som underbygger bruk av dentale biomaterialer. Kunne forklare begrensningene i dentale biomaterialer. Kunne analysere de aspektene av biomaterialers sikkerhet som er knyttet til

	tannbehandling. Kunne bruke de vanligste dentale biomaterialer og ha kjennskap til deres begrensninger, holdbarhet og bivirkninger. Ha kunnskap om ulike materials miljøpåvirkning og risiko for allergier.
Oral mikrobiologi	Kunne identifisere vanlige orale patogener samt mikrobielle- og virusinfeksjoner. Kunne forklare begrepet biofilm og biofilmdannelse med vekt på «the ecological theory». Ha kjennskap om antimikrobielle og antivirale behandlingsmetoder, samt å kunne bruke antimikrobiell og antivirusbehandling i munnhule når indisert. Ha kunnskap om den allmenne og spesielt den orale mikrofloraen og det orale økosystemet. Ha kunnskap om immunsystemet og oral immunologi. Ha kunnskap om orale slimhinneinfeksjoner og orale soppinfeksjoner. Ha kjennskap til orofasiale og dype infeksjoner, luftveisinfeksjoner og systemiske infeksjoner. Ha kunnskap om antimikrobiell behandling, antiseptika, antibiotika og probiotika.
Oral patologi	Kunne analysere og anvende patogenesen og klassifiseringen av orale sykdommer. Kunne analysere etiologi og orale prosesser av orale sykdommer. Kunne forklare rollen til laboratorieundersøkelser i diagnostikk arbeid. Kunne forklare årsaker til og konsekvensene av orale sykdommer. Kunne bruke hensiktsmessig innsats for forebygging, diagnostisering og behandling av orale sykdommer. Diagnostisering og klassifisering av vanlige orale sykdommer blir presentert og diskutert. Her inngår kunnskap om patogenese, korrekt behandling, prognose og konsekvenser av ulike behandlinger og resultat av behandlinger.
Farmakologi	Kunne gjennomføre og vurdere en fullstendig medisinsk anamnese inkludert bruk av forskjellige legemidler. Kunne forklare virkningsmekanismer og interaksjoner hos forskjellige legemidler i behandling av pasienter som krever tannbehandling. Kunne bruke de vanligste legemidler og kunne forklare eventuelle bivirkninger.
Indremedisin	Kunne forklare patologi i de store organer i henhold til vanlige allmenne sykdommer og dens relevans for tannbehandling. Kunne forklare de viktigste lidelsene som kan være av betydning for hvordan tannbehandlingen kan utføres. Kunne analysere det komplekse samspillet mellom oral helse, ernæring, generell helse, rusavhengighet og sykdommer som kan ha innvirkning på tannpleie og sykdom.
Oral medisin	Kunne diagnostisere, forebygge og behandle de vanligste slimhinesykdommene, bakterie- virus- og soppinfeksjoner i munnhulen. Ha kunnskap om og kunne behandle pasienter før stråleterapi, immunosupprimerte pasienter, pasienter i kjemoterapi og transplanterte pasienter. Kunne gi tannbehandling til pasienter med dårlig allmenntilstand, sykdommer eller ufullkommenhet. Kunne gi tannbehandling til pasienter med problemer koblet til atferd.
Nevrologi	Kunne forklare kraniale nerver og deres distribusjon i hodet samt forbindelser med autonome nervesystemet og assosiasjon med hodepine og ansiktssmerter. Nevrologiske årsaker til hodepine og smerter i relasjon til oral helse vil bli presentert.
Onkologi	Ha kunnskap om tumorsykdommer i hoved-halsområdet, hvordan de oppstår, behandles og følges opp og hvordan gjennomføre tannbehandling og forebyggende tiltak i forhold til pasientens sykdom og sykdomsutvikling.
Orofasiale smerter	Kunne diagnostisere og lage en terapiplan for pasienter med orofasial smerteproblematikk. Ha kunnskap om epidemiologi bakom orofasial smerte,

	ulike smertemekanismer og nye strategier (f.eks. tverrfaglig) for behandling av orofasiale smertetilstander. Epidemiologi, ulike smertestillende mekanismer og nye strategier for behandling av orofasiale smertetilstander vil bli diskutert.
Øre-nese-hals-sykdommer	Kunne forklare sykdommer, svulster og frakturer i øre-nese-hals-regionen. Kunne forklare sykdommer og svulster i spyttkjertlene. Kunne analysere aktuelle behandlingsprinsipper for disse sykdommer. Kunne teorien bakom søvnapné og strategier for behandling.
Psykatri	Gi økt kunnskap om psykiatriske lidelser og mulig behandling.
Hygiene	Kunne forklare de vitenskapelige prinsippene bakom sterilisering, desinfeksjon og antisepsis og samt implementering i klinikken.
KLINISKE FAG	LÆRINGSMÅL
Kariologi	Kunne diagnostisere karies- og erosjonssykdom og beskrive etiologi. Kunne forskjell mellom forebyggende og helsefremmende tiltak, samt når og hvor disse tiltak bør implementeres. Kunne gjennomføre forebyggende tiltak og behandlinger. Kunne terapiplanlegge og gjennomføre en adekvat årsaksrettet tannbehandling på pasienter med omfattende behov for konserverende kariologisk behandling.
Endodonti	Kunne diagnostisere endodontiske sykdommer, terapiplanlegge endodontiske behandlinger og behandle tenner med egnede endodontiske teknikker (se videre beskrivelse av spesifikke underemner).
Periodonti	Kunne diagnostisere sykdom periodonti inkludert periimplantitt. Kunne terapiplanlegge og behandle pasienter i behov av periorehabilitering (se videre beskrivelse av spesifikke underemner).
Protetikk	Kunne terapiplanlegge protetiske behandlinger og behandle pasienter med omfattende behov for restaurerende tannbehandling (se videre beskrivelse av spesifikke underemner).
Bittfysiologi	Kunne diagnostisere, terapiplanlegge og behandle pasienter med symptomer og tegn på stresskader/dysfunksjon i kjeve og kjeveledd (se videre beskrivelse av spesifikke underemner).
Dento-alveolær kirurgi	Kunne diagnostisere, terapiplanlegge og behandle oralkirurgiske og oralmedisinske tilstander på enn nivå mer avansert en det som kreves for en autorisert allmenntannlege (se videre beskrivelse av spesifikke underemner).
Gerodontologi	Ha nødvendig klinisk, teoretisk og medisinsk kompetanse, for å ivareta den orale helsen og odontologisk rehabilitering til eldre, på en fullgod måte (se videre beskrivelse av spesifikke underemner).
Radiologi	Kunne vurdere behov for og bruke ulike radiologiske teknikker. Kunne analysere røntgenbilder og skrive nøyaktige uttalelser/rapporter (se videre beskrivelse av spesifikke underemner).

8.1 Kliniske hovedfag

8.2 Kariologi

- Ha kunnskaper om karies og andre hardvevsskader, etiologi og patogenese samt årsaksrettet behandling.
- Ha kunnskap om utviklingsforstyrrelser i det harde tannvev, etiologi og årsaksrettet behandling.

- Ha kunnskap om kariesepidemiologi og forekomst av andre hardvevsskader som helseproblem på individ- og samfunnsnivå.
- Kunne lage en kariesrisikovurdering, forebygge karies, diagnostisere karies og behandle sykdom i henhold til prinsipper for evidensbasert behandling.
- Kandidatene skal ha kunnskap om de vanligste metodene og teknikkene for reparativ fyllingsterapi og kunne utføre avansert restorativ behandling hos pasienter med sammensatte behov.
- Vurdere kariesetiologi og profylaksetiltak; dentalt plakk og oral hygiene, kosthold, salivaforhold og fluoridbruk. Kunne utføre en individuell forebyggende behandling samt forebyggende informasjon i henhold til bruk av tobakk og alkohol.
- Etter gjennomført program i klinisk odontologi skal kandidatene ha spesielle kunnskaper og ferdigheter i kariologi på et mer avansert nivå enn det som kreves for en autorisert allmenntannlege i Norge. De skal kunne bruke teoretisk kunnskap i klinikken og selvstendig planlegge, utføre og evaluere det kliniske arbeidet.
- Kunne planlegge samt implementere individbaserte og populasjonsbaserte forebyggende program og aktiviteter.
- Kunne fungere som en konsulent, rådgiver og veileder for forebyggende tannbehandling i den voksne befolkningen.
- Forebyggende og helsefremmende arbeid vil bli diskutert og implementert i studiet.

8.3 Endodonti:

Generelle krav:

Kandidatene skal etter endt utdanning ha spesielle kunnskaper og ferdigheter i endodonti som skiller dem fra allmenntannlegens kunnskaper.

Kandidatene bør kunne gi høy kvalitet på omsorg for pasienter med endodontirelaterte tilstander.

Kunnskap i Endodonti:

Kandidaten skal ha dypere kunnskaper på følgende emner:

1. Diagnostisering av endodontiske sykdommer og differensial diagnose av oral-ansikts smerter, inkludert de som oppstår som følge av skade på pulpa- og periradikulær vev.
2. Begrepet terapiplanlegging og prinsipper for og behandling av endodontisk og reparativ terapiplanlegging.
3. Lokalanestesi, handlinger og teknikker
4. Behandling av vital tannpulpa og forebyggende endodonti.
5. Akutt tannpleie.
6. Ikke kirurgiske endodontiske prosedyrer.
7. Kirurgiske endodontiske prosedyrer.
8. Blekning av endodontisk behandlede tenner.
9. Evaluering av endodontisk behandling
10. Årsaker og behandling av mislykket rotfylling.
11. Traumatologi
12. Bruk av moderne teknikker inkludert bruk av mikroskop og ultralydapparater

Kandidaten skal ha forståelse for følgende:

1. Medisinske akutte kasus
2. Behandling av medisinsk kompromitterte pasienter
3. Vitenskap i henhold til de biomaterialer som brukes i fagområdet endodonti.

Kandidaten må være kjent med de ulike teknikker for sedasjon.

Kliniske ferdigheter i Endodonti:

Kandidaten skal ha følgende kliniske ferdigheter:

1. Gjennomgående høy standard i behandling av alle endodontiske kasus i henhold til «Standard of Care in Endodontics» som gjelder ved UiT/IKO.
2. Kunne velge, og bruke evidens baserte teknikker for å bevare pulpa og beholde tenner
3. Kunne bruke evidens baserte teknikker for rotfylting og revisjon av rotfylting som bygger på prinsipper om å bevare tenner og tannsett.
4. Unngå, identifisere og erkjenne konsekvensene av formelle feil under behandling.
5. Identifisere behovet for og kunne utføre endodontisk kirurgi med hjelp av moderne, evidens baserte prosedyrer, teknikker og materialer
6. Skal ha utviklet ferdigheter til å følge opp endodontiske behandlinger på kort- mellomlang og lang sikt.

Periodonti:

Generelle krav:

Kandidatene skal etter endt utdanning ha spesielle kunnskaper og ferdigheter i periodonti som skiller dem fra allmenntannlegens kunnskaper.

Kandidatene i klinisk odontologi skal kunne tilegne seg grunnleggende og dypere kunnskaper når det gjelder sykdommene periodontitt og periimplantitt, deres forekomst og etiologi samt hvordan de forebygges og behandles. Kandidatene skal også etter trening gis mulighet til å oversette dette til klinisk praksis: I målet inngår også at kritisk kunne evaluere litteraturen som gjelder disse sykdommene.

Etter fullført kurs skal studenten ha god kjennskap til:

1. Evidensbasert periodontittbehandling (aktuell forskning)
2. periodontale sykdommers epidemiologi, etiologi og patogenes
3. inflammatoriske prosesser kring tannimplantat og behandling
4. undersøkningsmetodikk, diagnostikk
5. terapiplanering
6. praktisk å utøve mekanisk infeksjonsbehandling inklusive kirurgi
7. hvordan man evaluerer behandlingsresultat
8. hvilke aspekter som er viktig før å bedømme prognose for en behandling og at et positivt behandlingsresultat skal vedlikeholdes over tid
9. hvilke metoder og teknikker som er viktig for pasientene å håndtere sin egenpleie
10. grunnleggende kunnskaper i pasientkommunikasjon og at kunne applisere disse på pasient i forbindelse med pasientundervisning
11. de instrument som benyttes i behandling og hvordan disse skal håndteres og vedlikeholdes.

Kunnskap i Periodonti:

Kandidaten skal ha dypere kunnskaper innen følgende emner:

1. Etiologi og patogenes
2. mekanisk infeksjonsbehandling, inklusive kirurgi
3. behandling med desinfeksjon og antibiotika
4. terapiplanering inklusive demonstrasjon pasientkasus
5. vedlikeholdsbehandling inklusive demonstrasjon pasientkasus
6. pasientutdanning, kommunikasjonsteknikk

7. ikke-kirurgisk og kirurgisk behandling
8. tannimplantat, mukositt, periimplantitt
9. epidemiologi, patogenes
10. samband mellom generelle sykdommer og periodontitt.

Praksis:

1. Instrumentkjennskap,
2. slipning av håndinstrument

Pasientbehandling:

Kliniske ferdigheter i Periodonti:

Kandidaten skal ha følgende kliniske ferdigheter:

Studenten skal selvstendig gjennomføre en fullstendig undersøkelse og behandling av minst

10 pasienter. Det er ønskelig med pasientkasus av varierende sykdomsgrad. Kandidatenes ulike kasus må representere varierende problemstillinger innen fagområde periodonti.

I dette inngår også å evaluere behandlingsresultatet.

Protetikk:

Generelle krav:

Etter gjennomført program i klinisk odontologi skal kandidatene ha spesielle kunnskaper og ferdigheter i protetikk på et mer avansert nivå enn det som kreves for en autorisert allmenntannlege i Norge. De skal kunne bruke teoretisk kunnskap i klinikken og selvstendig planlegge, utføre og evaluere det kliniske arbeidet. De skal videre kunne presentere en journal på en forsvarlig måte, vise ettertrykkelig evne og være i stand til å kommunisere og etablere gode relasjoner med pasienter og kolleger. Kandidatene bør ha et helhetlig syn på pasienten og deretter vurdere pasientenes medisinske, sosiale og økonomiske forhold i behandlingssituasjonen.

Etter fullført kurs skal studenten ha god kjennskap for å kunne:

1. beskrive grunnleggende begreper og standarder innenfor fagområdet protetikk og ha teoretisk kunnskap om muligheter og metoder for protetisk behandling for å kunne gjenskape eller bevare en optimal status med hensyn til funksjonelle og sosiale forhold
2. diagnostisere forhold av betydning for protetisk behandling, avgjøre når protetisk behandling er indisert
3. diagnostikk, terapiplanlegging og behandling av pasienter med omfattende behov for protetisk behandling
4. utføre avansert protetisk behandling inkludert implantat-støttede konstruksjoner ved hjelp av allment aksepterte teknikker
5. henvise til og etablere samarbeid med spesialist i protetikk om nødvendig
6. følge de dentaltekniske prosedyrer som brukes for fremstilling av kroner, faste og avtakbare partielle proteser, helproteser og kunne skrive en fullstendig rekvisisjon til teknikker, samt vurdere de arbeid som blitt levert fra laboratoriet
7. bruke etablerte rutiner for å forebygge overføring av smittsomme sykdommer mellom tannlege kontor og laboratorium
8. utføre risikovurdering og tilstrekkelig oppfølgingsrutiner

Kunnskap i protetikk:

Kandidaten skal ha dypere kunnskaper på følgende emner:

1. Etiologi til tap av tenner inkludert frekvens, biologiske, funksjonelle og psykologiske effekter.
2. Diagnostikk, terapiplanlegging og kliniske beslutninger
3. Protese behandlingstilbud og deres kliniske ytelse
4. Dentale materialer og deres biologiske effekter
5. Prognose, komplikasjoner, evaluering og oppfølging av protese behandlinger
6. Ethiske og juridiske aspekter og forskrifter innen fagområdet protetikk
7. Litteraturstudier i fagområdet

Pasientbehandling:

Kliniske ferdigheter i Protetikk:

Kandidaten skal ha følgende dyktige kliniske ferdigheter:

1. demonstrere gjennomgående høy standard i behandling av forskjellige protetiske kasus i henhold til «Standard of Care».
2. utføre protetisk behandling ved hjelp av moderne kunnskapsbaserte tilnærminger
3. unngå, identifisere og erkjenne konsekvensene av og rette formelle feil under behandling
4. identifisere behovet for og være i stand til å utføre proteserehabilitering, ulike protese teknikker, ved hjelp av moderne evidensbaserte teknikker og materialer
5. skal ha utviklet ferdigheter til å følge opp protese behandlinger på kort-, mellomlang og lang sikt.

Dento-alveolær kirurgi:

Generelle krav:

Etter gjennomføringen av programmet i klinisk odontologi skal kandidatene ha spesielle kunnskaper og ferdigheter, i fagområdet dento-alveolær kirurgi på et mer avansert nivå enn det som kreves for en autorisert allmenn-tannlege i Norge. De skal kunne bruke teoretisk kunnskap i klinikken og selvstendig planlegge, utføre og evaluere det kliniske arbeid.

Etter fullført kurs skal studenten ha god kjennskap til:

1. Diagnostisere og terapiplanlegge oralkirurgiske og oralmedisinske tilstander
2. Vurdere indikasjon for behandling resp. spesialisthenvisning.
3. Vurdere indikasjoner/kontraindikasjoner for kirurgisk behandling (oralkirurgi)
4. Kunne utføre enklere dentoalveolær kirurgi

Kunnskap i dento-alveolær kirurgi:

Kandidaten skal ha dypere kunnskaper i følgende emner:

1. Steril oppdekning
2. Kirurgisk ekstirpasjon av visdomstenner (enklere kasus) og retinerte tenner, frakturerte tenner (enklere kasus)
3. Oppfølging av vanlige oralmedisinske tilstander:
 - Oral Lichen Planus
 - Lichenoide kontaktreaksjoner / materialreaksjoner
 - Candida-lesjoner
 - Aftøs stomatitt

- Virale og bakterielle infeksjoner
4. Behandling av pasienter med spesiell medisinsk problematikk:
 - Blodfortynnende medisiner (Albyl-E, Marevan, Plavix)
 - Bløderpasienter
 - Hjerte- og karsykdom, endocardittprofylakse
 - Immunokompromitterte pasienter (f.eks dialyse- / nyretransplanterte pasienter)
 - Infeksjons-sanering før stråling
 5. Enklere biopsier
 6. Oppfølging av TMD-pasienter (myalgi, discusdislokasjoner) med bittskinneterapi / muskeløvelser

Gerodontologi:

Generelle krav:

Etter gjennomføring av programmet skal kandidatene i klinisk odontologi ha de nødvendige kliniske og teoretiske kvalifikasjoner for å ivareta orale helsen til eldre på fullgod måte basert på et helhetlig syn på pasientens totale helse og livssituasjon. Kandidatene skal selvstendig kunne skape en trygg behandlingssituasjon for den eldre pasienten og fra et helhetsperspektiv kunne diagnostisere, analysere, terapi-planlegge og informere pasienten og behandle orale sykdommer hos eldre pasienter.

Kunnskap i Gerodontologi

Kandidaten skal ha dypere kunnskaper på følgende emner:

1. den naturlige aldringsprosessen
2. systemiske somatiske sykdommer blant eldre
3. mentale sykdommer blant eldre
4. odontologiske aspekter av systemiske somatiske og mentale sykdommer
5. årsaken til xerostomi og behandlingsmuligheter
6. variasjon i atferd hos eldre
7. institusjoners pleie blant eldre
8. kunne vurdere behandling etter pasientens medisinske tilstand og ikke etter alder
9. kunne vurdere pasientens generelle helse og medisinbruk samt disses betydning for pasientens orale tilstand og tannbehandling

Radiologi

- Kunne bruke prinsipper som ligger til grunn for dentale radiologiske teknikker, spesielt digital bildebehandling
- Kunne håndtere og demonstrere de radiologiske hjelpemidler som brukes i allmenntannpleie.
- Kunne analysere røntgenbilder og skrive nøyaktige uttalelser/rapporter.
- Kunne forklare farene med røntgenstråling, forskrifter og hvordan beskytte seg.

Bittfysiologi

- Kunne prinsippene for en god okklusjon, tyggefunksjon og mal okklusjon i alle fagområder av tannbehandling.
- Kunne diagnostisere pasienter med symptomer i kjeve og kjeveledd, terapi-planlegge og foreslå indikert, individualisert behandling.

8.4 Kliniske underfag

Diagnostikk og terapiplanlegging:

- Kunne samle inn og analysere informasjon fra pasienter med relevans for orale tilstander.
- Kunne forklare sammenhengen mellom orale og generelle tilstander.
- Kunne analysere diagnostisk usikkerhet, sensitivitet, spesifisitet og diagnostisk effekt (diagnostisk makt?)
- Kunne utføre en evidensbasert terapiplanlegging.
- Kunne analysere pasientens forhold og ønsker i planlegging og behandling.
- Reflektere overfor rollen som konsulent og veileder i diagnostisering og behandlingsplanlegging.

Estetikk:

- Kunne bruke estetiske begreper knyttet til tenner og ansiktsutseende.
- Kunne bruke forskjellige dentale materialer og vurdere materialet i forhold til estetikk og holdbarhet.
- Kunne fungere som en konsulent og veileder i estetikk ved tannbehandling.

Odontofobi:

- Kunne behandle pasienter med odontofobi med atferdsmessige teknikker.
- Kunne empatisk behandle pasienter i stressede behandlingssituasjoner.
- Kunne bedømme når, hvordan og hvor du henviser en pasient til generell anestesi.
- Kunne behandle pasienter i generell anestesi.
- Kunne fungere som konsulent og veileder for andre behandlere i henhold til pasienter med odontofobi.

Teamarbeid:

- Kunne samarbeide med, og når hensiktsmessig, delegere arbeid til andre fagfolk i teamet.
- Kunne fungere som teamleder og veileder.
- Ha en helhetlig tilnærming til tannpleie.

Vedlegg 1 til studieplan:

Vedlegg 1 til studieplan:

Klinisk odontologi	Hospitering	Teoretisk utdanning: Kurs, forelesninger, konferanser	Seminarer	Vitenskapelig arbeid/undervisning
Hovedområder	Aktivitet målt i antall timer			
GRUNNFAG				
Samfunnsodontologi		6	11	
Statistikk		30		
Forskningsmetodikk/Epidemiologi		46		
Litteraturkritikk		15	15	
Bibliotekkunnskap/IKT		4		
Presentasjon/dokumentasjonsteknikk		8		
Klinisk fotografering		7		
Konferanse/sykehustannpleie		15		
Pasientrettigheter/klage/samtykkekompetanse		4		

PARAKLINISKE FAG				
Oral mikrobiologi*		42		
Biomaterial		32		
Oral patologi		12		
Oral medisin		19		
Farmakologi		25		
Indremedisin*		66		
Psykologi/samtalemetodikk		27	10	
Psykatri		23		
Ernæring		5		
Neurologi		5		
Onkologi*		22		
Tannpleie for funksjonshemmede		3		
Oral motorikk/svelge		4		
ØNH (Øre/Nese/Hals)*		26		
TAKO-konferanser		30		
«The Concept of Disease»/Munnhulen som en del av kroppen		11		
KLINISKE FAG				
Protetikk**		79	40	
Radiologi		31		
Endodonti***		76	30	
Bittfysiologi		34	8	
Periodonti*		75	40	
Gerodontologi*		28	15	
Kariologi		71	30	
Oral kirurgi		23	20	
Kjeveortopedi		15		
Lystgass/Anestesi/sedering**	70	36		
Odontofobi****		50		
Sykehusodontologi	196			
SUM	266	1005	219	510

* «Diplomkurs» organisert av Sveriges tandläkarförbund: Indremedisin, oral mikrobiologi, øre/nese/ hals, periodonti, gerodontologi, psykiatri og skandinavisk kjeve- og ansiktsprotetikk, kariologi, farmakologi, onkologi.

** Kurs organisert av Den Norske tannlegeforening: Implantatprotetikk, lystgass.

*** Excellence in Endodontics & Direct Restauration of Endodontically Treated Teeth Courses.

**** Nasjonalt kurs i odontofobi i regi av TOO-prosjektet.

