

Måloppnåelse innen tannhelseområdet i Vest-Agder

**Rapport til Kontrollutvalget i Vest-Agder
fylkeskommune**



**Forvaltningsrevisjon
august 2018**

0.1 Sammendrag

På oppdrag fra Kontrollutvalget i Vest-Agder fylkeskommune har Agder Kommune-revisjon IKS gjennomført et forvaltningsrevisjonsprosjekt som, med utgangspunkt i *Tannhelseplan 2013-2016* samt nyere styringsdokumenter, belyser problemstillinger knyttet opp mot tannhelsetjenesten i Vest-Agders måloppnåelse når det gjelder

- (i) Tannhelseresultater
- (ii) Organisasjonsutvikling og effektivitet i tjenesteproduksjonen
- (iii) Forebygging og folkehelse

(I) TANNHELSERESULTATER

Revisjonens gjennomgang av forskjellige indikatorer for status når det gjelder tannhelsen i Vest-Agder viser at måloppnåelsen er god når det gjelder fastsatte mål for tannhelsen i Vest-Agder i *Tannhelseplan 2013-16*. Det er videre slik at man jevnt over nærmer seg eller er på linje med landsgjennomsnittet for indikatorene, og når det gjelder enkelte dekningsgrader, ligger Vest-Agder bedre an enn landsgjennomsnittet. Det er også slik at flere av indikatorene viser at tannhelsen for barn og unge i Vest-Agder, i tråd med den nasjonale trenden, har bedret seg de seneste årene. Revisjonens inntrykk er videre at både tannhelsesjefen og klinikkene har god oversikt over tilgjengelige tannhelseresultater, samt at disse brukes aktivt for å tilpasse tjenesten og ressursbruken til utfordringene den offentlige tannhelsetjenesten til enhver tid står overfor når det gjelder pasientenes tannhelse og behov.

(II) ORGANISASJONSUTVIKLING OG EFFEKTIVITET I TJENESTEPRODUKSJONEN

Etter revisjonens oppfatning har tannhelsetjenesten i Vest-Agder, i kjølvannet av at behovet for endring og økt fokus på effektivitet ble påpekt i to rapporter som ble lagt frem henholdsvis høsten 2011 og tidlig i 2013¹, jobbet systematisk og målrettet med å organisere den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder på en måte som bidrar til effektiv tjenesteproduksjon. I tråd med målsettinger og tiltak i styrende dokumenter, har klinikkstrukturen blitt rasjonalisert, samtidig som organiseringen av klinikkene har blitt endret og man har jobbet med å utvikle organisasjonskulturen. Med utgangspunkt i LEON-prinsippet («laveste effektive omsorgsnivå») har man kommet langt i å tydeliggjøre og optimalisere oppgavefordelingen mellom tannleger, tannpleiere og tannhel-sesekretærer, og det målrettede arbeidet med å øke andelen tannpleiere vil styrke tannhelsetjenesten i Vest-Agders kapasitet når det gjelder å oppfylle § 1-3 i tannhel-seloven, hvor det presiseres at «forebyggende tiltak skal prioriteres foran behand-ling». Med utgangspunkt i LEAN-metodikk har man på klinikkene begynt å se nærmere på hvordan man kan innrette forskjellige arbeidsprosesser på en mer rasjonell måte. Tannhelsetjenesten understreker samtidig at LEAN også handler om å utvikle en kultur for fokus på kontinuerlig forbedring, og på flere tannklinikker var man kommet godt i gang med dette arbeidet. Videre fremstår bevisstheten omkring behovet for å prioritere samt for å unngå å overbehandle friske pasienter som stort, både i ledel-sen og på klinikkene. Tannhelsesjefen har også antydnet enkelte kvantitative normer når det gjelder tid som bør avsettes til forskjellige undersøkelser. Alt i alt konkluderer revisjonen med at fokus i tannhelsetjenesten i Vest-Agder på organisasjonsutvikling,

¹ Kartlegging av den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder, utarbeidet av Storform AS, høst 2011. Denne rapporten ble fulgt opp av Sluttrapport. Økt effektivitet og kvalitet i tannhelsetjenesten i Vest-Agder, Storform AS, januar 2013.

på effektivitet i tjenesteproduksjonen og på å gjøre riktige prioriteringer, er stort, og det er viktig at arbeidet som er satt i gang på dette området, videreføres. Tiltak som det vises til i *Tannhelseplan 2013-2016* når det gjelder effektivitet er i stor grad iverksatt, måloppnåelsen synes å være god, og det er i det hele tatt stort fokus i tannhelsetjenesten i Vest-Agder på å forvalte tildelte midler på en effektiv måte.

(III) FOREBYGGING OG FOLKEHELSE

Alt i alt er revisjonens inntrykk at det gjøres mye godt arbeid med forebygging og folkehelse i tannhelsetjenesten i Vest-Agder. Det individrettete forebyggende arbeidet på klinikkene mot barn og unge (A-gruppen) synes å fungere bra, og i kapittel 3.3 i denne rapporten fremkommer det også at tannhelsetjenesten i Vest-Agder er tilstede og driver utadrettet forebygging på flere arenaer. Det store fokuset i tannhelsetjenesten i Vest-Agder på å unngå å overbehandle friske pasienter bidrar videre til at tannhelsetjenesten kan bruke ressursene på de pasientene som har størst tannhelseutfordringer, noe som i betydelig grad vil være sammenfallende med målsettingen i styringsdokumentene samt i folkehelseloven om å redusere forskjeller i tannhelse mellom sosiale lag i befolkningen. Etableringen av et system for undersøkelser på institusjonene (C1-gruppen) som leder ut i en såkalt belegg- og slimhinneindeks, bidrar til at tannhelsetjenesten får en bedre oversikt over tannhelsetilstanden i fylket (tidligere har tilgjengelig statistikk i hovedsak handlet om andel beboere på institusjoner som er under tilsyn) og muliggjør presise tilbakemeldinger om arbeidet som gjøres på institusjonene for å ivareta beboernes tannhelse. Den bevisste satsingen på å øke andelen tannpleiere bidrar videre til å innrette organisasjonen mot å utvikle pasientens evne til å ta vare på egen tannhelse, og den styrker også tannhelsetjenestens kapasitet til å drive utadrettet forebyggende og helsefremmende arbeid.

Samtidig synes det på folkehelseområdet å være et betydelig potensial for utvikling og forbedring, jf. avsnitt 4.3.3 i denne rapporten, spesielt når det gjelder det utadrettede forebyggende og helsefremmende arbeidet mot C2-gruppen (hjemmesykepleie), hvor behandlingsbehovet er stort og økende, og til dels mot C1-gruppen og A-gruppen. Både når det gjelder opplæring av ansatte i de forskjellige kommunale enhetene og når det gjelder å følge opp pasienter, handler det om å ta pådriverrollen i det tverrsektorielle arbeidet på alvor, om å være proaktive overfor og synlige i kommunene, samt om å jobbe med å utvikle gode og konstruktive relasjoner med de forskjellige samarbeidspartnere i kommunene. Også når det gjelder forankringen av tannhelsetjenestens folkehelsearbeid i ledelsen i tannhelsetjenesten og i det generelle folkehelsearbeidet som gjøres i Vest-Agder fylkeskommune, synes det å være potensial for utvikling og forbedring.

Med dette utgangspunktet anbefaler Agder Kommunerevisjon IKS at

1. Tannhelsetjenesten i Vest-Agder bør iverksette et utviklingsarbeid som har som målsetting å styrke tjenestens arbeid på folkehelseområdet.

Kristiansand, 17. august 2018


Tor Ole Holbek
Revisjonssjef


Stein Grøntoft
Forvaltningsrevisor

0.2 Innhold

0.1	SAMMENDRAG.....	3
0.2	INNHold	5
1	INNLEDNING	7
1.1	VEDTAK	7
1.2	NÆRMERE OM DEN OFFENTLIGE TANNHELSETJENESTEN I VEST-AGDER	7
1.2.1	Den offentlige tannhelsetjenestens oppdrag.....	7
1.2.2	Den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder.....	7
1.2.3	Tannhelseplan 2013-2016 for Vest-Agder Fylkeskommune	8
1.3	PROBLEMSTILLINGER	9
1.4	GJENNOMFØRING OG METODE	9
1.4.1	Dokumentanalyse	9
1.4.2	Intervjuer av nøkkelpersoner (kvalitativt innrettet datainnsamling).....	9
1.4.3	KOSTRA og annen statistikk (kvantitativt innrettet datainnsamling).....	10
2	REVISJONSKRITERIER.....	11
2.1	LOVVERK TANNHELSE	11
2.1.1	Lov om tannhelsetjenester.....	11
2.1.2	Rundskriv I-2/2006 og rundskriv I-4/2008 om utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud	12
2.1.3	Hva innebærer «regelmessig og oppsøkende tilbud»?.....	12
2.2	FOLKEHELSE.....	13
2.2.1	Folkehelseloven: fylkeskommunens ansvar	13
2.2.2	Veilederen Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid (1999)	14
2.3	FYLKESTINGETS VEDTAK OG FORUTSETNINGER	16
2.3.1	Tannhelseplan 2013-2016 for Vest-Agder fylkeskommune	16
2.3.2	Handlingsprogram 2017-2020 for tannhelsetjenesten i Vest-Agder	16
3	INNSAMLEDE DATA.....	17
3.1	P1: INDIKATORER FOR STATUS TANNHELSE I VEST-AGDER.....	17
3.1.1	Indikatorer i Tannhelseplan 2013-2016.....	17
3.1.2	Andre indikatorer: Helsenorge.no	20
3.1.3	Brukerundersøkelser	22
3.2	P2: EFFEKTIVITET OG ORGANISASJONSUTVIKLING	23
3.2.1	Tannhelsesjefen.....	23
3.2.2	På tannklinikkene	27
3.3	P3: FOREBYGGING OG FOLKEHELSE.....	32
3.3.1	Generelt om status for arbeidet med folkehelse og forebygging	32
3.3.2	På tannklinikkene	36
4	VURDERINGER.....	41
4.1	P1: INDIKATORER FOR STATUS TANNHELSE I VEST-AGDER.....	41
4.1.1	Måloppnåelse når det gjelder barn og unges (A-gruppen) tannhelse	41
4.1.2	Dekningsgrader for andre prioriterte grupper.....	41
4.1.3	Revisjonens vurdering	43
4.2	P2: EFFEKTIVITET OG ORGANISASJONSUTVIKLING	43
4.2.1	Nærmere om effektivitet og organisasjonsutvikling i tannhelsetjenestens styringsdokumenter	43
4.2.2	Tannhelsetjenestens tiltak og arbeid med effektivitet og organisasjonsutvikling	45
4.2.3	Revisjonens vurdering	46
4.3	P3: FOREBYGGING OG FOLKEHELSE.....	49
4.3.1	Nærmere om forebygging og folkehelse i tannhelsetjenestens styringsdokumenter	49
4.3.2	Tannhelsetjenestens tiltak og arbeid med forebygging og folkehelse.....	51
4.3.3	Revisjonens vurdering	53
5	KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	58
6	LITTERATUR.....	60

7	FYLKESRÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE	61
8	VEDLEGG 1: TANNHELSEPLAN 2013-2016 FOR VEST-AGDER FYLKESKOMMUNE	62
8.1	MÅL (S. 16-18)	62
8.2	HANDLINGSPLAN / TILTAK (S. 19-24)	63
9	VEDLEGG 2: HANDLINGSPROGRAM 2017-2020 TANNHELSETJENESTEN I VEST-AGDER	67
9.1	PASIENTPERSPEKTIV	67
9.2	FOLKEHELSE.....	67
9.3	ORGANISERING / ORGANISASJON	68
9.4	KOMPETANSE	69
9.5	OPPSUMMERING	69

1 Innledning

1.1 Vedtak

Kontrollutvalget i Vest-Agder fylkeskommune gjorde følgende vedtak i sak 40/17:

Kontrollutvalget bestiller følgende forvaltningsrevisjonsprosjekter i prioritert rekkefølge fra Agder Kommunerevisjon IKS:

1. Tannhelsetjenesten – Evaluere om tiltakene er fulgt opp og målene i *Tannhelseplan 2013-2016* er nådd. [...]

Med dette vedtaket samt *RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon* som utgangspunkt, har Agder Kommunerevisjon IKS gjennomført et forvaltningsrevisjonsprosjekt som tar for seg den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder.

1.2 Nærmere om den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder

1.2.1 Den offentlige tannhelsetjenestens oppdrag²

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig sektor som yter tannhelsetjenester til prioriterte deler av befolkningen etter *Lov om tannhelsetjenesten*, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen.

Den offentlige tannhelsetjenesten er organisert inn under fylkeskommunen, som skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen er pålagt et samordningsansvar for den offentlige (fylkeskommunale) tannhelsetjenesten og privat sektor.

Fylkeskommunen skal gjennom den offentlige tannhelsetjenesten både organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til gitte prioriterte grupper. For de prioriterte gruppene er tannbehandlingen gratis. I tillegg gis noen grupper gratis tannhelsehjelp basert på Stortingets budsjettvedtak (personer utsatt for tortur/overgrep og med odontofobi, rusmisbrukere og innsatte), jf. kapittel 2 under om revisjonskriterier.

Den offentlige tannhelsetjenesten kan i tillegg yte tjenester til voksne pasienter mot betaling etter fylkeskommunens bestemmelser og fastsatte takster.

1.2.2 Den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder³

I *Tannhelseplan 2013-16* fremkommer det at den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder er organisert som en fylkeskommunal driftsenhet som ledes av fylkestannhelsesjefen. Tannhelsesjefen rapporterer direkte til fylkesrådmannen. Nærmeste polit-

² Se <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/tannhelse/id115300/>

³ Revisjonen tar her utgangspunkt i *Årsbudsjett 2018*, den siste tilgjengelige årsberetningen (*Årsberetning 2016*) samt *Tannhelseplan 2013-16*.

iske styringsorgan er fylkesutvalget. Klinikken er egne enheter og ledes av en klinikkleder.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder tilbyr gjennom drift av 12 tannklinikker (mot 17 tannklinikker i 2010) alle typer tannbehandling til barn, ungdom og voksne. Med unntak av klinikken i Sirdal, som er en ambuleringsklinikk, er alle klinikkene bemannet hver dag. Tjenestene finansieres i hovedsak gjennom rammefinansiering. Tannhelsetjenesten har om lag 130 ansatte fordelt på tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer.

Det overordnede målet for Vest-Agder fylkeskommunes (VAF) tannhelsetjeneste er ifølge *Årsbudsjett 2018* bedre tannhelse og mindre behov for behandling. Det forbyggende arbeidets hovedmål er å sette befolkningen i stand til å bevare en god tannhelse hele livet. Forebyggende arbeid i regi av tannhelsetjenesten omfatter både individrettete tiltak på tannklinikken og utadrettete tiltak mot større grupper i felten. Det er verdt å merke seg at det i betydelig grad er de samme faktorene som påvirker generell helse og tannhelse.

Tannhelsetjenesten i Vest-Agder legger ifølge *Årsbudsjett 2018* vekt på å utjevne sosiale ulikheter i tannhelse og på å gi god tannhelsehjelp til dem som trenger det mest. Tannhelsetjenesten har mål om å øke tilbudet og ressursbruken for de mest krevende gruppene. For å nå dette målet, skal tannhelsetjenesten prioritere tydeligere, særlig ved å bruke mindre ressurser til kontroll av de som er friske.

1.2.3 Tannhelseplan 2013-2016 for Vest-Agder Fylkeskommune

Høsten 2011 ble det lagt frem en rapport⁴ hvor det blant annet ble pekt på at tannhelsen i Vest-Agder var dårligere enn landsgjennomsnittet, at det forebyggende tannhelsearbeidet i Vest-Agder ikke fungerte tilfredsstillende og at produktiviteten i den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder var lav. *Tannhelseplan 2013-2016* synes å ha vært fylkeskommunens viktigste tiltak for å ta fatt i utfordringene som her ble identifisert.

Målene og tiltakene som presenteres i *Tannhelseplan 2013-2016*, er svært omfattende, jf. vedlegg 1 under. Mest sentralt er det etter revisjonens skjønn at det i planen, med utgangspunkt i et sett med indikatorer, for det første settes et mål om at

Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) i Vest-Agder skal ha bedre tannhelseresultater enn landsgjennomsnittet. Det skal igangsettes tiltak ved de klinikkene som har resultater under gjennomsnitt.

Og for det andre, når det gjelder arbeidet med effektivitet og tidsbruk, så er målene blant annet:

- Økt effektivitet
- En gjennomsnittlig nedgang i total tidsbruk på 30 % i planperioden

⁴ Kartlegging av den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder, utarbeidet av Storform AS, høst 2011. Denne rapporten ble fulgt opp av Sluttrapport. Økt effektivitet og kvalitet i tannhelsetjenesten i Vest-Agder, Storform AS, januar 2013.

For det tredje, hva angår folkehelsearbeidet og tiltak for det forebyggende tannhelsearbeidet, er målene at:

- *Forskjellene i tannhelse mellom sosiale lag i befolkningen reduseres*
- *Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) skal være en pådriver og lagspiller i det tverrsektorielle arbeidet*

1.3 Problemstillinger

Det overordnede formålet med dette forvaltningsrevisjonsprosjektet vil, i tråd med Kontrollutvalgets vedtak, være å undersøke i hvilken grad *Tannhelseplan 2013-2016* har blitt fulgt opp. Relevante nyere dokumenter, eksempelvis en evaluering av *Tannhelseplan 2013-2016* og *Handlingsprogram 2017-2020 for tannhelsetjenesten i Vest-Agder*, vil imidlertid også hensyntas.

Med dette utgangspunktet vil Agder Kommunerevisjon IKS i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet søke å belyse følgende problemstillinger knyttet opp mot Vest-Agder fylkeskommunes måloppnåelse innenfor tannhelseområdet:

1. *I hvilken grad har tannhelsetjenesten nådd mål når det gjelder tannhelse-resultater?*
2. *I hvilken grad har tannhelsetjenesten nådd mål om økt effektivitet i tjenesteproduksjonen?*
3. *I hvilken grad har tannhelsetjenesten nådd mål for folkehelsearbeid og forebyggende tannhelsearbeid?*

1.4 Gjennomføring og metode

1.4.1 Dokumentanalyse

Det skisserte forvaltningsrevisjonsprosjektet fordrer fortrolighet med relevante deler av lovverket, det vil si tannhelselov, forskrift og forarbeider, i tillegg til aktuelle veiledere og rundskriv fra Helsedirektoratet. Kapittel 2 om revisjonskriterier tar for de mest sentrale delene av lovgrunnlaget for den offentlige tannhelsetjenestens virksomhet.

Sentrale dokumenter i Vest-Agder fylkeskommune knyttet opp mot tannhelseproblematikk har også blitt gjennomgått.

1.4.2 Intervjuer av nøkkelpersoner (kvalitativt innrettet datainnsamling)

Formålet med prosjektet kan imidlertid ikke realiseres dersom revisjonen kun tar utgangspunkt i allerede eksisterende dokumenter. Revisjonen har i så måte for det første gjennomført intervjuer med den sentrale ledelsen i tannhelsetjenesten i Vest-Agder. For det andre har vi intervjuet folkehelserådgiver, og for det tredje har vi besøkt fem tilfeldig utvalgte tannklinikker i Vest-Agder hvor vi har intervjuet en tannlege,

en tannpleier (en av klinikkene hadde imidlertid ingen tannpleier tilgjengelig på intervjuetidspunktet) og en tannhelsesekretær. Klinikklleder har blitt intervjuet både med henblikk på klinikklederrollen og med henblikk på rollen som enten tannlege, tannpleier eller tannhelsesekretær.

1.4.3 KOSTRA og annen statistikk (kvantitativt innrettet datainnsamling)

I tillegg til intervju med informanter innenfor tannhelse, har revisjonen gjennomgått aktuell tannhelsestatistikk fra KOSTRA.

2 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de normene og standardene som er relevante på området for den aktuelle forvaltningsrevisjonen. I dette prosjektet vil både lovverk og Fylkestingets vedtak og forutsetninger være relevante standarder som det er aktuelt å vurdere fylkeskommunens praksis på tannhelseområdet opp mot.

2.1 Lovverk tannhelse

2.1.1 Lov om tannhelsetjenester

I tannhelselovens § 1-1 finner man bestemmelser om fylkeskommunens ansvar for at «tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket». Dette innebærer krav om desentralisering av tjenestene. Videre framgår det at fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten⁵, og at den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i § 1-3.

I § 1-2 fremkommer fylkeskommunens ansvar for helsefremmende arbeid og forebygging. Fylkeskommunen skal «fremme tannhelsen i befolkningen, og gjennom sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling». Den skal videre «spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte og allmennheten selv kan gjøre for å fremme tannhelsen». Revisjonen bemerker at det i veilederen *IS-1589 God klinisk praksis i tannhelsetjenesten - en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling* står at

«nødvendig tannbehandling» er den informasjon og behandling som skal til for at enkeltpersoner kan oppnå og selv bidra til å opprettholde akseptabel oral helse. Helse- og sosialdepartementets definisjon av akseptabel oral helse er at brukeren:

- o ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen.*
- o har tilfredsstillende tyggefunksjon.*
- o kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene.* (s. 7)

§ 1-3 inneholder nærmere bestemmelser om omfanget av tjenester til de prioriterte gruppene, og hvilket ansvar som gjelder for tilsyn, forebygging og behandling av disse gruppene. Den offentlige tannhelsetjenesten skal «organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen». Den skal gi et «regelmessig og oppsøkende tilbud» til:

- a) Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.*
- b) Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.*
- c) Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.*
- d) Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.*

⁵ Vi merker oss at Stortinget i juni 2017 vedtok å be regjeringen legge til rette for at kommuner som ønsker det, kan overta ansvaret for tannhelsetjenesten fra 2020. Dette skal være en prøveordning som skal følgeevalueres frem til 2023. Regjeringen er videre bedt om å fremme en egen sak for Stortinget om overføring av tannhelse-tjenesten fra fylkeskommunene til kommunene - basert på erfaringene fra prøveordningen - som kan gi grunnlag for beslutning om overføring fra 2023, jf.

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=68453#case-status>.

e) Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.⁶

Det understrekes at gruppene (a-e) er listet opp i prioritert rekkefølge⁷. Hvis ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud til alle gruppene, skal denne prioritering følges. Det er verdt å fremheve at det i § 1-3 presiseres at

forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling.

2.1.2 Rundskriv I-2/2006 og rundskriv I-4/2008 om utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud

I tillegg kan man på Helsedirektoratets nettsider⁸ lese at fylkeskommunene også har fått i oppdrag å gi et tannhelsetilbud til følgende grupper:

- Tortur- og overgrepsofsatte personer
- Personer med odontofobi (sterk angst for tannbehandling)
- Innsatte i fengsel
- Personer med rusmiddelavhengighet som:
 - mottar kommunale helse- og omsorgstjenester eller
 - er under LAR-behandling (legemiddelassistert rehabilitering)

2.1.3 Hva innebærer «regelmessig og oppsøkende tilbud»?

I Stortingsproposisjon 71 L (2016 – 2017), *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* pekes det på at hva som ligger i uttrykket «regelmessig og oppsøkende tilbud», jf. § 1-3 i tannhelsesloven, ikke fremgår verken av tannhelsetjenesteloven eller dens forarbeider. Ifølge Stortingsproposisjonen⁹ må imidlertid et minimumskrav for at tilbudet skal sies å være «opsøkende», være at det offentlige tannhelsetilbudet gjøres kjent for personer som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsestjenesteloven. Kommunen må gjøre en aktiv innsats for at tilbudet så langt som mulig faktisk når frem til målgruppene. Det understrekes at hva som skal til for at plikten til å gi et oppsøkende tilbud kan sies å være oppfylt, blant annet vil avhenge av den enkeltes samlede livs- og helsesituasjon. Det legges til grunn at dersom en person

⁶ Det er verdt å merke seg at tannhelsesjefen understreker at man i Vest-Agder fylkeskommune formelt sett ikke har noen «Gruppe E». Tannhelsesjefen peker på at å bruke begrepet «Gruppe E» formelt vil forutsette at man har et fylkestingsvedtak om at bestemte grupper skal gis status som «Gruppe E». Enkelte fylkeskommuner har gjort slike vedtak, men i Vest-Agder fylkeskommune har man per dags dato ikke gjort slike vedtak. Samtidig er det slik at tannhelsetjenesten på forespørsel fra revisjonen har oppgitt tall når det gjelder andel pasienter under tilsyn i gruppen «Andre prioriterte personer (vil være personer med rusmisbruk i Vest-Agder)», og for å lette fremstillingen i rapporten, omtaler revisjonen disse pasientene som «Gruppe E».

⁷ Vi merker oss samtidig at personer med gitte lidelser og/eller sykdomstilstander i munnhulen, men som ikke kommer inn under en av de prioriterte gruppene, kan få offentlig finansiert tannhelsetjenester etter folketrygdens regelverk. Størstedelen av tannbehandling med trygdefinansiering blir ifølge Helse- og omsorgsdepartementet utført i privat sektor, jf. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/tannhelse/id115300/>

⁸ Se <https://helsedirektoratet.no/tannhelse/rettigheter-til-tannhelsetjenester>

⁹ Stortingsproposisjon 71 L (2016 – 2017), *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*, s. 108-109.

kalles inn til undersøkelse ved en tannklinikk, er vedkommende gjort kjent med sin rettighet, at tilbudet finnes og vedkommende er oppfordret til å benytte seg av tilbudet.

For personer som av ulike årsaker ikke er i stand til å møte opp på tannklinikken, er spørsmålet om den kommunale tannhelsetjenesten har plikt til å oppsøke pasienten der vedkommende befinner seg, eller tilrettelegge for at pasienten kan komme til tannklinikken. Her kan ambulante tjenester ifølge Stortingsproposisjonen være nødvendig, noe som innebærer at tannhelsepersonellet besøker institusjonene der pasientene oppholder seg eller oppsøker pasienten i eget hjem eller omsorgsbolig. Tjenestetilbudet kan riktignok bli redusert under slike omstendigheter, men en begrenset undersøkelse, diagnostikk og eventuell behandling kan utføres med utstyr som tannpleier/-tannlege kan bringe med seg. I hvilken grad tannpleier / tannlege skal foreta første undersøkelse på institusjon eller i eget hjem, må i så fall avklares med institusjonen, personellet som yter tjenester i hjemmet eller med pårørende.

Forutsetningen for å kunne gi et regelmessig og oppsøkende tilbud er at kommunen har tilgang på informasjon om hvem den skal drive oppsøkende virksomhet overfor. For gruppen barn og unge har den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i dag oversikt over alle via folkeregisteret, og kan derigjennom kontakte den enkelte og dennes foresatte. Praksis er at offentlige tannklinikker systematisk har innkalt personer med rettigheter til undersøkelse etter en plan for ett eller to år, basert på individuell vurdering.

For pasienter som har rett til nødvendig tannhelsehjelp og som får tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten basert på et tildelingsvedtak, vil det være helt avgjørende at samarbeidet mellom de enkelte deltjenestene i kommunen fungerer og at det er laget rutiner for at tannhelsetjenesten får informasjon fra andre deltjenester i kommunen om hvem som ønsker å benytte seg av et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud. Dette forutsetter at den kommunale helse- og omsorgstjenesten gir tilstrekkelig informasjon til de aktuelle brukerne om hvilke rettigheter de har til offentlig tannhelsehjelp. Både kommunens ledelse og personell må bidra på en systematisk måte til at rettigheter blir gjort kjent, og det må være en forutsetning at valg av kommunikasjonskanal gir sikkerhet for at tilbudet både blir mottatt og riktig forstått. Det må videre antas at det også er en betingelse at dette må utføres med en planlagt regelmessighet.

2.2 Folkehelse

2.2.1 Folkehelseloven: fylkeskommunens ansvar

I folkehelselovens § 1 kan man lese at formålet med loven er

å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Videre understrekes det at folkehelseloven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte

I § 3 presenteres definisjoner på begrepene folkehelse og folkehelsearbeid:

- a) *folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.*
- b) *folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.*

Videre fremkommer det i folkehelselovens kapittel 4 at fylkeskommunen har et lovpålagt ansvar for å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak, jf. § 20, og det legges til at

fylkeskommunen skal være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket.

I folkehelselovens § 21 fremkommer det at fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Dette innebærer blant annet at fylkeskommunen skal innhente relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen.

Den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for folkehelseproblematikk innenfor tannhelse – både for helsefremmende arbeid og for forebygging – fremgår som vi har sett av tannhelselovens § 1-2, og i § 1-3 understrekes det altså at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling, jf. avsnitt 2.1.1 over.

2.2.2 Veilederen *Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid* (1999)

Revisjonen legger til at vi merker oss at både begrepet «fremme helse» og begrepet «forebygge sykdom» benyttes i folkehelselovens § 1 og 3.

Helsefremmende arbeid:

I veilederen *Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid*¹⁰ (s. 8) fra 1999 pekes det på at *helsefremmende tiltak* går ut på å bedre forholdene i samfunnet ved å øke forekomsten av de faktorer som gir god helse. Strategien omfatter alle mennesker, både friske og syke, både de med og de uten risiko for sykdom. Helsefremmende arbeid er med andre ord tiltak som bedrer livskvaliteten, trivselen og muligheten til å mestre de utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet.

Ifølge veilederen vil helsefremmende tiltak generelt også bidra til bedret tannhelse, og rådene som helsetjenesten og tannhelsetjenesten gir for å bedre helsen, er ofte sammenfallende. God munnhygiene, balansert kosthold, redusert sukkerinntak, bruk av fluorider for å forebygge karies (hull i tennene) og røykfrihet, er tannhelsetjenestens viktigste anbefalinger. Det understrekes videre at tannsykdommer er blant de sykdommer som i vesentlig grad er en følge av vårt levesett. Faktorer som økonomi, utdan-

¹⁰ Se <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/484/Tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-IS-2659.pdf>

ning, psykososiale forhold og livsstil har ifølge veilederen *Tenner for livet* derfor innvirkning på tannhelsen.

Forebyggende arbeid:

På den andre siden er *forebyggende tiltak* arbeid som fører til en reduksjon i sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer. Forebyggende tiltak baseres på kunnskap om mennesker med sykdommer, skader eller problemer. Kunnskapen benyttes for å avdekke risikofaktorer og iverksette tiltak for å hindre at andre får samme type sykdom, skade eller problem. I høringsutkastet til *Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år*¹¹ vises det til at forebygging for det første kan beskrives ut fra hvor mange og hvem tiltakene retter seg mot:

- Universell forebygging er tiltak rettet mot alle. Dette innebærer å konsentrere innsatsen om å fremme en positiv utvikling som kan gi alle maksimal beskyttelse. Både det helsefremmende og det sykdomsforebyggende arbeidet kan inngå som en del av det universelle forebyggende arbeidet.
- Selektiv forebygging er tiltak som bare rettes mot risikogrupper i befolkningen. Ett av hovedmålene med selektiv forebygging er å hindre negativ utvikling i grupper med antatt høy eksponering for én eller flere risikofaktorer.
- Ved indikativ forebygging er intervensjonene rettet mot personer som viser tegn til å utvikle en sykdom / lidelse, men som ikke oppfyller diagnostiske kriterier for en lidelse.

En annen måte å beskrive forebyggende arbeid på, jf. veilederen *Tenner for livet*, er i ulike nivåer:

- Primærforebygging er tiltak mot et problem før det oppstår. Dette innebærer å identifisere risikofaktorer og iverksette tiltak som reduserer eller fjerner de forhold som skaper problemer eller sykdommer. Kostholdsveiledning eller daglig bruk av fluortannkrem er eksempler på tiltak for å forebygge karies, mens opplæring i munnhygiene er et tiltak for å forebygge tannkjøttbetennelse.
- Siktemålet med sekundærforebygging er å hindre tilbakefall eller videreutvikling av sykdom. Det kan for eksempel være å legge en fylling for å hindre videreutvikling av karies.
- Tertiærforebygging rettes mot individer som allerede har hatt en sykdom. Dette omfatter tiltak som tar sikte på å vedlikeholde funksjonsnivået, hindre forverring av allerede eksisterende problemer eller kroniske tilstander. Erstatning av tenner for å gjenopprette et funksjonelt og «pent» tannsett er et eksempel på dette.

¹¹ Se <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar>

2.3 Fylkestingets vedtak og forutsetninger

Videre vil Fylkestingets vedtak og forutsetninger fungere som kriterier som fylkeskommunens status og praksis vurderes opp mot.

2.3.1 Tannhelseplan 2013-2016 for Vest-Agder fylkeskommune

Målene og tiltakene som presenteres i *Tannhelseplan 2013-2016* for Vest-Agder fylkeskommune, jf. vedlegg 1 under, vil være aktuelle som kriterier som status og praksis i tannhelsetjenesten i Vest-Agder vurderes opp mot. Dette gjelder særlig målsettingene knyttet opp mot et sett med indikatorer som skal si noe om status når det gjelder tannhelsen i Vest-Agder.

2.3.2 Handlingsprogram 2017-2020 for tannhelsetjenesten i Vest-Agder

Det er videre aktuelt å vurdere arbeidet som gjøres i Tannhelsetjenesten i Vest-Agder opp mot nyere plandokumenter. Særlig aktuelt her er *Handlingsprogram 2017-2020 for tannhelsetjenesten i Vest-Agder*, jf. vedlegg 2 under. Nevnte dokument bygger på og er en oppfølging av *Tannhelseplan 2013-2016*. Målene og tiltakene fremkommer ifølge tannhelsetjenesten i Vest-Agder etter en evaluering av *Tannhelseplan 2013-2016*, og de skal ifølge VAF være tilpasset de hovedutfordringer som tannhelsetjenesten nå står over for.

Man kan lese i handlingsprogrammet at det skal ha en intern innretning og en operativ oppbygging for å kunne fungere som retningsgivende og styrende for tjenesten de neste 3 år. Handlingsprogrammet skal også være innrettet til å håndtere kommende samfunnsmessige og organisatoriske endringer, og fokus skal være på mål og resultater som både fremmer tannhelsetjenesten og samtidig utvikler organisasjonen og fokuserer på det man ønsker å endre på i organisasjonen. Vi nevner også at hver klinikkleder har en årlig lederavtale som tar utgangspunkt i handlingsprogrammet og som sier noe mer konkret om hva den enkelte klinikk skal gjøre og oppnå i avtaleperioden.

Revisjonen har i avsnitt 4.2.1 og 4.3.1, som henholdsvis tar for seg effektivitet og folkehelse, sammenstilt de mest sentrale målene og tiltakene i *Tannhelseplan 2013-2016* og i *Handlingsprogram 2017-2020 for tannhelsetjenesten*.

3 Innsamlede data

Det er innledningsvis verdt å merke seg at kravet om å utarbeide tannhelseplan ble fjernet fra tannhelseloven i 2003, men at mange fylkeskommuner likevel anser det som nødvendig å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten med noen års mellomrom.¹² Tannhelsesjefen i Vest-Agder understreker imidlertid i møte med revisjonen at hovedgrunnen til at man ikke har lagt frem en ny tannhelseplan i kjølvannet av den gamle som gjaldt i perioden 2013-2016, er at tannhelsetjenesten i Vest-Agder skal slå seg sammen med tannhelsetjenesten i Aust-Agder i 2020. Det er det krevende arbeidet med sammenslåingen som nå prioriteres, og en ny tannhelseplan for Agder vil bli lagt frem når sammenslåingen er gjennomført.

3.1 P1: Indikatorer for status tannhelse i Vest-Agder

Innledningsvis merker vi oss at den offentlige tannhelsetjenesten i Norge overvåker tannhelsen i den unge befolkningen (A-gruppen) gjennom systematiske registreringer av antall nye hull, tannflater med fyllinger og tapte tenner (DMFT¹³). Registreringene gir et grovt mål på utviklingen i tannhelsen over flere år, og gir mulighet for å sammenligne tannhelsen innenfor og mellom kommuner og fylker. Revisjonen bemerker at for de andre prioriterte gruppene, tar dagens indikatorer for seg forskjellige dekningsgrader snarere enn status når det gjelder gruppenes tannhelse.

3.1.1 Indikatorer i Tannhelseplan 2013-2016

I *Tannhelseplan 2013-16* (s. 17) oppgis følgende mål for tannhelsesresultater i Vest-Agder:

a	• 3-åringer: 93 % • 5-åringer: 83 % kariesfrie • 12-åringer: 1,0 DMFT • 12-åringer: 3,0 SIC • 18-åringer: 4,0 DMFT • 18-åringer: 12 % kariesfrie
b	• 95 % under tilsyn
c1	• 85 % under tilsyn (alle får et tannhelsetilbud)
c2	• 80 % under tilsyn(alle får et tannhelsetilbud)
d	• 30 % 20 åringer under tilsyn • tannhelsesresultater skal ikke være vesentlig dårligere enn for 18-åringer
rus	• gruppen skal ha et tilbud om tannbehandling i hele fylket
f	• yte tjenester til voksne betalende personer i hele fylket

¹² Se eksempelvis Akershus og Østfold fylkesrevisjon (2016), *Måloppnåelse innen tannhelseområdet i Østfold kommune*, forvaltningsrevisjon, rapport 2/2016.

¹³ DMF-indeks: Summen av alle kariøse (Decayed; «karies» henviser til tannråte), mistede (Missing) eller fylte (Filled) tenner (DMFT) eller tannflater (DMFS) per person. DMFT-indeks tar utgangspunkt i 28 tenner, mens DMFS-indeks tar utgangspunkt i 128 flater (4 flater for incisiver og hjørnetenner, 5 flater for premolarer og molarer).

Det understrekes i tillegg i *Tannhelseplan 2013-16* at

For 5-, 12- og 18-åringer (indikatorårskull) skal tannhelsetjenesten i Vest-Agder ha bedre tannhelseresultater enn landsgjennomsnittet, og at det skal igangsettes tiltak ved de klinikkene som har resultater under gjennomsnitt (s. 17).

Nedenfor går revisjonen gjennom indikatorene som det vises til i *Tannhelseplan 2013-16*. Det bemerkes at det på tidspunktet for gjennomgangen av nevnte indikatorer kun forelå tall for 2016.

I) GRUPPE A, BARN OG UNGDOM FRA FØDSEL TIL OG MED DET ÅRET DE FYLLER 18 ÅR:

a)

Målet om at 93 pst. av 3-åringene er kariesfrie (DMFT = 0) er nådd i 2016, hvor 94 pst. av 3-åringene i Vest-Agder er kariesfrie. Vest-Agder er her på linje med landsgjennomsnittet.

b)

Målet om at 83 pst. av 5-åringene er kariesfrie (DMFT = 0) er ikke nådd i 2016, hvor 80 pst. av 5-åringene i Vest-Agder er kariesfrie. Vest-Agder ligger her like under landsgjennomsnittet på 81 pst.

c)

Målet om at 12-åringene samlet sett skal ha en DMFT = 1, noe som innebærer at 12-åringene i Vest-Agder i gjennomsnitt ikke har mer enn 1 tann med fylling på grunn av hull, er nådd i 2016. Den nevnte indeksen har gått ned fra 1,5 i 2012 til 1,0 i 2015 og 2016. Vest-Agder ligger her tett på landsgjennomsnittet på 0,9.

d)

Selv om gjennomsnittlig DMFT hos 12-åringer viser at de fleste har friske tenner, er det fortsatt noen 12-åringer som har høye eller svært høye verdier, og dermed betydelig dårligere tanntilstand enn gjennomsnittet. Den såkalte SIC¹⁴-indeksen setter derfor søkelys på den tredjedelen 12-åringene som har høyest DMFT karies-score. Indeksen belyser slik et aspekt ved sosial ulikhet i helse, og er følgelig et viktig styringsredskap for planleggingen av det helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeidet.

I 2016 hadde den tredjedelen av 12-åringer i Vest-Agder som har dårligst tanntilstand i gjennomsnitt 2,7 tenner med hull, noe som altså tilsvarer en SIC-verdi på 2,7. Målet i tannhelseplanen om at 12-åringene i Vest-Agder skal ligge på 3,0 eller bedre på den nevnte SIC-indeksen, det vil si det som var landsgjennomsnittet i 2012, er således nådd. Vi merker oss samtidig at på landsbasis hadde den tredjedelen av 12-åringer med dårligst tanntilstand i gjennomsnitt 2,6 tenner med hull i 2016, ned fra 2,9 i 2012.

e)

Målet om at 18-åringene samlet sett skal ha en DMFT = 4, noe som innebærer at 18-åringene i Vest-Agder i gjennomsnitt ikke har mer enn 4 tenner med fylling på grunn

¹⁴ Significant Caries Index; defineres som gjennomsnittlig DMFT på den tredjedel av gruppen med mest karies.

av hull, er nesten nådd i 2016. Den nevnte indeksen har gått ned fra 4,7 i 2013 til 4,1 i 2016. Vest-Agder ligger her imidlertid over landsgjennomsnittet på 3,7 i 2016.

f)

Målet om at 12 pst. av 18-åringene er kariesfrie (DMFT = 0) er nådd i 2016, hvor 22,3 pst. av 18-åringene i Vest-Agder er kariesfrie, mot 15 pst. i 2012. Vest-Agder ligger her imidlertid her dårligere an enn landsgjennomsnittet, som er på 25 pst. i 2016.

Når det gjelder de resterende prioriterte gruppene, så bemerker revisjonen at begrepet «*under tilsyn*» er sentralt. Dette begrepet, som må ses i sammenheng med diskusjonen i kapittel 2.1.3 av hva som ligger i et «*regelmessig og oppsøkende tilbud*», forstås i denne rapporten på følgende måte:

en person som er under offentlig tilsyn, er undersøkt og gitt nødvendig behandling av den offentlige tannhelsetjenesten og etter avtale ført opp på liste for ny innkalling etter et visst tidsrom.¹⁵

II) GRUPPE B, PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE I OG UTENFOR INSTITUSJON:

Målet om at 95 pst. av de psykisk utviklingshemmede over 18 år i og utenfor institusjon i Vest-Agder skal være under offentlig tilsyn, er nådd i 2016, hvor 97,6 pst. i denne gruppen oppgis å være under offentlig tilsyn. Vest-Agder ligger her over landsgjennomsnittet, som er på 94,3 pst.

III) GRUPPE C1, ELDRE, LANGTIDSSYKE OG UFØRE I INSTITUSJON:

Målet om at 85 pst. av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon i Vest-Agder skal være under offentlig tilsyn er ikke nådd i 2016, hvor 76,3 pst. i denne gruppen oppgis å være under offentlig tilsyn. Dette er likevel en økning fra 67,8 pst. i 2012, og i 2016 ligger Vest-Agder omtrent på landsgjennomsnittet når det gjelder andelen i C1-gruppen som er under offentlig tilsyn.

IV) GRUPPE C2, ELDRE, LANGTIDSSYKE OG UFØRE I HJEMMESYKEPLEIE:

Målet om at 80 pst. av eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie i Vest-Agder skal være under offentlig tilsyn er ikke nådd i 2016, hvor kun 38,1 pst. i denne gruppen oppgis å være under offentlig tilsyn. Dette er en nedgang fra 45,3 pst. i 2012. Vest-Agder ligger imidlertid likevel bedre an enn landsgjennomsnittet, som i 2016 var på 33,3 pst. når det gjelder andelen i C2-gruppen som er under offentlig tilsyn. Samtidig viser tannhelsetjenestens egne tall for 2016 at 85 pst. av C2-gruppen er under tilsyn, noe som på den annen side indikerer at målet er nådd. Avviket mellom disse to tallene kommenteres i avsnitt 4.1.2 nedenfor.

¹⁵ Det vises til denne definisjonen, som skal stamme fra Helsedirektoratet, på side 4 i rapporten *Kartlegging av den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder* fra Storform AS i 2011.

I en annen rapport fra Helsetilsynet bemerkes det at følgende kriterier må være oppfylt for at en person kan sies å være under offentlig tilsyn:

1. Personen skal være undersøkt av tannlege eller tannpleier
2. Personen skal være gitt nødvendig tannbehandling
3. Personen skal være gitt opplæring i forebyggende tiltak, og tilbud om oppfølging.

(Helsetilsynet, *Flere ungdom og voksne under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten*, rapport fra Helsetilsynet 14/2004, s. 5).

V) GRUPPE D, UNGDOM SOM FYLLER 19 ELLER 20 ÅR I BEHANDLINGSÅRET:

Målet om at 30 pst. av ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret i Vest-Agder skal være under offentlig tilsyn er nådd i 2016, hvor 75,5 pst. i denne gruppen oppgis å være under offentlig tilsyn, mot 65,4 pst. i 2012. Vest-Agder ligger her på landsgjennomsnittet, som er på 75 pst.

VI) GRUPPE E, ANDRE PRIORITERTE GRUPPER, RUSMIDDELAVHENGIGE:

Et av målene i *Tannhelseplan 2013-16* var at rusmiddelavhengige i Vest-Agder skal ha et tilbud om tannbehandling. I 2012 var dette tilbudet i liten grad etablert, og kun 2,8 pst. av de rusmiddelavhengige i Vest-Agder mottok et slikt tilbud, mot 56,2 pst. på landsbasis. Tannhelsesjefen presiserer her at man tidligere i hovedsak kjøpte tjenester privat til denne pasientgruppen, og at de som den offentlige tannhelsetjenesten selv behandlet, i liten grad ble registrert under gruppe e) *andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere*. Av årsrapportene for 2013 og 2014 fremkommer det imidlertid at selv om gruppen med rusmiddelavhengige pasienter i disse årene ikke ble definert som egen prioritert gruppe, så hadde de et tilbud og de ble behandlet.

Fra 2015 har den offentlige tannhelsetjenesten overtatt behandling og registrering av alle pasientene i gruppen med rusmiddelavhengige pasienter, og i 2016 har derfor andelen rapporterte rusmiddelavhengige i Vest-Agder under offentlig tilsyn økt kraftig til 83,7 pst., noe som er nesten 20 prosentpoeng høyere enn det som er tilfellet på landsbasis. Målet i tannhelseplanen er således nådd.

VII) YTE TJENESTER TIL VOKSNE BETALENDE PERSONER I HELE FYLKET:

Antall voksne betalende kunder i Vest-Agder har økt fra 705 i 2012 til 2695 i 2016, og samtlige klinikker tilbyr tjenester til voksne, betalende personer.

3.1.2 Andre indikatorer: Helsenorge.no

Revisjonen bemerker videre at det, i tillegg til indikatorene som det vises til i *Tannhelseplan 2013-2016*, er interessant å se på kvalitetsindikatorene for tannhelse som det vises til på nettstedet Helsenorge.no¹⁶.

18-ÅRINGER MED DÅRLIGST TANNTILSTAND

Generelt er tannhelsen i Norge ifølge Helsenorge.no god. Det vises til at mens norske 18-åringer i 2001 i gjennomsnitt hadde 5 tenner som har vært skadet av karies, har det gjennomsnittlige antallet sunket til 3,7 tenner i 2016. Det er imidlertid fortsatt en liten gruppe som har store problemer med karies, og for å oppnå målet i folkehelseoven om å utjevne sosial ulikhet i tannhelse, er det ifølge Helsenorge.no viktig å være opptatt av den gruppen som har mest karies og som vil være mest utsatt for å få nye problemer med sin tannhelse videre utover i livet. Denne indikatoren, som viser andel 18-åringer som er undersøkt og som har 9 eller flere tenner med hull eller

¹⁶ Se <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikatorer-for-tannhelse>. Helsenorge.no er den offentlige helseportalen for innbyggere i Norge. Innholdet vert levert av ulike aktører i helsesektoren, og det er Direktoratet for e-helse som har ansvar for drift og utvikling av nettstedet.

fyllinger, eller som er trukket på grunn av karies, er i så måte viktig når det forebyggende tannhelsearbeidet mot barn og unge skal evalueres¹⁷.

I Vest-Agder var i 2016 andelen 18-åringer med 9 eller flere tenner med hull eller fyllinger, eller som er trukket på grunn av karies, på 10,4 pst. Dette er noe høyere enn landsgjennomsnittet på 8,9 pst. Samtidig har det vært en jevn nedgang i Vest-Agder siden 2011, da andelen 18-åringer med 9 eller flere tenner med hull eller fyllinger var på 13 pst.

ANTALL INNBYGGERE PER TANNLEGE

Indikatoren viser antall innbyggere per yrkesaktiv tannlege i hvert fylke, noe som har betydning for tilgjengeligheten til tannlegetjenester i fylket. Det vises på Helsenorge.no til at det er et mål at tannhelsetjenester skal være likt tilgjengelig for alle, da dette kan bidra til at sosiale helseforskjeller utjevnes. Indikatoren kan i så måte brukes som planleggingsverktøy, og sammenlikning fylkene imellom kan si noe om status i de forskjellige delene av landet. Det må imidlertid understrekes at det er noe uavklart hvilket tall som skulle indikere kvalitet, og revisjonen legger til at effektivitet i tjenesteproduksjonen, eksempelvis i kjølvannet av en bevisst satsing på å øke andelen tannpleiere, er en sentral dimensjon som denne indikatoren ikke fanger opp, men som har betydning for kvaliteten i tjenestene som tannhelsetjenestene leverer. Heller ikke fordelingen av tannleger internt i hvert fylke fanges opp av indikatoren.

I Vest-Agder var det i 2016 1190 innbyggere per tannlege. Dette er noe høyere enn landsgjennomsnittet og en svak oppgang fra 2015. I perioden 2011-2014 var det om lag 1080 innbyggere per tannlege, og revisjonen bemerker at økningen i antall innbyggere per tannlege også må ses i sammenheng med tannhelsetjenesten i Vest-Agders strategi for å øke andelen tannpleiere.

ANTALL INNBYGGERE PER TANNPLEIER

Indikatoren viser antall innbyggere per yrkesaktiv tannpleier i hvert fylke. I Vest-Agder var det 5172 innbyggere per tannpleier i 2016. Dette er noe lavere enn landsgjennomsnittet, og det er verdt å merke seg at denne indikatoren har styrket seg betydelig i Vest-Agder de seneste årene, fra 7634 i 2012, noe som altså blant annet må ses i sammenheng med tannhelsetjenesten i Vest-Agders satsing på å øke andelen tannpleiere.

Revisjonen bemerker også at når det gjelder rekruttering, så har det vært perioder hvor det har vært vanskelig å få kvalifiserte søkere til ledige stillinger i tannhelsetjenesten i Vest-Agder. Situasjonen per i dag er imidlertid ifølge tannhelsesjefen den at det er relativt enkelt å rekruttere, både når det gjelder tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer. Ved publikasjonstidspunktet for denne rapporten var det ingen vakante stillinger i tannhelsetjenesten i Vest-Agder.

¹⁷ Det må imidlertid bemerkes at denne indikatoren vil gi et bilde av resultater av tiltak og innsats som strekker seg langt tilbake i tid. Indikatoren vil derfor ikke bare gi et bilde av kvaliteten på nåværende tannhelsepersonells innsats.

ANTALL INNBYGGERE PER TANNLEGESPESIALIST

Det er et ønske om likeverdig tilgjengelighet til faglig tannhelsekompetanse landet over, og indikatoren viser antall innbyggere per yrkesaktiv tannlege med spesialistkompetanse i hvert fylke. Synliggjøring av forskjeller i tilbud og tilgjengelighet innenfor odontologiske spesialiteter kan ifølge Helsenorge.no stimulere til riktig planlegging for fremtiden, både når det gjelder spesialistutdanning og rekruttering.

I Vest-Agder var det i 2016 13342 innbyggere per tannlegespesialist. Dette er noe høyere enn landsgjennomsnittet. Det er imidlertid store variasjoner fylkene imellom når det gjelder denne indikatoren, og mens Troms kun hadde 7427 innbyggere per tannlegespesialist i 2016, hadde Nord-Trøndelag 18545. Det er også betydelige variasjoner fra år til år, og i 2015 og 2016 økte antall innbyggere per tannlegespesialist i Vest-Agder, etter å ha ligget på 10219 i 2014.

KUNNSKAPSGRUNNLAG - FOLKEHELSESTRATEGI FOR AGDER 2018-2025

Avslutningsvis nevner vi at det av dokumentet *Kunnskapsgrunnlag – Folkehelsestrategi for Agder 2018-2025* fremgår at det i *Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel 2015* ble rapportert signifikant bedre tannhelse i Vest-Agder enn i Aust-Agder, (76,2 pst. mot 74,1 pst.). På regionnivå skåret Knutepunkt Sørlandet signifikant bedre enn de andre regionene, mens Kristiansand rapporterte signifikant bedre tannhelse enn Arendal og Mandal. Kvinner rapporterte signifikant bedre tannhelse enn menn, og tannhelsen synes å avta med alder. Det var også en signifikant utdanningsgradient i tannhelse, og det var en tendens til bedre egenvurdert tannhelse i høyere inntektsgrupper.

3.1.3 Brukerundersøkelser

Tannhelsetjenesten i Vest-Agder har de seneste årene gjennomført flere brukerundersøkelser. Det synes å være en klar sammenheng mellom brukernes opplevde kvalitet på tannbehandlingen på den ene siden, og i hvilken grad brukerne følte at relasjonen med de ansatte på tannklinikken var god og at man ble godt ivaretatt på den andre siden¹⁸. Brukerundersøkelsene fra 2012 og 2013 har noe lav svarrate, men om lag 95 pst. av respondentene oppgir at de samlet sett er godt fornøyd med tjenesten. Om lag 4 pst. oppgir at de er mellomfornøyd, og 1. pst. er ikke fornøyd.

I brukerundersøkelsen fra 2015 får man på spørsmål om hva som er bra og hva som kan forbedres, følgende innspill:

Positivt:

- Pasientene føler seg trygge.
- God service.
- Dyktige fagfolk.
- Pene og ryddige kontorer og omgivelser.
- Tannklinikkene er spesielt dyktige til å håndtere små barn.

¹⁸ Det er i så måte viktig å være klar over at det ikke trenger være samsvar mellom subjektiv opplevelse av tilfredshet og mer objektive kvalitetsindikatorer som for eksempel DMFT-resultater og antall ekstraksjoner og rotfyllinger og minst mulig behov for utskifting av fyllinger.

Forbedringspotensial:

På åpent spørsmål om ros og ris til klinikkene oppgir om lag 10 pst. av respondentene forbedringspunkter for klinikkene som skal kunne bidra til å styrke brukertilfredsheten blant pasientene:

- Bedre informasjon om forsinkelser av tannlegetimer
 - når det oppstår venting, eksempelvis på over 20 minutter, så bør beskjed gis til pasienten via SMS.
- Informer pasienten i større grad om hva man selv kan gjøres for å bedre tannhelsen, det vil si om forebygging.
- Orienter pasienten bedre om hva som skal gjøres i løpet av tannlegetimen.
- Enkelte tannleger bør ha bedre norsk kompetanse: enkelte pasienter oppgir at det er vanskelig å forstå hva tannlegen sier når vedkomne ikke prater godt norsk.
- Andre konkrete forslag for å bedre innkalling og kundeopplevelsen:
 - send innkallelse på mail eller SMS istedenfor å bruke lapper.
 - bruk film eller bilder i rommet og / eller i taket for å distrahere barna og ungdom som er hos tannlegen.

I 2017 valgte tannhelsetjenesten å rette inn en brukerundersøkelse mot personer som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr. 5 og 6. på grunn av sitt rusmisbruk. Tilfredsheten blant rusmisbrukere med den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder viste seg å være omtrent på samme høye nivå som for den ordinære pasientgruppen. Gitt utfordringene mange rusmisbrukere har med tannhelsen, vurderer tannhelsesjefen dette resultatet som svært positivt og til dels overraskende.

3.2 P2: Effektivitet og organisasjonsutvikling

3.2.1 Tannhelsesjefen

Tannhelsesjefen understreker i møte med revisjonen at man de seneste årene har jobbet systematisk med å organisere den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder på en måte som skal bidra til en mest mulig effektiv tjenesteproduksjon. Det har de siste fem årene, i kjølvannet av at behovet for endring ble påpekt i en rapport bestilt av Vest-Agder Fylkeskommune som ble lagt frem høsten 2011¹⁹ og hvor manglende måloppnåelse langs flere dimensjoner ble påpekt, skjedd markante endringer i organiseringen av tannhelsetjenesten i Vest-Agder. Man har for det første redusert antall klinikker til 12 (mot 17 tannklinikker i 2010). Når det gjelder utstyr, så peker tannhelsesjefen på at alle klinikkene har blitt opprustet de seneste årene, og flere av klinikkene er helt nye. En ønsket konsekvens av ny klinikkstruktur er at man ikke lenger har «små» klinikker, det vil her si klinikker med kun en tannlege og en sekretær, noe som innebærer reduserte «smådriftsulemper» og en mer kostnadseffektiv drift. Samtidig oppleves dette som positivt i forhold til rekruttering, idet tannhelsesjefens inntrykk er at yngre tannleger ønsker å ha kolleger som man kan forholde seg til i hverdagen.

¹⁹ Kartlegging av den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder, utarbeidet av Storform AS, høst 2011. Denne rapporten ble fulgt opp av Sluttrapport. Økt effektivitet og kvalitet i tannhelsetjenesten i Vest-Agder, Storform AS, januar 2013.

For det andre har man redusert antall klinikkledere til 10 (Flekkefjord og Sirdal har samme klinikkleder, og det samme gjelder for Kvinesdal og Lyngdal), samtidig som man ikke har favorisert tannleger fremfor tannpleiere og tannhelsesekretærer, men snarere vurdert den enkelte kandidats lederkompetanse når man har ansatt klinikkledere. Parallelt har det blitt gjort et arbeid for å utvikle leder- og organisasjonskulturen i tannhelsetjenesten i Vest-Agder. Resultatet av dette arbeidet er at selve innholdet i klinikklederjobben har blitt endret, blant annet som en følge av at klinikkene nå er selvstendige enheter med eget fag-, økonomi-, personal- og driftsansvar. Med dette utgangspunktet definerer tannhelsesjefen nå sin egen og stabens rolle som å angi mål og en overordnet retning for tannhelsetjenesten, å veilede og å følge opp, samt å diskutere med og å støtte kliniksjefer. Før denne måten å jobbe på ble innført i 2012, var tannhelsetjenesten i Vest-Agder preget av en gjennomført hierarkisk struktur hvor alt skulle gå igjennom tannhelsesjefen.

Videre er det viktig å understreke at tannhelsetjenesten i Vest-Agder fylkeskommune systematisk har jobbet med å tydeliggjøre og optimalisere oppgavefordelingen mellom tannhelsesekretærer, tannpleiere og tannleger. En konsekvens av den nye oppgavefordelingen er at det skal være tannpleierne som gjennomfører undersøkelser av pasienter og som dermed fungerer som førstelinje i forhold til tannhelsetjenestens brukere. Dette innebærer at de som ikke har behov for behandling av en tannlege, heller ikke møter en tannlege når man er inne til kontroll. Som man kan lese i tannhelsetjenesten i Vest-Agders rapport *Forebyggende og helsefremmende tiltak* fra 2015:

Hos mange barn og unge med god tannhelse og ingen eller begrenset sykdomsutvikling, vil tannpleiere kunne ivareta de regelmessige tannhelsekontroller. De regelmessige kontrollene vil dermed kunne ha mest preg av å være en «friskhetskontroll», dvs. at man får bekreftet at man selv holder seg frisk i tenner og munn gjennom kosthold, tannpuss og fluor mv. Dette betyr at for mange kan det gå flere år mellom hver gang en tannlege eventuelt undersøker / behandler vedkommende.

Dette vurderes av tannhelsesjefen å være hensiktsmessig også fordi det er tannpleierne som utfører mye av det praktiske folkehelsearbeidet på klinikkene. Videre søker man å i større grad benytte sekretærenes kunnskaper og muligheter i den totale driften. En slik tilnærming, hvor man systematisk søker å utnytte den kompetansen man allerede har på en bedre måte, innebærer at man møter brukerne på «laveste effektive behandlingsnivå», jf. LEON-prinsippet²⁰, noe som etter alt å dømme vil være kostnadseffektivt over tid. Denne strategien har videre ført til at antall tannpleiere har økt samtidig som antall tannleger har falt noe²¹. Tannhelsesjefen opplever at bemanningen i tannhelsetjenesten i Vest-Agder fylkeskommune nå i stadig økende grad er tilpasset brukernes behov. Det er også verdt å merke seg at man i tannhelsetjenesten i Vest-Agder legger opp til at tannhelsesekretærene, som tidligere i hovedsak har jobbet opp mot tannlegene, også skal jobbe opp mot tannpleierne.

²⁰ Se *Store norske leksikon* (<https://snl.no/LEON>): «LEON (laveste effektive omsorgsnivå), administrativt prinsipp om at undersøkelse og behandling av pasienter skal foretas på det lavest mulige faglige nivå som kan gjennomføre nødvendige tiltak på en faglig forsvarlig måte. I praksis betyr dette f.eks. at pasienter som kan ivaretas forsvarlig på et lokalsykehus, ikke skal henvises til et regionsykehus uten at dette begrunnes faglig.»

²¹ Tannhelsetjenesten oppgir at det i 2018 vil være om lag 1,5 tannleger per tannpleier, mot om lag 3 tannleger per tannpleier for 10 år siden. På sikt er målet at forholdet mellom tannleger og tannpleiere er 1:1.

Følgende arbeidsfordeling antas å dra optimal nytte av de forskjellige stillingenes kompetanse²²:

Sekretær	Tannpleier	Tannlege
All innkallelse til tannlege/tannpleier	Undersøkelse av alle grupper, også gruppe F	Utføre konserverende og mer komplisert/irreversibel behandling
Klargjøring av kontor for tannlege/tannpleier	Fissurforsegling: vurdering/utføring; Oppfølging risikopasienter og traumepasienter	Medikamenthåndtering (bestille, ordinere og levere ut premedisinering)
Assistere tannlege/tannpleier	Være pådriver for det helsefremmende arbeidet	
Bistå tannpleier ved besøk på institusjoner	Besøk skoler/barnehager i risikoområder: undervisning	
Bistå tannpleier ved undervisning utenfor klinikken	Alle samarbeidsmøter (barnevern, helsestasjon, pleie og omsorg) – innkalle og skrive referat	
Varebestilling samt annet merkantilt arbeid	Opplæring på sykehjem og i hjemmetjenesten	
IT-kontakt	Besøk og undersøkelse på institusjoner	

For å sette fokus på forbedring av alle sider ved arbeidet på klinikkene, har det blitt satt i gang et arbeid for at klinikkene skal tilnærme seg de daglige arbeidsoppgavene med utgangspunkt i såkalt LEAN-metodikk²³. Målet er å strømlinjeforme og standardisere arbeidsprosesser, eksempelvis i forbindelse med innkalling og ombooking av pasienter, og slik frigjøre tid som så kan brukes på pasientene. Såkalte «tavlemøter», det vil si et regelmessig forum hvor praktiske problemer og utfordringer i hverdagen på klinikken tas opp og diskuteres, er i så måte sentrale. Klinikkllederne er sertifisert i LEAN-metodikk etter et system hvor man etter kursvirksomhet får såkalt gult belte, grønt belte etc.

Et annet sentralt punkt i forhold til å bruke ressurser på en mest mulig effektiv måte – og kanskje samtidig også for å oppnå målsettinger i folkehelseloven om å utjevne sosiale helseforskjeller – er innføringen av et system hvor innkallingsintervallet («recall-intervallet») for fulle undersøkelser bestemmes individuelt for hver enkelt bruker i A-gruppen (barn under 18 år) basert på en tannhelsefaglig vurdering av den enkelte brukers behov for videre oppfølging. Mens det tidligere var vanlig med et fast innkallingsintervall for alle, eksempelvis på 12, 18 eller maksimalt 24 måneder, er tanken nå at hver enkelt brukers innkallingsintervall bestemmes individuelt. Det legges til grunn, i tråd med anerkjente faglige vurderinger og forskning, at det er faglig forsvarlig å forlenge innkallingsintervallet opp til 24 måneder for barn og ungdommer med god tann-

²² Tabellen er hentet fra dokumentet «Forebyggende og helsefremmende tiltak - Tannhelsetjenesten i Vest-Agder 2015». I den offentlige tannhelsetjenesten vil LEON innebære at man ikke lar en tannlege gjøre det en tannpleier kan gjøre, og at man ikke lar en tannpleier gjøre det en tannhelsesekretær kan gjøre. Kort sagt, man lar alle gjøre det de kan, og ideen er at ikke bare vil en slik innretning være effektiv, men den gjør også arbeidsdagen mer interessant for alle.

²³ På norsk Wikipedia oversettes «lean manufacturing» direkte, til «veltrimmet produksjon». Metodikken fokuserer på å eliminere sløsing i produksjonsprosessen.

helse. Det må her legges til at tannhelsesjefen har signalisert til klinikkene at det store flertallet av barn og unge i A-gruppen må antas å ha en så god tannhelse at det er forsvarlig at de settes på 24 måneders innkallingsintervall (24 måneders «recall»). De resterende settes på 12 måneders recall. Det må imidlertid presiseres at det her er snakk om intervallet mellom to fulle undersøkelser av statusen når det gjelder pasientens tannhelse. Samtidig vil tannpleieren imidlertid kunne kalle inn pasienten til forskjellige typer mindre kontroller (eksempelvis traume-, karies-, syre-, bitt-, frembrudd- eller hygienekontroller, ekstra rens etc.) utfra hvilke utfordringer hver enkelt pasient står overfor, og det er da tannpleieren som selv avgjør når pasienten bør komme tilbake (eksempelvis om 2 uker, 1 måned, 3 måneder, 6 måneder etc). Ideen er her å bruke minst mulig ressurser på å undersøke friske pasienter, samtidig som de som har behov for tettere oppfølging skal få det utfra den enkelte pasientens individuelle behov. Det er også slik at de ressursene man sparer på en effektiv oppfølging av A-gruppen, vil kunne brukes på de som har større behov for tannhelsetjenester, eksempelvis rusmiddelavhengige pasienter og eldre som bor på sykehjem (C1-gruppen) eller som har behov for hjemmesykepleie (C2-gruppen). Slik vil tannhelsetjenesten i Vest-Agder bidra til å oppfylle målsettingen i folkehelseloven om å utjevne sosiale forskjeller i tannhelse. Det er her også sentralt å understreke at tannhelsesjefen ser den tilnærmingen til en mer individualisert innkallingshyppighet for A-gruppen i sammenheng med folkehelsearbeidet og et tilsvarende økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid i møtet med brukerne: det er når alt kommer til alt det den enkelte gjør i hverdagen som er det viktigste for å opprettholde god tannhelse, og veiledning skal i så måte samtidig vektlegges i møtet med brukerne, slik at de i størst mulig grad selv kan ta hånd om tennene sine på en god måte.

Når det gjelder kvantitative normer for hvor lang tid man bør bruke på hver enkelt undersøkelse, hvor mange pasienter man skal ha i timen etc., så har fylkestannhelsesjefen gitt noen indikasjoner til klinikkene på hva man bør sikte seg inn mot, eksempelvis at man i utgangspunktet søker å bruke 15 minutter på tannpleiers undersøkelse av 3- og 5-åringer (disse undersøkelsene innbefatter ikke røntgenbilder). Fylkestannhelsesjefen understreker samtidig at dette ikke betyr at man ikke, i tråd med eget klinisk skjønn, kan bruke mer tid på de pasientene som trenger det, og at dette er en vurdering som må gjøres i hvert enkelt tilfelle. Det sentrale for tannhelsesjefen oppfattes i alle tilfeller å være at hver enkelt behandler må ha en kritisk tilnærming og stille spørsmål etter møtet med hver enkelt pasient om alt som ble gjort i forbindelse med konsultasjonen medførte merverdi utfra tannhelsefaglige kriterier. Det er oppsummert slik at arbeidet med kvantitative normer er i et tidlig stadium, at arbeidet er komplisert og at tannhelsesjefen peker på at det må jobbes videre med dette når man slås sammen med Aust-Agder.

Revisjonen bemerker at det i *Tannhelseplan 2013-2016* står at det er utarbeidet et kvalitetssystem for tannhelsetjenesten og at klinikkleder fører tilsyn med at bestemmelsene i kvalitetssystemet følges opp innenfor eget myndighets- eller ansvarsområde. Per i dag har imidlertid ikke tannhelsetjenesten noe fungerende kvalitetssystem, idet tannhelsesjefen oppgir at «det nåværende kvalitetssystemet i form og innhold ikke er tilfredsstillende». Man har imidlertid vedtatt struktur og form på et nytt kvalitetssystem som utvikles i samarbeid med Aust-Agder, og det vil bli laget en digitalisert ut-

gave av systemet. Når det gjelder god klinisk praksis for behandlere (tannleger og tannpleier) legger fylkestannhelsesjefen til grunn nasjonale retningslinjer.²⁴

Det er videre verdt å merke seg at effektivisering av tjenesteproduksjonen i tannhelsetjenesten i Vest-Agder kan gi mulighet for økt behandling av voksne betalende pasienter, og dermed større inntjening. Revisjonen vil imidlertid ikke gå nærmere inn på denne problematikken i denne rapporten, da dette spørsmålet ble grundig belyst i fylkesordførers svar på interpellasjon 2/18 vedrørende voksne betalende pasienter og konkurranse på like vilkår.²⁵

Fylkestannhelsesjefen understreker avslutningsvis at tannhelsetjenesten i Vest-Agder de seneste årene har prioritert å få på plass en velfungerende og effektiv organisasjon, idet dette vurderes å være fundamentet for tannhelsetjenestens tjenesteproduksjon og for å oppnå gode resultater.

3.2.2 På tannklinikkene

Revisjonen har videre hatt samtaler med tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer (på hver klinikk har representanten for en av disse gruppene i tillegg deltatt i kraft av å være klinikkleder) på fem offentlige tannhelseklinikker i Vest-Agder.

Når det gjelder LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) og de endringene som følger av dette prinsippet med tanke på arbeidsfordelingen på klinikkene, så er tilbakemeldingene fra tannlegene at det at tannpleierne²⁶ er førstelinje og dermed tar seg av undersøkelsene når pasienter innkalles til rutineundersøkelser (med mindre tannlegen selv ønsker å følge enkelte pasienter med særlige utfordringer), alt i alt fungerer bra, er effektivt, og oppleves som faglig forsvarlig. Dette gjelder også i forhold til at det da er tannpleierne som tar avgjørelsen når det gjelder innkallingshyppighet (såkalt «recall-intervall» på enten 12 eller 24 måneder) for barn og unge i A-gruppen. I tvilstilfeller er det på alle klinikkene også slik at tannpleieren spør tannlegen om hjelp til å vurdere hvordan pasienten bør følges opp videre, og en klinikk har også

²⁴ Se <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten>

²⁵ Se <http://www.vaf.no/aktuelt/ikke-behov-for-fylkespolitisk-sak-om-betalende-pasienter-i-fylkeskommunens-tannklinikker/>. I fylkesordførers svar vises det blant annet til at:

- Det ved flere anledninger er bekreftet at VAF også ønsker voksne, ordinært betalende personer som kunder;
- VAF følger det regelverk (adskilte regnskap etc.) som er fastsatt for å dokumentere at krysssubsidiering ikke skjer mellom den pliktige delen av tannhelsetjenesten og den delen som er i samme marked som private aktører;
- VAF er ikke spesielt aktive i markedsføringen av dette tilbudet i sentrale strøk, men bidrar til at ordinært betalende kunder kan få behandling i klinikker på mindre steder der kapasiteten tillater det;
- De til enhver tid tilgjengelige budsjettmidler prioriteres først til de brukergrupper VAF er pliktig til å yte tannhelsetjeneste til. Dette skjer i henhold til vedtatt handlingsprogram.

Det er også slik at lovverket legger opp til at den offentlige tannhelsetjenesten både kan, og i noen tilfeller skal, gi tilbud til voksne betalende pasienter. I tillegg er det å behandle voksne betalende pasienter viktig for at tannlegene skal holde seg faglig oppdatert på alle typer behandling. Videre er det slik at Vest-Agder fylkeskommune behandler forholdsmessig få voksne betalende pasienter. Med dette utgangspunktet konkluderte fylkesordføreren med at det ikke er behov for fylkespolitisk sak om betalende pasienter i fylkeskommunens tannklinikker.

²⁶ Fra 2003 ble tannpleierutdanningen i Norge en treårig bachelor-utdanning på høyskolenivå. Hovedinnretningen på utdanningen er helsefremmende arbeid og forebygging av sykdom i munn og tenner. Utdanningen gir også kompetanse innen klinisk odontologisk arbeid.

interne såkalte «kalibreringsmøter» hvor blant annet vanskelige saker drøftes. En tannlege peker samtidig på at det å gjennomføre undersøkelser i forbindelse med rutinemessig innkalling av pasienter, var et avbrekk fra det noe mer fysisk krevende tannlegearbeidet hvor oppståtte tannproblemer behandles, og man frykter at den fysiske belastningen med dagens LEON-organisering over tid kan bli større for den enkelte tannlege og dermed innebære økt fysisk slitasje i jobben²⁷. Flere tannleger er imidlertid fornøyd med at tannpleierne i utgangspunktet tar undersøkelser og rens av tenner, og sier at de foretrekker å jobbe med det de er spesialister på, nemlig behandling av tenner, selv om dette har som konsekvens at man ser mindre til de friske pasientene. Når det gjelder LEON-prinsippet, så tar revisjonen med et innspill om at tannpleierne ikke bør settes til å gjøre ting de ikke har kompetanse til eller ikke er ment å gjøre. Et eksempel kan være tannlegeerklæringer, som, for å være gyldige i møte med NAV eller forsikringsselskap, visstnok nettopp må være fylt ut av en tannlege.

Når det gjelder konsekvenser av LEON-prinsippet, så spilles det inn at pasientene nå, i tråd med det som oppfattes som føringer fra fylkestannhelsesjefen, kalles inn til og er registrert på tannpleierne, som ved behov henviser videre til tannlegene med utgangspunkt i hvilken tannlege som til enhver tid er ledig. Konsekvensen av dette er at tannlegene ikke lenger har «faste» / «egne» pasienter som er registrert på dem og som de har ansvaret for å behandle og følge opp over tid. Det vises til at man i kjølvannet av denne endringen har fått innspill / klager om at pasientene ønsker å forholde seg til én tannlege, og revisjonen har fått innspill på at denne nye måten å organisere arbeidet på oppleves som lite hensiktsmessig særlig i de tilfellene hvor man har brukt tid på å bygge opp en relasjon med barn som er engstelige for å gå til tannlegen²⁸. Videre vises det til at det er motiverende å møte pasienter igjen og se at arbeidet som man selv tidligere har gjort har vært av høy kvalitet, samtidig som det er lærerikt å se hva man eventuelt kunne gjort bedre. Denne mekanismen forsvinner når man ikke har «faste» pasienter, og det er også slik at man kanskje følte et særlig ansvar for «egne» pasienter, men med flere tusen pasienter som alle tannlegene skal ha et felles ansvar for, blir dette vanskeligere. Samtidig synes et flertall av tannlegene å oppleve ordningen hvor tannlegene ikke lenger har faste pasienter som relativt uproblematisk, og enkelte fremhever nettopp det at «alle pasientene er alles pasienter» som et viktig prinsipp for klinikkens arbeid.

Tannhelsetjenesten i Vest-Agder legger, som vi har sett, stor vekt på å i størst mulig grad tilpasse innsatsen i forhold til behovene til den enkelte pasient, herunder å ikke overbehandle friske barn og unge i A-gruppen. Denne problematikken er relativt komplisert, og revisjonen viser til følgende kommentarer fra klinikkene:

- INNKALLINGSHYPPIGHET: Når det gjelder innkallingshyppighet (såkalt «recall-intervall») for friske barn og unge i A-gruppen, så oppfattes 24 måneder som både faglig forsvarlig og hensiktsmessig på klinikkene i lys av ideen om at man skal søke å minimere ressursbruken på friske pasienter. Det påpekes samtidig at man

²⁷ Samtidig er man klar over at denne arbeidsfordelingen, hvor tannpleieren gjennomfører undersøkelser og tannlegen behandler oppståtte skader, i økende grad er normen i den norske tannhelsesektoren. Forskjellen mellom offentlig og privat sektor vil imidlertid være at tannlegene i privat sektor møter flere friske voksne pasienter.

²⁸ Det synes imidlertid som om tannlegen har noe spillerom her også innenfor dagens system til å sørge for at disse pasientene kalles inn til tannlegen de kjenner fra før.

etter alt å dømme nå har nådd en grense når det gjelder å tøye innkallingsintervallet for friske barn og unge. Man kan eksempelvis vanskelig tenke seg et innkallingsintervall på 3 eller 4 år på for A-gruppen, da det ville være å forvente at dette fikk negative konsekvenser for gruppens tannhelse målt ved indikatorene som ble gjennomgått i avsnitt 3.1.1 over.

- ANDEL PÅ 24 MÅNEDER: Videre er oppfatningen på enkelte klinikker at Fylkestannhelsesjefen har gitt føringer om at man skal søke å ha en andel på 90 pst. av populasjonen i A-gruppen på 24 måneders innkallingsintervall / recall, og 10 pst. på 12 måneders innkallingsintervall / («recall»). Man er på flere klinikker enig i at man nok tidligere hadde for mange pasienter på 12 måneders recall, uten at dette var tannhelsefaglig godt begrunnet, men noen opplever likevel at man med den nye ordningen tar en kalkulert risiko og at det i så måte fremover blir viktig å følge tannhelseresultatene samt (det akutte) behandlingsbehovet til A-gruppen tett for å se om ovennevnte tiltak har som konsekvens at gruppens tannhelse svekkes. En tannlege peker samtidig på at konsekvensene av hull i melketenner ikke er så alvorlige, og at den det gjelder i så tilfelle vil komme inn akutt og få den hjelpen de trenger på tannklinikken.
- KRITERIER: Noen opplever det også som problematisk at kriteriene for å bli satt på 12 måneders recall i A-gruppen nå kun synes være knyttet opp mot karies. Tidligere var det også slik at forhold som ikke var direkte knyttet opp mot kariesutvikling, men som indirekte likevel kunne medføre økt risiko for karies (eksempler her er diabetes eller annen langvarig eller kronisk sykdom), kunne være et kriterium, men i intervjuer på klinikkene er oppfatningen at det ikke lenger er slik. Noen mener imidlertid at dette ikke er et problem, da det ikke er noen grunn til å kalle inn en diabetiker hyppigere hvis tannhygien er god og hvis det ikke er noen hull som er i ferd med å utvikle seg (hvis det ikke skjer noe «aktivt» når det gjelder kariesutviklingen). En tannlege presiserer at når alt kommer til alt må man legge til grunn en totalvurdering, hvor man ser på munnhygiene, evne til å passe på egne tenner, nåsituasjon (begynnende hull, belegg etc.) i kombinasjon med generell helse ellers, og at med dette som utgangspunkt, ligger forholdene fortsatt til rette for individuelle og tannhelsefaglige gode risikovurderinger av pasientene i A-gruppen. Revisjonen bemerker her at hvis man tar utgangspunkt i klassifiseringen av forskjellige typer forebygging i avsnitt 2.2.2, så synes det som om tannhelsetjenesten i Vest-Agder nå legger til grunn en *indikativ* (intervensjonene rettet mot personer som viser tegn til å utvikle en sykdom / lidelse) snarere enn en *selektiv* (tiltak som rettes mot risikogrupper i befolkningen) tilnærming når det gjelder hvilke pasienter i A-gruppen som skal settes opp på 12 måneders innkallingsintervall.
- RECALL VS. TIMEBOK: Det er samtidig viktig å understreke at oppfølgingen av den enkelte pasient i A-gruppen, i kjølvannet av individuelle vurderinger av hver enkelt pasients behov, handler om mer enn om hvorvidt innkallingsintervallet mellom fulle undersøkelser skal være på 24 eller 12 måneder. I tillegg til fulle undersøkelser, kan nemlig tannpleieren i innkallingsintervallet kalle inn pasienten til en eller flere mer spesifikke og avgrensede kontroller (traume-, karies-, syre-, bitt-, frembrudd- eller hygienekontroller, ekstra rens etc.) eksempelvis etter 1 uke, 2 uker, 1 måned, 3 måneder, 6 måneder etc., alt etter hvilke utfordringer den enkelte pasienten står overfor. Disse kontrollene, som åpenbart har en forebyggende funksjon, registreres i «timeboken» / kalenderen til den enkelte tannpleier snarere enn i det automatiske recallsystemet. Det er dermed slik at pasienter i A-gruppen kan være oppført

i timeboken for mindre kontroller, selv om intervallet for «recall» er satt til 24 måneder.

Når det gjelder LEAN, så har noen klinikker jobbet lengre med problematikken og således kommet lengre enn andre, men hovedinntrykket til revisjonen er at innstillingen til LEAN på klinikkene, etter en til dels tung oppstart, nå er relativt positiv. Man synes å nærme seg eller ha nå nådd et punkt hvor man har akseptert at man må forholde seg til LEAN og hvor ting så smått begynner å fungere, selv om flere i begynnelsen opplevde dette som noe som man fikk beskjed om av ledelsen uten å ha bedt om det, som noe som ville ha som konsekvens at arbeidsdagen ble mere oppkavet og stressende. Dette skapte ifølge en klinikkleder mye frustrasjon og utrygghet, noe som igjen genererte negativitet og svekket arbeidsmiljøet. Revisjonens inntrykk er imidlertid at klinikklederne etter hvert har fått en bedre forståelse for LEAN-tankegangen, og i tillegg har man forstått at det er viktig å ta styringen selv og at LEAN må tilpasses den enkelte klinikk, slik at man har følelsen av å være i førersetet snarere enn av å få noe man ikke forstår tredd nedover hodet utenfra. Man opplever etter hvert på klinikkene at man i større grad klarer å «snu pyramiden» og ta tak i problemene som den enkelte sekretær og behandler faktisk står oppe i i hverdagen. Da er det ikke lenger slik at løsningene kommer ovenfra og utenfra, men snarere slik at det er den eller de som står oppe i problemet, som engasjeres for å løse det. På klinikkene ser man nå i større grad at en slik måte å jobbe på kan bidra til at prosessene blir bedre, at tidstyvene blir færre og at den enkelte i det hele tatt får tilstrekkelig ro og har tilstrekkelig orden til å få gjort det man er satt til å gjøre. Dette kan eksempelvis gjelde rutiner for å holde orden på utstyr, for innkallinger eller ansvaret for IT på klinikken. En tannhelsesekretær sier at man med utgangspunkt i LEAN har blitt mer bevisst på hele tiden å være opptatt av kontinuerlig forbedring, av hva man kan bli bedre på med utgangspunkt i ord som «sortere, systematisere, standardisere, sikre», og at man prøver å være bevisst på å fjerne unødvendig utstyr, ha ting innenfor rekkevidde, rydde vekk ting som ikke brukes, merke ting for hvert kontor, holde ting rent, ryddig og oversiktlig etc. Flere har utviklet rutiner hvor utstyr som brukes i behandling er organisert på traller som man kan trekke inn på kontoret slik at man slipper å gå inn og ut av kontoret, og man har også laget rutiner for påfyll av utsyr på disse trallene. Av andre relativt enkle tiltak ble det nevnt at det på en klinikk legges opp til at den som er ledig henter inn pasienten, og at det således ikke er nødvendig at dette kun er tannhelsesekretærens oppgave.

Det viktigste interne forumet for LEAN-arbeidet er de såkalte «tavlemøtene», hvor alle de ansatte samles og har mulighet til å komme med innspill når det gjelder forhold av praktisk karakter som ikke fungerer optimalt på klinikken (her er slagordet «problemer er gull!»). Innspillene kommer i form av gule lapper som fortløpende klistres opp på tavlen i løpet av uken, og i tavlemøtet blir så innspillene diskutert og forsøkt løst i plenum. Det påpekes videre at det er viktig at alle de ansatte er opptatt av og forstår viktigheten av å bidra til kontinuerlig forbedring på klinikken. Alt i alt synes klinikklederne å oppleve at LEAN-arbeidet nå i større grad er preget av positivitet, eierskap og engasjement, idet man nå ser at man kan skape mye bra med utgangspunkt i denne måten å tenke og arbeide på.

Tannlegene, tannpleierne og tannhelsesekretærene opplevde i begynnelsen endringene i kjølvannet av tannhelsetjenestens satsing på LEAN som utfordrende, blant

annet fordi LEAN-arbeidet ble oppfattet som en overflatisk og standardiserende metode for å øke tempoet på arbeidsplassen og få alle til å jobbe raskere og bruke mindre tid i møtet med pasientene. Etter hvert som det har blitt klarere at LEAN faktisk synes å kunne bidra til å løse problemer, forenkle og systematisere prosesser og fordele ansvar på arbeidsplassen slik at den enkeltes hverdag faktisk blir lettere, synes motstanden å ha blitt mindre samtidig som interessen har blitt større. Det pekes på at det er viktig å forankre et slikt arbeid på arbeidsplassen og at alle må med for at et slikt arbeid skal lykkes. Det synes nå å gå mye bedre, selv om enkelte innspill indikerer at prosessen for å komme dit man er i dag kunne vært bedre.

Når det gjelder det å etablere normer for tidsbruk på forskjellige tannhelsefaglige undersøkelser og behandlinger, så må det avslutningsvis nevnes at dette oppleves som problematisk av noen: man ser at det nok var behov for innstramninger i forhold til hvordan noen jobbet for 10 år siden, men samtidig pekes det på at man aldri må glemme at «det er mennesker og ikke bildeler» den offentlige tannhelsetjenesten arbeider med. Flere peker også på at man ikke må glemme kvaliteten på arbeidet selv om det har vært stort fokus på effektivitet den seneste tiden. I et innspill pekes det konkret på at man savner fokus på den tannhelsefaglige kvaliteten i arbeidet, på om jobben man gjør med hver enkelt pasient er god. Det vises til at dette er viktig gitt at en stor del av tannlegens tid går med til vedlikehold av tidligere behandlinger. Fokus på tall og kvantitative mål på arbeidet som gjøres i den offentlige tannhelsetjenesten oppfattes i og for seg som bra, men man må samtidig ikke glemme det som ikke fanges opp av tallene. Det pekes i et innspill på at man opplever at man per dags dato ikke har noe kvalitetssystem å forholde seg til, og at det daglige arbeidet i stedet preges av mange forskjellige muntlige beskjeder fra ledelsen i tannhelsetjenesten om hvordan ting skal gjøres, beskjeder som så synes å bli tolket forskjellig på de forskjellige klinikkene.

Når det gjelder tannpleierne, så spilles det inn at de opplever at de kan jobbe mer effektivt når de har mulighet til å jobbe sammen med en tannhelsesekretær, eksempelvis når man skal ta røntgenbilder eller legge såkalt fissurforsegling. Det er kanskje ikke nødvendig med tannhelsesekretær hver dag, og det er også forståelse for at mangel på tannhelsesekretærer kan gjøre det vanskelig å organisere arbeidet slik at tannpleieren jobber sammen med en sekretær. Det spilles likevel inn fra tannpleiernes side at det kunne vært nyttig å sette opp noen faste tidspunkter, eksempelvis 1-3 ganger i uken, hvor tannpleierne jobber sammen med tannhelsesekretær. På flere klinikker er det for øvrig slik at tannhelsesekretærene automatisk går til tannpleieren hvis tannlegen ikke trenger hjelp likevel, eksempelvis hvis en pasient ikke møter eller tannlegen er syk.

Når det gjelder kursvirksomheten i tannhelsetjenesten, så synes opplevelsen på klinikkene å være at fokuset på kursvirksomhet og kompetanseutvikling i tannhelsetjenesten i Vest-Agder har økt de seneste årene. Et innspill peker samtidig på at kursene som tilbys i dag i større grad kunne vært rettet inn mot de forskjellige yrkesgruppenes behov og funksjoner. Avslutningsvis nevner revisjonen at det er krevende for klinikkene når de får sykemeldinger fra ansatte, da dette øker presset på de gjenværende, gir etterslep og dermed forstyrrer hele systemet.

3.3 P3: Forebygging og folkehelse

Følgende avsnitt i Helsedirektoratets veileder *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten - en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling* (IS-1589) er en god innledning til problematikken knyttet opp mot forebygging og folkehelse:

Alle som var friske da de ble født, ble også født med god tannhelse. I barnets første leveår er foreldrenes valg på barnets vegne avgjørende for om barnets gode tannhelse bevares eller ødelegges. Senere er det våre egne valg som ivaretar eller skader den gode tannhelsen vi ble født med. Tannhelsen vedlikeholdes eller ødelegges der vi lever våre liv, i barnehagen, i skolen, i arbeidslivet, i sport og andre fritidsaktiviteter. Særlige utfordringer oppstår ved langvarig eller kronisk sykdom. Dårlig økonomi er i seg selv ingen trussel mot tannhelsen, men vi ser ofte at det medfører en livsstil som kan bidra til at tannhelsen forringes samtidig som regelmessig tannhelsekontroll eller nødvendige reparasjoner ikke blir prioritert. Det er sosiale forskjeller i tannhelse som i generell helse. Å utjevne disse forskjellene er velferdssamfunnets store utfordring. Den store forbedringen i tannhelsen til den norske befolkningen viser at forebygging nytter, og at det er mulig å bevare en god tannhelse. Det som gjenstår, er å få organisert samfunnet og hverdagslivet slik at de valgene som er helsemessig sunne, også blir foretrukket. (s. 17)

Tannhelseutviklingen i Norge viser at forebygging nytter. Det er fortsatt et potensial for enda bedre tannhelse og helse i befolkningen. Tannhelsetjenesten kan med sin lange erfaring og sine gode resultater fra forbyggende arbeid være en viktig aktør i partnerskap for folkehelse lokalt i kommuner og fylkeskommuner. Samhandling på tvers av forvaltningsnivåer er i så måte meget viktig. (s. 18)

3.3.1 Generelt om status for arbeidet med folkehelse og forebygging

Folkehelse rådsgiveren organiserer hvert år til sammen to hele dager hvor tannpleierne, som er førstelinje og som utfører en betydelig del av det helsefremmende arbeidet på tannklinikken, møtes. Klinikkllederne deltar på en av dagene, noe som oppfattes å være viktig for å forankre folkehelsearbeidet i klinikklledelsen. Folkehelse rådsgiveren oppfordrer videre alle klinikken til å lage en folkehelseplan som bør oppdateres hvert år, hvor det blant annet bør være nedfelt hva som skal gjøres, hvem som skal gjøre det og når det skal gjøres. Vi merker oss samtidig at det i intervjuet fremkommer at folkehelse rådsgiveren i tannhelsetjenesten i Vest-Agder ikke er med i ledergruppen i tannhelsetjenesten i Vest-Agder (i kraft av å være folkehelse rådsgiver). En slik tilknytning oppfattes imidlertid av folkehelse rådsgiveren både som nødvendig og hensiktsmessig, for det første for at folkehelsearbeidet skal ha en solid forankring i organisasjonen, og for det andre for at folkehelse rådsgiveren skal ha noen å diskutere folkehelseproblematikken med.

I kjølvannet av et forvaltningsrevisjonsprosjekt av tannhelsetjenesten i Vest-Agder gjennomført av Vest-Agder Fylkesrevisjon²⁹ i 2006, hvor det blant annet fremkom at forbedringspotensialet var betydelig når det gjaldt å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til de prioriterte gruppene B (psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon), C1 (eldre, langtidssyke og uføre i institusjon) og spesielt C2 (eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie), ble det satt i gang et prosjekt hvor man innførte såkalte

²⁹ Vest-Agder Fylkesrevisjon er i dag en del av Agder kommunerevisjon IKS.

«munnstellkort»³⁰ for beboerne på Vennesla omsorgssenter (C1-gruppen). Dette tiltaket ble vurdert å være vellykket, og det ble derfor bestemt at munnstellkort skulle innføres på alle sykehjemmene i fylket, samtidig som man fikk kontaktpersoner på hvert sykehjem som fikk opplæring av tannhelsetjenesten og som så fikk ansvaret for nytilsattes og vikarers opplæring innenfor tannhelse. Man har senere også innført munnstellkort for de i gruppe B som bor på institusjon eller i kommunale boliger. Som en engangsinvestering, for at sykehjemmene skulle få anledning til å lage egne innkjøpsrutiner, kjøpte Vest-Agder Fylkeskommune i 2007 også inn utstyr til vedlikehold av tennene til alle sykehjemmene i Vest-Agder.

Fra 2018 blir alle journaler registrert elektronisk når tannpleierne undersøker pasientene / beboerne i forbindelse med sine besøk ute på omsorgssentrene (C1-gruppen). Undersøkelsen består blant annet i en såkalt «speiltest», som sier noe om graden av munntørrhet, samt en «belegg- og slimhinnetest» som leder ut i en såkalt BSI-indeks. Dette oppfattes å være et svært viktig og nyttig tiltak som bidrar til at oversikten over tannhelsetilstanden i fylket blir bedre, som øker tannhelsetjenestens mulighet til å gi raske og presise tilbakemeldinger til sykehjemmene om jobben de gjør på tannhelseområdet, og som ikke minst vil kunne gi et bilde av utviklingen over tid. Slik bidrar BSI-indeksen til å synliggjøre ansvaret sykehjemmene har for tannhelsen til beboerne.

Videre ble det for gruppene B, C1 og C2 utarbeidet samarbeidsavtaler med alle kommunene i 2007, underskrevet av fylkestannhelsesjefen og rådmannen i den enkelte kommune. Blant annet er det tannhelsetjenestens ansvar både å innkalle til møter og å skrive referat, og det er klinikkleders ansvar å sørge for at alle avtalene blir gjennomført. Når det gjelder gruppe C2, så skal tannhelsetjenesten ifølge samarbeidsavtalen ta kontakt med den kommunale hjemmesykepleien hvis man etter en konsultasjon oppfatter at pasienten trenger hjelp til tannstellet, men for denne gruppen har man på nåværende tidspunkt imidlertid ikke klart å innarbeide systemet med munnstellkort eller belegg- og slimhinnetesten med tilhørende BSI-indeks. Kommunens pleie- og omsorgstjeneste skal på sin side informere alle brukere i målgruppene om tannhelsetjenestens tilbud og innhente informert samtykke hos dem som ønsker undersøkelse og eventuelt nødvendig tannbehandling. Det skal ifølge avtalen gis repeterende tilbud av den kommunale hjemmesykepleien til alle brukere av hjemmesykepleien / psykiatrisk hjemmesykepleie minimum 1 gang i løpet av en 12 måneders periode, og tannklinikken skal oppdateres fire ganger årlig om nye brukere samt om dem som tjenesten opphører for.

Når det gjelder annet tverrsektorielt samarbeid, så har tannhelsetjenesten for det første samarbeidsavtaler med helsestasjonene. Tannhelsetjenesten skal her bidra til

³⁰ Munnstellkortene som ble tatt i bruk i Vest-Agder ble utarbeidet i 2002 i samarbeid med fagseksjon for Gerodontologi ved Universitetet i Bergen. Det finnes seks forskjellige munnstellkort som er tilpasset pasienter med ulike behov. De er laminert i plast og kan brukes om igjen, slik at innkjøp av kortene blir en engangsinvestering. Pasientens navn skrives på med spritusj, og kan fjernes med sprit hvis kortet brukes om igjen. Kortene er ment å være et effektivt hjelpemiddel for alle som assisterer pasienter med munnstell. På kortene er der et åpent felt for kommentarer, som fylles ut av tannpleier. Her kan eventuelle spesielle prosedyrer og behandling for den enkelte pasient føres på. Det er også utarbeidet veiledningshefte for tannstell av beboere på sykehjem og av brukere av hjemmesykepleie.

I Vest-Agder oppdateres munnstellkortene hvert år ved årlig undersøkelse. Munnstellkort som ser godt brukt ut erstattes de med nye munnstellkort, og dette blir dekket av tannhelsetjenesten, som også bidrar ved utfylling av nye munnstellkort til nye brukere.

opplæring, slik at helsestasjonspersonellet har et godt utgangspunkt for å gi småbarnas foresatte tilstrekkelig informasjon om fluorbruk, kosthold og hygiene samt for å plukke ut risikobarn og henvise dem til tannklinikk. Partene skal ifølge avtalen ha samarbeidsmøter en til to ganger i året hvor man blant annet går gjennom statistikk over hvilke forhold helsestasjonene har rapportert til tannhelsetjenesten. Man har videre utarbeidet et henvisningsskjema for tilfeller der helsestasjonene oppdager at barnets tannhelse indikerer at barnet kan ha behov for oppfølging fra tannhelsetjenesten. Dette er særlig viktig og aktuelt i forhold til barn under 3 år, da det først er når de er 3 år at de blir innkalt til tannhelsetjenesten.

Tannhelsetjenesten har også samarbeidsavtaler med barnevernstjenesten. Avtalen innebærer at det skal avholdes et årlig samarbeidsmøte, og det er utviklet retningslinjer for hvordan tannhelsetjenesten skal reagere i forskjellige situasjoner, eksempelvis dersom barnet ikke møter til timen som det er innkalt til samt ved mer alvorlige mistanker i retning av at barnet er utsatt for omsorgssvikt eller overgrep. Disse retningslinjene ble oppdatert i 2017, og innebærer blant annet at tannhelsetjenesten ved manglende fremmøte umiddelbart skal ta kontakt med foresatte og tydelig oppfordre til å møte opp til time hos tannlegen med barnet det gjelder. Det er også utarbeidet en mal for skriftlig varsel til foresatte, hvor det blant annet understrekes at

Tannhelsepersonell er lovpålagt å melde bekymring til Barneverntjenesten dersom barn og unge ikke møter opp til time over tid. Dette av hensyn til infeksjonsfare, tann-/bittutvikling og pasientens ve og vel.

Tannhelsetjenesten i Vest-Agder har også tannlege knyttet opp mot Barnehuset³¹ i Kristiansand. I tillegg til de ovennevnte faste folkehelseoppgavene, kan tannhelsetjenesten i Vest-Agder påta seg oppdrag etter forespørsel fra andre aktører / samarbeidspartnere som for eksempel kommunenes / fylkets eldreråd, kreftforeningen, diabetesforeninger, barnehager og asylmottak (det viser seg å være særlig viktig å understreke at det norske kranvannet kan drikkes). Tannhelsetjenesten i Vest-Agder informerer også på mottaksskolen, på voksenopplæringen, samt i flyktningsbarnehagen i Kristiansand. Temaene som dekkes er blant annet det offentlige tannhelsetilbudet, tannpuss, kosthold og vann som tørstedrikk.

Hva angår andre initiativ på folkehelseområdet, så har tannhelsetjenesten i Vest-Agder, ved folkehelserådgiver, vært ansvarlige for prosjektet «Happy Teeth», hvor man på nettsiden www.happyteeth.no/ har lagt ut to informasjonsfilmer, en om den offentlige tannhelsetjenesten i Norge og en om hvordan man tar vare på tannhelsen til små barn. Det legges også vekt på at det er trygt å drikke vannet i Norge. Filmene fra 2010 er oversatt til 23 språk, noe som gjør at den er tilgjengelig også for de fleste av dem som ikke har tilstrekkelig språkferdigheter til å forstå filmens innhold på norsk. For tiden holder Tannhelsetjenesten i Vest-Agder på med det praksisnære forskningsprosjektet *Ungdom og syreskadde tenner – et forebyggende tannhelseprosjekt i Vest-Agder*, hvor målet er å undersøke i hvilken grad systematisk bruk av informasjon om tannhelse rettet mot elever på videregående skole, har effekt i form av å få stoppet opp utviklingen av erosjoner i ungdommenes tenner. Tannhelsetjenesten skal også sette inn særlige tiltak i form av undervisning mot elever i 2. og 8. klasse på de skol-

³¹ Barnehuset er et tverrfaglig kompetansehus som hjelper barn, ungdom og utviklingshemmede voksne hvor det er mistanke om eller som har vært utsatt for vold, overgrep eller som har vært vitne til vold i familien.

ene i Vest-Agder som ligger dårligere an enn gjennomsnittet når det gjelder tannhelseresultater.

40 pst. av de ansatte i den kommunale omsorgstjenesten er hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere³². Videregående skole med helsefagarbeiderutdanning er derfor en viktig aktør i utdanning av medarbeidere til den kommunale omsorgssektoren. Når det gjelder de som utdanner seg som helsefagarbeidere på de videregående skolene i Vest-Agder, så er tannhelsetjenesten inne en dag hvert annet år, og da driver man opplæring for begge trinnene (Vg1 og Vg2) på helsefagarbeiderutdanningen samtidig. I løpet av en dag vektlegges både teori om tannhelse og praksis om hvordan man gjennomfører tannstell på andre. Det er her viktig at elevene selv erfarer hvordan det oppleves når andre utfører tannstell på egne tenner. Tannhelsetjenesten i Vest-Agder har imidlertid ikke noe samarbeid med sykepleierutdanningen på UiA, og tannhelsetjenesten i Vest-Agder bidrar således ikke til å utvikle tannhelsekompetansen til de som utdannes til sykepleiere³³.

Oppsummert så er folkehelserådgiverens utgangspunkt at folkehelse handler om å forebygge sykdom, skade og annen lidelse. Folkehelserådgiveren understreker at det her er viktig å jobbe på tvers av sektorene, samt at folkehelsearbeidet må ha en tung forankring i ledelsen dersom det skal lykkes. Et suksesskriterium for folkehelsearbeidet, det helsefremmende og det forebyggende arbeidet, er ifølge folkehelserådgiveren å jobbe systematisk og intensivt over tid, og å repetere hovedpoengene med jevne mellomrom. En utfordring her er at folkehelserådgiverne i Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud tidligere hadde møter flere ganger i året hvor man delte erfaringer og diskuterte utfordringene man stod overfor samt mulige tiltak for å møte disse. Disse møtene har imidlertid nå opphørt. De seneste årene har det ifølge folkehelserådgiveren også vært færre initiativer på folkehelseområdet initiert av tannhelsetjenesten i Vest-Agder selv. Det er videre overraskende at det de seneste årene har foregått et arbeid i Vest-Agder fylkeskommune med å utvikle en folkehelsestrategi og en folkehelseplan, uten at folkehelserådgiver i tannhelsetjenesten i Vest-Agder har deltatt i eller har kjennskap til dette arbeidet³⁴. Folkehelserådgiveren bemerker også at tannhelsetjenesten tidligere var med i fylkeskommunens «folkehelsegruppe», men etter at dette arbeidet ble organisert på en ny måte, har tannhelsetjenesten falt ut av dette arbeidet.

³² Jf. rapporten *Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør. En beskrivelse av dagens praksis med fokus på samhandling mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Senter for omsorgsforskning, Rapportserie 3/2017, s. 18.

³³ Hovedgrunnen til dette synes å være at UiA ikke ønsker et slikt samarbeid. Det er samtidig verdt å merke seg at det i rapporten *Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester* (Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr 3/2017, s. 47) pekes på at ved å bruke tannhelsepersonell i undervisningen kan foreleserne formidle sitt budskap på en måte som kanskje vekker større interesse og påvirker forståelse og holdninger i sterkere grad enn forelesere med sykepleierbakgrunn. Revisjonen har forespurt Institutt for helse- og sykepleievitenskap ved UiA om en kommentar når det gjelder manglende samarbeid med tannhelsetjenesten i Vest-Agder samt hva man gjør på sykepleierutdanningen ved UiA for å sikre at studentene utvikler den nødvendige kompetansen innenfor tannhelse, men UiA har ikke svart på henvendelsen.

³⁴ Det er imidlertid slik at tannhelse kommenteres på side 23-25 i dokumentet *Kunnskapsgrunnlag - Folkehelsestrategi for Agder 2018-2025*.

3.3.2 På tannklinikkene

Klinikkledere peker på at en stadig større andel av barn og unge er kariesfrie, og at det da er viktig å være bevisst på å bruke ressursene på en hensiktsmessig og effektiv måte. Det vises til at dette på den ene siden bør innebære en ressursbruk tilpasset pasientens tannhelse slik at man unngår å overbehandle friske pasienter, samt at tannlegene og tannpleierne, i tråd med LEON-tankegangen, gjør det de er gode på, jf. kapittel 3.2 over. Parallelt med dette pekes det på at man på den andre siden bør øke fokus på forebygging, det vil si at brukerne i møte med den offentlige tannhelsetjenesten skal settes i stand til å ta vare på egne tenner. Det forebyggende tannhelsearbeidet handler ifølge klinikkledere i så måte om god kunnskapsformidling og motivasjon, slik at den enkelte får råd og hjelp til å ta ansvar for sin egen tannhelse ut fra sine egne forutsetninger

Det *individrettete* forebyggende arbeidet handler om det som gjøres i møtet mellom pasient og tannpleier / tannlege. LEON-prinsippet innebærer som vi har sett at tannpleierne skal fungere som førstelinje i pasientens møte med den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder, noe som betyr at tannpleierne har en sentral rolle i det individrettete forebyggende arbeidet. Tannpleierne oppgir at i undersøkelsene som de forskjellige prioriterte gruppene kalles inn til gjennom recallsystemet, så vil man for det første kontrollere status når det gjelder hull og smerter i tennene med utgangspunkt i pasientens tilbakemelding, tannpleierens undersøkelse og eventuelle røntgenbilder. I tillegg vil tannpleieren være opptatt av slimhinnene i munnen, om tennene har mye belegg, om tannkjøttet er betent, om bittet er i orden, om det er behov for fissurforsegling³⁵ og om det er andre forandringer i munnen siden sist som påvirker tannhelsen. En viktig del av tannpleierjobben er også å rense tennene for tannstein etc. Tannpleieren spør ved behov også om hvor mange ganger pasienten pusser tennene hver dag, om han eller hun bruker tanntråd og fluorskylling. Anbefalinger når det gjelder tanntråd og bruk av fluor, samt eventuell instruksjon i pusseteknikk etc., vil være avhengig av hva den enkelte pasient har behov for. Tannpleierne oppgir videre at en viktig del av det individrettete forebyggende arbeidet handler om å danne seg et bilde av kostholdsvanene til pasienten og ikke minst hva de drikker når de er tørste (vann versus søte / sure drikker som skader tennene). Tannpleiere med lang erfaring bruker kompetansen de har utviklet til å tilpasse det de sier til pasienten opp mot utfordringene pasientene har med egen tannhelse, idet en erfaren tannpleier peker på at «effekten av å si for mye til pasientene kan være at alt preller av». Oppsummert oppgis nøkkelord for tannpleierne i det individrettete arbeidet å være «informasjon», «instruksjon» og «motivasjon». Avslutningsvis konkluderer tannpleieren når det gjelder den videre oppfølgingen, som kan være alt fra en ny innkalling (recall) om 24 mån-

³⁵ Spørsmålet her er om groper er dype ved tyggeflatene, noe som øker risiko for karies. Fissurforsegling tetter disse gropene. I Helsedirektoratets rapport *Kostnadsanalyse ved anbefaling om fissurforsegling av permanente molarer* fra 2016, vises det til at det kun er nyfrembrudte 6- og 12-årsmolarer som skal forsegles, og at disse kun kan forsegles det første året etter frembrudd. Det pekes videre på at forskning har vist at treffsikkerheten ved å identifisere personer med høy kariesrisiko er lav, sammenlignet med det å identifisere personer med lav kariesrisiko. Rapporten anbefaler derfor å plukke ut de med lav risiko og som ikke bør få fissurforsegling. De øvrige bør få forsegling. Det understrekes også at i klinikken identifiseres barn med lav kariesrisiko ved klinisk skjønn på basis av veiledende kriterier: i) Ingen helseutfordringer / habiliteringsbehov eller medikamentbruk som øker kariesrisiko; ii) Ingen (lite) karieserfaring (manifest karies); iii) Initialkaries er behandlet og under kontroll; iv) Tannpusst to ganger daglig med fluortannkrem; v) Godt kosthold uten hyppig inntak av sukkerholdig mat/drikke; vi) Andre forhold som kan ha betydning. Revisjonen bemerker her at med dette utgangspunktet ville det å gi alle pasienter i A-gruppen fissurforseglinger være å overbehandle denne gruppen.

eder for friske barn og unge (A-gruppen) til 12 måneder ved kariesaktivitet, til en eller flere forebyggende kontroller (eksempelvis traume-, karies-, syre-, bitt-, frembrudd- eller hygienekontroller, ekstra rens etc.) med kortere tidsintervaller uavhengig av recallintervall, til henvisning til en tannlege på klinikken eller til kjeveortoped. I tvilstilfeller diskuterer tannpleieren med en tannlege før det konkluderes. Mange hull i tennene, tannkjøttbetennelse, dårlige rutiner for tannhygiene, mye belegg på tennene, dårlig kosthold samt lav motivasjon hos barnet / foresatte er eksempler på forhold som kan gi grunnlag for å kalle inn til hygienekontroll eksempelvis etter 1 eller 3 måneder (og gjentatte ganger ved behov). Tannpleierne oppgir at slik oppfølging ofte fører til økt motivasjon og økt fokus på oppfølging av egen tannhelse for pasienten det gjelder og / eller for pasientens foresatte. Det oppleves også som motiverende for tannpleierne å se at tannhelsen til pasienter bedrer seg merkbart i kjølvannet av tettere oppfølging i begrensede perioder.

Tannpleierne er videre helt sentrale i klinikkenes *utadrettete* forebyggende og helsefremmende arbeid, som gjennomføres med utgangspunkt i klinikkens folkehelseplan. Revisjonens besøk på tannklinikkene viser at det er eksempler på at tannklinikkene i perioder hvor man ikke har klart å fylle ledige tannpleierstillinger eller hvor tannpleiere har hatt permisjon, i liten grad har drevet utadrettet forebyggende arbeid mot sykehjem, skoler, barnehager og helsesøstre etc. Det synes samtidig som om det utadrettete forebyggende og helsefremmende arbeidet på klinikkene har tatt seg opp etter hvert som andelen ansatte med tannpleierutdanning i tannhelsetjenesten i Vest-Agder har økt.

Det er i utgangspunktet tannpleierne som skal besøke sykehjemmene (C1-gruppen) minst en gang i året. Vanligvis vil tannhelsesekretær også bli med ut på sykehjemmene, og noen ganger blir også en tannlege med. Det gjennomføres da en full undersøkelse av alle beboerne, hvor man i tillegg til å gjøre opp status når det gjelder tenner, undersøker slimhinnene, munntørrehet og belegg. Resultatene danner grunnlag for den allerede omtalte BSI-indeksen, som dokumenterer status når det gjelder arbeidet med tannhelse på den aktuelle institusjonen og dermed også når det gjelder hvor det ligger et potensial for forbedring. Undersøkelsene på sykehjemmet kan kombineres med samarbeidsmøte med sykehjemmet, hvor samarbeidsavtalen gjennomgås og BSI-indeks diskuteres, samt med undervisning for de ansatte dersom det er behov for det. Inntrykket blant flere tannpleiere er at mange ansatte på sykehjem synes det er greit å gå gjennom opplæringsmateriale til tannhelsetjenesten en gang i året, selv om de har vært igjennom dette før. Andre oppgir på den annen side at det er sykehjemmene selv som tar kontakt når de føler at det kunne passe med undervisning om tannhelse. Flere tannpleiere sier at de merker en klar forbedring på arbeidet med tannhelse på sykehjem etter å ha fulgt opp sykehjemmet over tid. Årsaken til forbedringen antas å være en kombinasjon av at kompetansen på sykehjemmet blir bedre og at sykehjemmet jevnlig blir «målt» på i hvilken grad sykehjemmet tar tannhelseproblematikken alvorlig. Det pekes også på at BSI-indeksen fremover kan være en motivasjonsfaktor for sykehjemmene, fordi de nå vil se en klarere sammenheng mellom egen målrettet innsats på den ene siden, og tannhelsesresultatene på den aktuelle institusjonen på den andre siden. En tannpleier peker på at erfaringen fra andre fylker er at det synes som om man får best resultater når tannhelsetjenesten er på sykehjemmene mer enn en gang i året, og at det er hensiktsmessig å prøve å gjennomføre ideen om å prioritere tid til de som trenger det mest også på sykehjem-

mene. Det betyr at det sannsynligvis ikke er hensiktsmessig å undersøke alle sykehjemspasientene hver gang man besøker sykehjemmet, men at man snarere bør dra ut på sykehjemmene flere ganger i året for å undersøke et utvalg av de pasientene som trenger det mest. Det påpekes også fra tannpleiernes side at flere årlige besøk på sykehjem ikke bare handler om å kontrollere tannhelsearbeidet som gjøres på sykehjemmene. Snarere er det slik at flere besøk kan føre til at tannpleierne blir bedre kjent med de ansatte på sykehjemmene, noe som kan legge forholdene til rette for tettere samarbeid og lavere terskel for å kontakte hverandre. Kort sagt, tannpleierne opplever at man får utrettet mer hvis sykehjemmet føler at man kommer for å hjelpe dem. Det legges til at når det er mye utskiftninger av personell på institusjonene, og / eller når institusjonen gjør en dårlig jobb på tannhelseområdet, noe en lav score på BSI-indeksen vil være en klar indikasjon på, så kan det være svært nyttig – og noen ganger helt nødvendig – med flere besøk per år på den aktuelle institusjonen.

Tannpleierne og klinikkledere har også møter med barneverntjenesten, helsesøstre samt samarbeidsmøter om gruppene C2 (eldre, langtidssyke og uføre med hjemmesykepleie), B (psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon) og ruspasienter, hvor samarbeidsavtalene skal gjennomgås og hvor man evaluerer i hvilken grad de er fulgt opp. Også disse møtene oppleves som veldig nyttige og viktige for samarbeidet med de kommunale etatene. Det handler blant annet om å få på plass rutiner for samarbeid og faste kontaktpersoner, men også om å bli kjent med hverandre slik at terskelen får å ta kontakt blir mindre. Videre legges det opp til at klinikkene v/tannpleier skal undervise i grunnskolen samt for de som utdanner seg til å bli helsefagarbeidere på videregående skole. Når det gjelder grunnskolen, så skal man i utgangspunktet undervise på 2. og 8. trinn på skoler hvor tannhelseresultatene ligger under gjennomsnittet. Noen klinikker peker imidlertid på at det vil være mest hensiktsmessig å undervise på de trinnene som ifølge de lokale statistikkene har dårligst tannhelse. Et problem på enkelte klinikker er samtidig at en slik statistikk av forskjellige grunner ikke er tilgjengelig. Flere tannpleiere mener at møtet med barna på skolene er viktig, og det oppleves som motiverende når barn som kommer til undersøkelse sier at de husker at tannpleieren underviste på skolen og at de har snakket om det hjemme. Når det gjelder barnehager, så er det å ha besøk fra tannhelsetjenesten ressurskrevende, også for barnehagen, og barnehagene har i liten grad vist interesse for tilbudet. Noen klinikker oppgir at de ber barnehagene gi beskjed hvis de ønsker å komme på besøk på klinikken.

Flere tannpleiere understreker at de mener at det utadrettete arbeidet er svært viktig. Man opplever at man ser konkrete resultater av dette arbeidet, og tilbakemeldingen fra tannpleierne er at den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder bør satse mer på denne typen arbeid, samtidig som hver enkelt klinikk hele tiden må være bevisst på å rette dette arbeidet inn mot de som trenger det mest. Også tannlegene er enig i at arbeidet med tannhelse i kommunene blir bedre jo tettere tannhelsetjenesten følger opp sykehjem (og andre enheter) og jo bedre det tverrsektorielle samarbeidet er. Per i dag synes det ifølge klinikkene som revisjonen besøkte særlig å være et betydelig potensial for å styrke det forebyggende arbeidet mot C2-gruppen (eldre, som i stadig større grad har egne tenner og stort behandlingsbehov, langtidssyke og uføre med hjemmesykepleie³⁶). En klar indikasjon på at det er mye å hente på å arbeide bedre

³⁶ I VAFs Økonomiplan 2017-2020 kan man lese at «pasienter i gruppe C2 er sammensatt og speiler hele den voksne befolkningen aldersmessig. Gruppen består av pasienter knyttet til hjemmesykepleie og psykiatri, og

med forebygging mot C2-gruppen, oppgis å være det store behandlingsbehovet til, samt antall timer tannhelsetjenesten faktisk bruker på, pasientene i denne gruppen. Det pekes på at det at «de kommer tilbake året etter fulle av karies» er en klar indikasjon på at noe ikke fungerer, på at mange C2-pasienter ikke klarer å sørge for egen tannhelse i tilstrekkelig grad. Det er i tillegg slik at C2 er en spesielt krevende gruppe å behandle hvor behovet for koordinering og kontakt med andre etater er stort (transport, hvilke medisiner går de på etc.). Den kommunale hjemmesykepleien har i utgangspunktet et ansvar for å hjelpe med å ta vare på tannhelsen til de som ikke klarer det selv, jf. den såkalte kvalitetsforskriften, men tannhelsetjenesten opplever at hjemmesykepleien ofte vegrer seg og viser til at de ikke har tid eller til at bruker ikke ønsker hjelp med tannstellet. Det pekes også på at da en av klinikkene i Kristiansand kalte inn sonene i hjemmesykepleien i sitt område til samarbeidsmøte i 2018, så møtte kun 20 pst. av de innkalte sonene. På en klinikk spilles det inn at for å forebygge infeksjon og smerte er det viktig at hjemmetjenestene er bevisst på at når en C2-pasient i) ikke vil spise, ii) ikke vil pusse tennene, og / eller iii) hvis de går ned i vekt, så er dette en indikasjon på problemer med tennene, og pasienten bør da uten forsinkelse møte tannhelsetjenesten.

Når det gjelder forebygging, så opplever tannlegene alt i alt at tannpleierne «gjør en glimrende jobb», og tilbakemeldingen er at særlig det utadrettete forebyggende og helsefremmende arbeidet har lidd i perioder hvor klinikkene har hatt ledige tannpleierstillinger eller tannpleierne har hatt permisjon. Når det gjelder møtet med den enkelte pasient, så er også tannlegene opptatt av å hjelpe pasientene som får behandling med å bli flinkere til å ivareta egen tannhelse, eksempelvis i forhold til tannpussteknikk, tannpussefrekvens, kosthold, syreskader etc. En tannlege understreker at ved stor kariesaktivitet hos barn er det svært viktig at både tannpleier og tannlege tydelig formidler til foreldrene at barnets tannhelse er deres ansvar. Oppsummert, så synes oppfatningen på samtlige klinikker som revisjonen besøkte å være at folkehelsearbeid er en veldig fornuftig bruk av ressurser, at det er veldig viktig å hjelpe pasienter til å bli bedre til å ta vare på tennene sine, og at man ønsker å gjøre mer av dette arbeidet.

Hva angår utfordringer og forbedringspotensial, så er et innspill når det gjelder det individrettete forebyggende arbeidet mot barn og unge (A-gruppen) at en norm på 15 minutter vil være for lite på en undersøkelse av innkalte 6-åringer, da disse også skal ta røntgenbilder³⁷, noe som i seg selv fort tar 10 minutter. På en annen klinikk oppgis det imidlertid på den annen side at det er lagt opp til at en tannpleier i utgangspunktet bør ha 3 pasienter per time når røntgenbilder skal tas og man ikke har hjelp fra tannhelsesekretær, noe som gir 20 minutter per pasient. Denne måten å legge opp arbeidet på indikerer at oppfatningen av at det er lagt føringer i retning av at man kun skal bruke 15 minutter på undersøkelser av seksåringer som også skal ta røntgenbilder, ikke deles av alle. Vi legger til at et problem som har oppstått på en klinikk på grunn av stort etterslep som følge av sykemeldinger, er at 5-åringer, som ikke skal ta røntgenbilde, ikke blir kalt inn før de er 6 år, og da de ifølge klinikken altså skal ta røntgen-

antallet pasienter er økende. Tilbudet som tannhelsetjenesten er pålagt å gi dem, er både tids- og ressurskrevende» (s. 83).

³⁷ Tannhelsesjefen har i dialog med revisjonen pekt på at det ikke er utformet regler fra ledelsen om at alle 6 år- ingene skal ta røntgenbilder. Snarere skal røntgenbilder ifølge tannhelsesjefen tas på indikasjon. Revisjonen bemerker samtidig at spørsmålet om røntgenbilder for 6-åringer er obligatorisk eller ikke her er underordnet spørsmålet om kvantitative normer for tilfellene hvor det er behov for å ta røntgenbilder.

bilde. Systemet setter da i utgangspunktet kun av 15 minutter, og dette jobber klinikken fortløpende med å ordne opp i. Oppsummert er revisjonens inntrykk at man på klinikkene er enige i at det var et forbedringspotensial når det gjaldt effektivitet da det for noen år siden ble satt fokus på dette temaet i tannhelsetjenesten i Vest-Agder. Samtidig synes det fortsatt å være en viss uro blant enkelte for at man vil bli pålagt kvantitative normer for tidsbruk i møtet med pasientene som vil innebære at man ikke får tilstrekkelig tid til å undersøke og behandle pasientene på en tannhelsefaglig god og forsvarlig måte.

Noen stiller seg også spørrende til at sykdommer som diabetes og autisme, som oppfattes å medføre økt kariesrisiko, slik de har forstått det ikke i seg selv skal regnes som kriterium for å sette barn og unge i A-gruppen på 12 snarere enn 24 måneders innkallingsintervall. Beskjeden fra fylkestannhelsesjefen oppfattes snarere å være at det kun er påbegynte hull (karies) som er gyldig kriterium for å sette pasienter i A-gruppen opp på 12 måneders innkallingsintervall³⁸. Man er imidlertid samtidig klar over at tannpleierne innenfor dagens system har mulighet for å sette opp nevnte pasienter i timeboken til kontroller med langt hyppigere frekvens enn 24 måneder og at det nok var nødvendig med innstramninger når det gjaldt hvordan innkallingspraksisen tidligere har vært.

Når det gjelder informasjonsflyten mellom tannhelsetjenesten og kommunene, er et problem som synes å gå igjen at tannhelsetjenesten ikke får beskjed når en person skrives ut av en tjeneste (eksempelvis psykiatri) og dermed mister retten til gratis offentlige tannhelsetjenester. Det betyr at flere som har mistet retten til gratis tannhelsetjenester fordi de ikke lenger tilhører en av de prioriterte gruppene, likevel fortsetter å motta gratis behandling hos tannhelsetjenesten i Vest-Agder.

Avslutningsvis bemerker vi at når det gjelder fokus på fag- og kompetanseutvikling, så ble dette vektlagt på alle klinikkene som revisjonen besøkte. Revisjonens inntrykk er likevel at noen klinikker hadde et tydeligere og mer langsiktig fokus og trykk på dette enn andre.

³⁸ Som vi allerede har sett i kapittel 3.2, så er det altså slik at hvis man tar utgangspunkt i klassifiseringen av forskjellige typer forebygging i avsnitt 2.2.2, så synes det som om tannhelsetjenesten i Vest-Agder nå legger til grunn en *indikativ* (intervensjonene rettet mot personer som viser tegn til å utvikle en sykdom / lidelse) snarere enn en *selektiv* (tiltak som rettes mot risikogrupper i befolkningen) tilnærming når det gjelder hvilke pasienter i A-gruppen som skal settes opp på 12 måneders innkallingsintervall.

4 Vurderinger

4.1 P1: Indikatorer for status tannhelse i Vest-Agder

Revisjonens gjennomgang av forskjellige indikatorer for status når det gjelder tannhelsen i Vest-Agder viser at måloppnåelsen i forhold til fastsatte mål i *Tannhelseplan 2013-16* når det gjelder tannhelsen i Vest-Agder, er god. Det er videre slik at man jevnt over nærmer seg eller er på linje med landsgjennomsnittet for indikatorene, og når det gjelder enkelte dekningsgrader, ligger Vest-Agder bedre an enn landsgjennomsnittet.

4.1.1 Måloppnåelse når det gjelder barn og unges (A-gruppen) tannhelse

Når det gjelder tannhelsen til barn og unge (A-gruppen) i Vest-Agder, så viser tallene for 2016 at målene i *Tannhelseplan 2013-16* i stor grad er nådd. Unntaket var 5-åringene, hvor andelen kariesfrie barn var noe lavere enn det som var målet i tannhelseplanen. Videre viser flere av indikatorene at tannhelsen for barn og unge i Vest-Agder, i tråd med den nasjonale trenden, har bedret seg de seneste årene.

Det understrekes i tillegg i *Tannhelseplan 2013-16* at

For 5-, 12- og 18-åringer (indikatorårskull) skal tannhelsetjenesten i Vest-Agder ha bedre tannhelseresultater enn landsgjennomsnittet [...] (s. 17).

Tallene revisjonen har sett på indikerer at Vest-Agder ligger rundt landsgjennomsnittet når det gjelder 5- og 12-åringer, og noe under landsgjennomsnittet når det gjelder 18-åringer. Tendensen synes i så måte å være at Vest-Agder nærmer seg landsgjennomsnittet når det gjelder tannhelseresultater for barn og unge (A-gruppen). Hva angår målsettingen om at tannhelseresultatene skal bli *bedre* enn landsgjennomsnittet i Vest-Agder, så synes denne å være mindre aktuell nå enn for 5-6 år siden. Grunnen er at det siden den gang har blitt tydeligere at det overordnede målet til tannhelsetjenesten i Vest-Agder ikke er å maksimere tannhelseresultatene til A-gruppen. Snarere er det slik at det i tannhelsetjenesten i Vest-Agder de seneste årene har vært et stort fokus på effektiv bruk av ressurser generelt, og på å unngå å overbehandle friske pasienter i A-gruppen spesielt. Parallelt, i tråd med både overordnet formål i *Tannhelseplan 2013-16* samt med formålsparagrafen i folkehelseloven, legges det vekt på å søke å utjevne sosiale forskjeller i tannhelse ved å vri ressurser over mot dem som har det største behandlingsbehovet. Dersom tannhelsetjenesten i Vest-Agders hovedmål hadde vært at A-gruppens tannhelseresultater skal gå fra systematisk å ha ligget under landsgjennomsnittet i lang tid, til å bli *bedre* enn landsgjennomsnittet, så ville man på den annen side samtidig forventet at man *økte* ressursinnsatsen mot denne gruppen.

4.1.2 Dekningsgrader for andre prioriterte grupper

Når det gjelder dekningsgrader for andre prioriterte grupper, så er målene i *Tannhelseplan 2013-16* nådd for gruppe B (Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon), for gruppe D (Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret) og for gruppe E (Andre prioriterte grupper, Rusmiddelavhengige). Det er videre slik at Vest-Agder

ligger bedre an enn landsgjennomsnittet når det gjelder gruppe B og E, og på samme nivå som landsgjennomsnittet når det gjelder gruppe D. Utviklingen de seneste årene har gått i retning av at en stadig større andel pasienter innen de nevnte gruppene er under offentlig tilsyn³⁹.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) indikerer at målet om at 80 pst. av eldre, langtids-syke og uføre i hjemmesykepleie (C2-gruppen) i Vest-Agder skal være under offentlig tilsyn, ikke er nådd i 2016, hvor kun 38,1 pst. i denne gruppen oppgis å være under offentlig tilsyn. Dette er en nedgang fra 45,3 pst. i 2012. Vest-Agder ligger likevel bedre an enn landsgjennomsnittet, som i 2016 var på 33,3 pst. Samtidig viser tannhelsetjenestens egne tall for 2016 at 85 pst. av C2-gruppen er under tilsyn, noe som på den annen side indikerer at målet i *Tannhelseplan 2013-16* er nådd. Revisjonen bemerker at et slikt avvik mellom tall fra SSB og egne fylkeskommunale tall faktisk viser seg å være normen i norske fylker. I Senter for omsorgsforskning rapport *Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør* fra 2017 kan man eksempelvis lese at

Fylkeskommunene i Sør opplever at tallene i SSB ikke stemmer overens med interne tall den offentlige tannhelsetjenesten har, som baserer seg på de som har «sykepleie i hjemmet». I 2015 rapporterte tannhelsetjenesten i Buskerud at 93 % av eldre, langtids-syke og uføre i hjemmesykepleie med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven var under tilsyn. Dette er over dobbelt så mange som det som oppgis av SSB samme år. Det samme gjelder for den offentlige tannhelsetjenesten i Aust-Agder, som for 2015 oppgir at 61,8 % er under tilsyn, sammenlignet med 27,6 %, som ble rapportert av SSB (s. 7-8).

Revisjonen legger her til at tannhelsesjefen understreker at når det gjelder gruppene C1 og C2, så vil tannhelsetjenesten i utgangspunktet innkalle alle de som kommunene oppgir at har rettigheter og som ønsker å ta imot tilbudet om vederlagsfri tannpleie i den offentlige tannhelsetjenesten. Dermed er den fylkeskommunale tannhelsetjenesten avhengig av hva som rapporteres til dem fra kommunene når de skal kalle inn og følge opp aktuelle pasienter. Tannhelsetjenesten understreker samtidig at ikke alle i gruppen C2 som har mottatt hjemmesykepleie sammenhengende minst 1 gang i uken i minst 3 måneder, oppfattes å ha rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester. Årsaken til dette er at tannhelsetjenesten legger til grunn at det i tannhelseslovens intensjon⁴⁰ ligger en forutsetning om at dersom ovennevnte rettigheter skal utløses, så må det sannsynliggjøres at utfordringene som gjør at behov for hjemmesykepleie har oppstått, også kan bidra til å svekke tannhelsen til den det gjelder. På den annen side tar SSBs statistikk rett og slett utgangspunkt i alle som mottar hjemmesykepleie, uavhengig av form eller omfang, og dermed uavhengig av om de har rett til og om de ønsker gratis offentlig tannbehandling eller ikke.

Denne problematikken dukker opp også når det gjelder C1-gruppen: målet i *Tannhelseplan 2013-16* om at 85 pst. av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon (C1-grup-

³⁹ I denne rapporten forstår vi altså begrepet «under tilsyn» på følgende måte, jf. avsnitt 3.1.1: En person som er under offentlig tilsyn, er undersøkt og gitt nødvendig behandling av den offentlige tannhelsetjenesten og etter avtale ført opp på liste for ny innkalling etter et visst tidsrom.

⁴⁰ Tannhelsesloven er fra 1984, det vi si fra en periode hvor de kommunale hjemmetjenestene var langt mindre utbygd enn de er i dag.

pen) i Vest-Agder skal være under offentlig tilsyn, er ifølge tall fra SSB ikke nådd i 2016, hvor 76,3 pst. i denne gruppen oppgis å være under offentlig tilsyn. Dette er likevel en økning fra 67,8 pst. i 2012, og ifølge tall fra SSB ligger Vest-Agder i 2016 omtrent på landsgjennomsnittet når det gjelder andelen i C1-gruppen som er under offentlig tilsyn. Samtidig viser tannhelsetjenestens egne tall for 2016 at 94 pst. av C1-gruppen er under tilsyn, noe som på den annen side indikerer at målet i *Tannhelseplan 2013-16* er nådd.

4.1.3 Revisjonens vurdering

Alt i alt må utviklingen når det gjelder tannhelsen til barn og unge (A-gruppen) i Vest-Agder betegnes som tilfredsstillende. Dekningsgrader når det gjelder andelen pasienter under tilsyn i de forskjellige prioriterte gruppene er på vei opp, og brukerundersøkelser rettet både mot hele pasientpopulasjonen og mot rusmisbrukere spesielt, indikerer høy tilfredshet med tjenesten blant brukerne. Revisjonens inntrykk er videre at både tannhelsesjefen og klinikkene har god oversikt over tilgjengelige tannhelseresultater, samt at disse brukes aktivt for å tilpasse tjenesten og ressursbruken til utfordringene den offentlige tannhelsetjenesten til enhver tid står overfor når det gjelder pasientenes tannhelse og behov.

Det er stort fokus i tannhelsetjenesten i Vest-Agder på å unngå å overbehandle friske barn og unge (A-gruppen). Forutsatt at tannhelseresultatene fremover for A-gruppen ikke svekker seg i forhold til landsgjennomsnittet, noe som ville vært en indikasjon på at man gikk fra å overbehandle til å underbehandle A-gruppen, så konkluderer revisjonen med at dagens innretning av arbeidet i tannhelsetjenesten i Vest-Agder fremstår som hensiktsmessig både i forhold til målsettinger om effektiv utnyttelse av tannhelsetjenestens ressurser samlet sett, og i forhold til målsettinger om å utjevne sosiale forskjeller i tannhelse⁴¹.

4.2 P2: Effektivitet og organisasjonsutvikling

4.2.1 Nærmere om effektivitet og organisasjonsutvikling i tannhelsetjenestens styringsdokumenter

Når det gjelder effektivitet og organisasjonsutvikling, vil det også her være tannhelsetjenestens styrende dokumenter som det er aktuelt å vurdere dagens status opp mot. Helt konkret tar revisjonen utgangspunkt i følgende punkter:

1. UTFORDRINGSBILDET

I *Handlingsprogram 2017-2020 for tannhelsetjenesten i Vest-Agder* vurderes utfordringsbildet når det gjelder effektivitet og organisasjonsutvikling⁴² på følgende måte:

- Tjenesten skal være tilpasset den enkelte pasientens behov.
- Ressursbruk tilpasset pasientens tannhelse
- Organisasjonskultur (felles forståelse av nødvendig ressursbruk)

⁴¹ Se for øvrig kapittel 4.2 om effektivitet og kapittel 4.3 om forebygging under for utdypende kommentarer.

⁴² Revisjonen samler her de mest relevante punktene fra handlingsprogrammets kapittel 1 *Pasientperspektivet* og kapittel 3 *Organisering / organisasjon*, jf. Vedlegg 2 i denne rapporten.

- *Redusere smådriftsulemper / klinikkstruktur*

2. MÅL

Når det gjelder mål for tidsbruk, så kan man i *Tannhelseplan 2013-2016* lese følgende:

- *Tannhelsetjenesten har gjennomført prosjekter med gjennomgang av effektivitet og kultur i 2011/12. Målet var økt effektivisering*
- *Målet er en gjennomsnittlig nedgang i total tidsbruk på 30 % i planperioden*

Når det gjelder struktur, lokaler og utstyrsbehov på fylkets klinikker, skal tannhelsetjenesten

- *tilstrebe moderne klinikker som tilfredsstiller krav om tilgjengelighet, større faglig miljø og rasjonell drift*

I en intern evaluering⁴³ av nevnte tannhelseplan gjennomført i 2017, presiseres følgende:

- *fokus på sammenslåing og modernisering av klinikker*
- *opprusting av utstyr*
- *desentralisert ansvar til klinikkledere med personal, økonomi og fag*

I *Handlingsprogram 2017-2020 for tannhelsetjenesten i Vest-Agder* vektlegges følgende målsettinger⁴⁴:

- *En organisasjon som tilpasser seg utfordringene og pasientenes behov*
- *Lærende organisasjon*
- *En effektiv klinikkstruktur tilpasset pasientenes behov*

3. TILTAK

Når det gjelder tiltak som handler om effektivitet, tidsbruk og organisasjonsutvikling, så er etter revisjonens skjønn følgende punkter i *Tannhelseplan 2013-2016* mest sentrale:

- *økt bruk av sekretær hos tannpleier*
- *organisatoriske endringer av klinikkstruktur*
- *se på forholdstall tannlege / tannpleier og vektlegge LEON-prinsippet i forbindelse med ansettelser*
- *det bør vurderes både organisatoriske og lokaliseringsmessige sammenslåinger for å redusere smådriftsulemper.*

I den interne evalueringen av nevnte tannhelseplan presiseres følgende:

- *alle klinikkene skal etter hvert arbeide etter LEAN-metodikken.*

⁴³ Evaluering av *Tannhelseplan 2013-2016* gjennomført i 2017 består kun av eventuelle forslag til endringer og av kommentarer til tannhelseplanen.

⁴⁴ Revisjonen samler her de mest relevante punktene fra handlingsprogrammets kapittel 1 *Pasientperspektivet* og kapittel 3 *Organisering / organisasjon*, jf. Vedlegg 2 i denne rapporten.

I *Handlingsprogram 2017-2020 for tannhelsetjenesten i Vest-Agder* vektlegges blant annet følgende satsinger og tiltak⁴⁵:

- *Sørge for valid faktagrunnlag / statistikk*
- *Optimale pasientforløp som er differensiert ut fra pasientens behov*
- *Tilpasse tilbudet (behandlingsnivå) til livsfaser / situasjon*
- *Optimalt dentalutstyr*
- *Rett personellsammensetning, øke andelen tannpleiere*
- *Videreutvikling av LEAN metodikk*
- *Fortløpende vurdere klinikkstruktur*

4.2.2 Tannhelsetjenestens tiltak og arbeid med effektivitet og organisasjonsutvikling

Som det fremkommer i kapittel 3.2 over, så har det blitt gjort et stort arbeid i tannhelsetjenesten i Vest-Agder de siste årene når det gjelder organisasjonsutvikling og effektivitet i tjenesteproduksjonen. Man har for det første redusert antall klinikker til 12, noe som innebærer reduserte «smådriftsulemper» og en mer kostnadseffektiv klinikkstruktur. Samtidig har man redusert antall klinikkledere til 10, og innholdet i klinikklederjobben har endret seg betydelig, blant annet som en følge av at klinikkene nå er selvstendige enheter med eget fag-, økonomi-, personal- og driftsansvar. Flere av tannklinikkene er nye, og alle klinikkene er innredet og utstyrt på en moderne måte som legger forholdene til rette for å yte tannbehandling av høy kvalitet.

Videre har vi sett at tannhelsetjenesten i Vest-Agder, i tråd med LEON-prinsippet («laveste effektive omsorgsnivå»), har jobbet systematisk med å tydeliggjøre og optimalisere oppgavefordelingen mellom tannpleiere og tannleger, noe som blant annet innebærer at det skal være tannpleierne som gjennomfører undersøkelser av pasienter og som dermed fungerer som førstelinje i forhold til tannhelsetjenestens brukere. Man søker også å i større grad benytte sekretærenes kunnskaper og muligheter i den totale driften, jf. tabellen i avsnitt 3.2.1. Samtidig har man jobbet målrettet for at andelen tannpleiere i tannhelsetjenesten i Vest-Agder skal økes, og som vi så i kapittel 3.2, oppgir tannhelsetjenesten at det i 2018 vil være om lag 1,5 tannleger per tannpleier, mot om lag 3 tannleger per tannpleier for 10 år siden. På sikt er målet at forholdet mellom tannleger og tannpleiere skal være 1:1.

Som vi har sett i kapittel 3.2, er det også slik at tannhelsetjenesten har jobbet målrettet med hvordan man i størst mulig grad kan unngå å overbehandle friske pasienter i A-gruppen (barn og unge), blant annet ved å sette innkallingsintervallet for friske barn til 24 måneder og ved å legge til grunn at et klart flertall av A-gruppen faller inn under denne kategorien⁴⁶. Som nevnt synes det som om tannhelsetjenesten i Vest-Agder nå

⁴⁵ Revisjonen samler her de mest relevante punktene fra handlingsprogrammets kapittel 1 *Pasientperspektivet* og kapittel 3 *Organisering / organisasjon*, jf. Vedlegg 2 i denne rapporten.

⁴⁶ Som vi så i kapittel 3.2, må det samtidig presiseres at tannpleieren i innkallingsintervallet vil kunne kalle inn pasienten til forskjellige typer mindre kontroller (eksempelvis traume-, karies-, syre-, bitt-, frembrudd- eller hygienekontroller, ekstra rens etc.) utfra hvilke utfordringer hver enkelt pasient står overfor, og det er da tannpleieren som selv avgjør når pasienten bør komme tilbake (eksempelvis om 2 uker, 1 måned, 3 måneder, 6 måneder etc.).

legger til grunn en *indikativ* (intervensjonene rettet mot personer som viser tegn til å utvikle en sykdom / lidelse) snarere enn en *selektiv* (tiltak som rettes mot risikogrupper i befolkningen) tilnærming når det gjelder hvilke pasienter som skal settes opp på 12 måneders innkallingsintervall.

For å sette fokus på forbedring av alle sider ved arbeidet på klinikkene, har det i tillegg blitt satt i gang et arbeid for at klinikkene skal tilnærme seg de daglige arbeidsoppgavene med utgangspunkt i såkalt LEAN-metodikk. Målet er å strømlinjeforme og standardisere arbeidsprosesser, eksempelvis i forbindelse med innkalling og ombooking av pasienter, og slik frigjøre tid som så kan brukes på pasientene. Det handler både om å forbedre prosesser og om å utvikle en organisasjon og en organisasjonskultur hvor man hele tiden er innstilt på å lære og på å gjøre ting bedre.

Tannhelsesjefen har også antydnet enkelte kvantitative normer når det gjelder tid som settes av på klinikkene, eksempelvis 15 minutter til undersøkelse (uten røntgenbilder) av 3- og 5-åringer, men dette kompliserte arbeidet er i et tidlig stadium, og tannhelsesjefen peker på at det må jobbes videre med dette når man slås sammen med Aust-Agder.

Når det gjelder det konkrete målet i *Tannhelseplan 2013-2016* om «en gjennomsnittlig nedgang i total tidsbruk på 30 % i planperioden», så peker tannhelsesjefen på at denne tilnærmingen til måling av total tidsbruk ble skissert før han begynte i stillingen. Nåværende ledelse i tannhelsetjenesten vektlegger på den annen side ikke slike målinger av total tidsbruk, og ovennevnte tilnærming ble ifølge fylkestannlegen avvirket for en god stund siden, hovedsakelig av to grunner:

- i. Tidsmålinger av arbeidet for kompetanseyrker virker ikke motiverende, men kan derimot virke negativt på effektiviteten.
- ii. Tilgjengelige tidsdata i systemene (Opus) som tannhelsetjenesten bruker viser seg i tillegg å ikke reflektere aktiviteten på klinikkene på en tilfredsstillende måte.

Tannhelsesjefen viser samtidig til at den enkelte behandlers tidsbruk og effektivitet i arbeidet nå følges opp individuelt av klinikkleder, som igjen har sine «krav» definert i lederavtalene, samt til at klinikkenes / klinikkleders resultater jevnlig følges opp av tannhelsesjefen.

Fylkestannhelsesjefen oppsummerer med å understreke at man i Vest-Agder de seneste årene har prioritert å få på plass en velfungerende og effektiv organisasjon, da dette vurderes å være fundamentet for tannhelsetjenestens tjenesteproduksjon og for å oppnå gode resultater.

4.2.3 Revisjonens vurdering

Etter revisjonens oppfatning har tannhelsetjenesten i Vest-Agder, i kjølvannet av at behovet for endring og økt fokus på effektivitet ble påpekt i to rapporter som ble lagt frem henholdsvis høsten 2011 og tidlig i 2013⁴⁷, jobbet systematisk og målrettet med

⁴⁷ Kartlegging av den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder, utarbeidet av Storform AS, høst 2011. Denne rapporten ble fulgt opp av Sluttrapport. Økt effektivitet og kvalitet i tannhelsetjenesten i Vest-Agder, Storform AS, januar 2013.

å organisere den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder på en måte som bidrar til effektiv tjenesteproduksjon. Revisjonens gjennomgang viser at mangler og utfordringer som det ble påpekt i de nevnte rapportene⁴⁸, i stor grad har blitt tatt fatt i. Tannhelsetjenesten i Vest-Agder jobber nå med utgangspunkt i styrende måldokumenter, jf. avsnitt 4.2.1 over, og når det gjelder effektivitet og organisasjonsutvikling, så fremstår måloppnåelsen som god. I tråd med målsettinger og tiltak i styrende dokumenter, har klinikkstrukturen blitt rasjonalisert, samtidig som organiseringen av klinikkene har blitt endret og man har jobbet med å utvikle organisasjonskulturen. Med utgangspunkt i LEON-prinsippet («laveste effektive omsorgsnivå») har man kommet langt i å tydeliggjøre og optimalisere oppgavefordelingen mellom tannleger, tannpleiere og tannhelsetesekretærer, og det målrettede arbeidet med å øke andelen tannpleiere vil styrke tannhelsetjenesten i Vest-Agders kapasitet når det gjelder å oppfylle § 1-3 i tannhelseteloven, hvor det presiseres at «forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling». Med utgangspunkt i LEAN-metodikk har man på klinikkene også begynt å se nærmere på hvordan man kan innrette forskjellige arbeidsprosesser på en mer rasjonell måte. LEAN handler samtidig om å utvikle en kultur for fokus på kontinuerlig forbedring, og på flere tannklinikker var man kommet godt i gang med dette arbeidet. Videre fremstår bevisstheten omkring behovet for å prioritere samt for å unngå å overbehandle friske pasienter som stort, både i ledelsen og på klinikkene. Tannhelsesjefen har også antydnet enkelte kvantitative normer når det gjelder tid som bør avsettes til forskjellige undersøkelser. Revisjonen bemerker her at det synes å være noe avvikende oppfatninger på klinikkene når det gjelder enkelte anbefalte normer av kvantitativ karakter, både når det gjelder deres innhold og status, og det fremstår således som hensiktsmessig at tannhelsesjefen gjør noen presiseringer når det gjelder innholdet i, samt hvordan man på klinikkene skal forholde seg til, ovennevnte kvantitative føringer.

I samtalene med klinikkene kom det enkelte innspill om at endringsprosessen har vært krevende og at deler av prosessen kunne vært gjort på en mer smidig måte, særlig i begynnelsen. Samtidig synes nå klinikklederne å ha nådd et punkt hvor de er relativt komfortable med ideene som ligger til grunn for LEAN-metodikken, og man er tryggere på at det er mulig å innføre LEAN-metodikken på en måte som passer for den enkelte klinikk. Bekymringen på klinikkene for at ovennevnte tiltak for å gjøre tjenesteproduksjonen i tannhelsetjenesten mer effektiv, skal forringe mulighetene til å drive tannlegefaglig godt arbeid i møtet med pasientene, fremstår nå som mindre. I møtet med tannhelsesjefen ble det, med utgangspunkt i en kjent modell for organisasjonsutvikling⁴⁹, indikert at tannhelsetjenesten i Vest-Agder etter hvert nå har tilbakelagt de innledende stadiene i endringsprosessen (dvs. «forming» og «storming»), og at man

⁴⁸ Blant annet:

- formulere faglige og produktive krav til klinikkledelsene,
- lage styrende måldokumenter,
- sette fokus på arbeidsprosesser,
- revurdere klinikkstruktur og -organisering,
- prioritere pasientene som trenger det mest snarere enn å likebehandle alle og dermed overbehandle de friske.

⁴⁹ Se https://en.wikipedia.org/wiki/Tuckman%27s_stages_of_group_development, "Tuckman's stages of group development". I sin enkleste versjon tar modellen utgangspunkt i følgende stadier: i) Forming (Setting the stage. Coordinating Behaviors); ii) Storming (Resolving conflict and tension. Coaching Behaviors); iii) Norming and Performing (Successfully implementing and sustaining projects. Empowering Behaviors).

nå er på vei inn i en fase (dvs. «norming» og «performing») hvor endringene begynner å sette seg og hvor organisasjonen klarer å dra nytte av nye arbeidsmåter og verktøy og levere gode tjenester med utgangspunkt i en mer effektiv organisering av tjenesteproduksjonen. Dette synet er i tråd med revisjonens inntrykk i kjølvannet av møtene med tannklinikkene. Revisjonen legger samtidig til at en av fallgruvene i forbindelse med organisasjoners endringsprosesser, er å «ta seieren for tidlig». Det er således viktig fremover å fortsatt holde «trykk» på endringsarbeidet som er satt i gang i tannhelsetjenesten i Vest-Agder.

Andre innspill fra klinikkene handlet om at man opplevde at det store fokuset på effektivitet i tjenesteproduksjonen de seneste årene kunne gå på bekostning av fokus på kvaliteten i det tannhelsefaglige arbeidet. Det ble blant annet vist til at fokus på kvaliteten i det tannhelsefaglige arbeidet er viktig, gitt at en stor del av tannlegens tid går med til vedlikehold av tidligere behandlinger. Det ble også pekt på at det også er slik at man for tiden ikke har noe operativt kvalitetssystem i tannhelsetjenesten i Vest-Agder. Når det gjelder kvalitetssystem, så er det som vi så i avsnitt 3.2.1 slik at tannhelsesjefen oppgir at «det nåværende kvalitetssystemet i form og innhold ikke er tilfredsstillende», og at man har vedtatt struktur og form på et nytt kvalitetssystem som utvikles i samarbeid med Aust-Agder. Det vil bli laget en digitalisert utgave av systemet. Når det gjelder kvaliteten på det tannhelsefaglige arbeidet, så viser revisjonen i tillegg til en artikkel på Den Norske tannlegeforenings nettsider⁵⁰, hvor det pekes på at i tillegg til tannhelseresultater for A-gruppen, så ville blant annet følgende eksempler gi oss en indikasjon på kvalitet på tannhelsetjenester:

- *Minst mulig behov for utskifting av fyllinger* (kan gi en indikasjon på kvaliteten på materialer og teknikk, og pasientens egeninnsats).
- *Antall ekstraksjoner og rotfyllinger* (kan gi en indikasjon på kvaliteten på det forebyggende arbeidet, kvalitet på behandling og valg av innkallingsintervall).

Det vises imidlertid i artikkelen til at ingen av disse indikatorene per i dag kan måles på en tilfredsstillende måte på grunn av mangel på rapportering. Tannhelsesjefen understreker på sin side at kvalitet i helsetjenester i større eller mindre grad alltid må måles indirekte, og at man i Vest-Agder i tillegg til tannhelseresultater for barn og unge (A-gruppen), blant annet følger med på rapporterte avvik og ser på spredningstall, eksempelvis for rotfyllinger. Tannhelsesjefen viser også til at statistikk for «ikke møtt» kan ha interesse, da en høy andel «ikke møtt» kan indikere lav verdsettelse av tjenesten. Videre følger tannhelsesjefen med på at journalføringen på klinikkene foregår i tråd med regler og føringer. Som vi har sett, gjennomfører tannhelsetjenesten i Vest-Agder også brukerundersøkelser med jevne mellomrom. Revisjonen legger her til at også statistikk over klagesaker bør følges nøye av tannhelsetjenesten. Oppsummert, når det gjelder spørsmålet om den tannhelsefaglige kvaliteten på arbeidet som gjøres på klinikkene i møtet med pasientene, så bemerker revisjonen at også i konklusjonen i Storforms sluttrapport fra 2013 pekes det på at det etter en periode med stort fokus på effektivitet og kvantitative aspekter ved tjenesteproduksjonen, vil være behov for å vektlegge kvaliteten i tjenesteproduksjonen:

⁵⁰ Jørgen Underthun og Aril Jul Nilsen, *Kvalitetsindikatorer i tannhelsetjenesten*, Den norske tannlegeforenings tidende, 2008; 118, NR 15, s. 994-995 (se <http://www.tannlegetidende.no/i/2008/15/dntt-316029>).

Som nevnt innledningsvis har dette prosjektet hatt begrenset fokus på kvalitetsdimensjonen. Selv om prosjektets navn var «økt effektivitet og kvalitet» ble det ikke fokusert spesifikt på tiltak for kvalitetsøkning, ut over kravet om at tannhelsetjenesten i Vest-Agder skal levere tjenester som over tid gir lik eller bedre DMFT⁵¹ målt mot landsgjennomsnitt. Fokuset på kvalitet gjennom DMFT er egentlig bare en «sluttmåling» på om alle de tiltak tannhelsetjenesten i Vest-Agder gjør, faktisk bidrar til å øke den generelle tannhelsen i fylket. I tillegg er det her mange andre faktorer som påvirker DMFT, eksempelvis den generelle folkehelse og ulike demografiske ulikheter. Et fremtidig fokus kan og bør etter vår mening være på intern kvalitetskontroll og utvikling av den enkelte behandler og klinikkens kvalitet i selve behandlingen. Vårt forslag er å styrke opplæringen i, og forankringen av, kvalitetsrutiner, samt innføre internkontroll og kalibrering av tannhelsetjenestene for å sikre lik praksis på tjenester mellom behandlere på klinikk og mellom klinikker. Vi mener det i organisasjonen generelt er et behov og ønske om denne faglige utviklingen som igjen kan gi energi til andre forbedringsprosesser (s. 19).

Alt i alt konkluderer revisjonen med at fokus i tannhelsetjenesten i Vest-Agder på organisasjonsutvikling, på effektivitet i tjenesteproduksjonen og på riktige prioriteringer, er stort. Tiltak som det vises til i *Tannhelseplan 2013-2016* når det gjelder effektivitet er i stor grad iverksatt, måloppnåelsen er god, og det er i det hele tatt stort fokus i tannhelsetjenesten i Vest-Agder på å forvalte tildelte midler på en effektiv måte.

4.3 P3: Forebygging og folkehelse

4.3.1 Nærmere om forebygging og folkehelse i tannhelsetjenestens styringsdokumenter

Når det gjelder forebygging, helsefremmende arbeid og folkehelse, vil det være aktuelt å vurdere dagens status opp mot både lovverk, jf. kapittel 2.1 og 2.2, og opp mot tannhelsetjenestens styrende dokumenter.

1. UTFORDRINGSBILDET

I *Handlingsprogram 2017-2020 for tannhelsetjenesten i Vest-Agder* vurderes utfordringsbildet for folkehelse på følgende måte:

- Ufullstendig oversikt over tannhelsetilstanden
- Ikke tilstrekkelig tverrsektorielt samarbeid
- Bedre samordning privat og offentlig sektor

2. MÅL

Når det gjelder mål for folkehelsearbeidet, så vises det i *Tannhelseplan 2013-2016* til

- Reduksjon i forskjell i tannhelse mellom sosiale lag i befolkningen
- Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) skal være en pådriver og lagspiller i det tverrsektorielle arbeidet

I evalueringen av tannhelseplanen presiseres følgende:

⁵¹ DMF-indeks: Summen av alle kariøse (Decayed; «karies» henviser til tannråte), mistede (Missing) eller fylte (Filled) tenner (DMFT) eller tannflater (DMFS) per person.

- *Fortsatt behov for å ha fokus på å utjevne sosiale forskjeller*
- *Være bidragsyter i et tverrsektorielt målrettet arbeid*

Vi merker oss at i evalueringen av tannhelseplanen er formuleringen endret fra å være «pådriver» til å være «lagspiller» i det tverrsektorielle arbeidet, noe som etterlater et inntrykk av at ambisjonsnivået er redusert.

I *Handlingsprogram 2017-2020 for tannhelsetjenesten i Vest-Agder* vektlegges følgende målsettinger:

- *En oppsøkende og proaktiv organisasjon (være på "tilbudssiden")*
- *Innrette organisasjonen på å utvikle pasientens evne til å ta vare på egen tannhelse*
- *Kunnskapsbasert og lærende organisasjon*
- *Gi forebyggende tiltak til utsatte grupper*
- *Tettere samarbeid med kommunene*

3. TILTAK

Når det gjelder tiltak for det *forebyggende* tannhelsearbeidet, så peker *Tannhelseplan 2013-2016* på følgende punkter:

- *Pasienten skal settes i stand til å ta vare på egen tannhelse*
- *Børsteinstruksjon gis ved behov*
- *Individuelt tilpasset bruk av fluor vektlegges*
- *Kostholdssamtale*
- *Fokus på vann*

Vi merker oss at i evalueringen av tannhelseplanen som ble gjennomført i 2017 har man, i tillegg til ovennevnte punkter, lagt til punktet

- *God utnyttelse av infoskjerm på alle venterom*

Når det gjelder tiltak for det *helsefremmende* tannhelsearbeidet, så peker *Tannhelseplan 2013-2016* på følgende punkter:

- *Gjennomføre / evaluere samarbeidsavtaler mellom DOT og helsestasjoner*
- *Gjennomføre / evaluere samarbeidsavtaler mellom DOT og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene:*
 - *omsorgssenter*
 - *hjemmetjenesten*
 - *rus*
 - *bolig for psykisk utviklingshemmede*
- *gjennomføre / evaluere samarbeidsavtaler mellom DOT og barneverntjenesten i kommunene*
- *DOT skal ha undervisningsopplegg / tiltak etter behov der tannhelseresultatene ligger under Vest-Agder gjennomsnitt. Eksempler på arenaer kan være foreldremøter, skoler, idrettsmiljø og flerkulturelle miljø o. a.*
- *utvide samarbeidet med andre yrkesgrupper om felles utfordringer, som for eksempel:*
 - *sukkerforbruket*
 - *tobakk / snus*
 - *kosthold*

- vann ("vannvogna")
- Samarbeidet skal forankres i ledelsen, og videreutvikles gjennom folkehelseprogrammet i VAF, Region Agder 2020, og i kommunale planer.

Vi merker oss at man i evalueringen av tannhelseplanen som ble gjennomført i 2017, i tillegg til ovennevnte punkter, har lagt til følgende to punkter:

- *samtligesamarbeidsavtaler bør oppdateres, da disse er foreldet*
- *pilot / praksisnær forskning med veileder fra TKS "Ungdom og syreskade tenner"*

I *Handlingsprogram 2017-2020 for tannhelsetjenesten i Vest-Agder* vektlegges følgende satsinger og tiltak på folkehelseområdet:

- *Delta aktivt i alt folkehelsearbeid*
- *Oppdatering / oppfølging av samarbeidsavtalene med kommunene*
- *Utvikle felles forståelse for mål / tiltak*
- *Følge opp klinikkens tiltaksplan for folkehelse*
- *Koordinering med fylkeskommunens rolle i folkehelsearbeidet*

4.3.2 Tannhelsetjenestens tiltak og arbeid med forebygging og folkehelse

Det gjøres mye godt arbeid med forebygging og folkehelse i tannhelsetjenesten i Vest-Agder. Samtidig er det på dette området et betydelig potensial for utvikling og forbedring, spesielt når det gjelder det utadrettete forebyggende og helsefremmende arbeidet mot C2-gruppen og til dels mot C1-gruppen.

Revisjonens inntrykk er at det individrettete forebyggende arbeidet mot barn og unge (A-gruppen) på klinikkene fungerer godt. Som følge av bedre tannhelse generelt i befolkningen, har tannhelsetjenesten vektlagt en dreining i retning av å øke andelen tannpleiere. Det at tannpleierne, som har god kompetanse når det gjelder forebygging og folkehelse, skal fungere som førstelinje og gjennomføre undersøkelser og eventuelle kontroller, fremstår som hensiktsmessig både med utgangspunkt i et ressursperspektiv og med utgangspunkt i et forebyggingsperspektiv. I møtet med den enkelte pasient er revisjonens inntrykk at tannpleierne i stor grad tilpasser informasjonen, motiveringen, eventuell instruksjon og den videre oppfølgingen til pasientenes tannhelseutfordringer. Videre jobbes det målrettet med å unngå å overbehandle friske barn og unge (A-gruppen). Så lenge ikke konsekvensen blir at den nevnte gruppen underbehandles, så bidrar dette til at man i tannhelsetjenesten i Vest-Agder kan bruke en større andel av ressursene på pasientene med de største tannhelseutfordringene, og dermed til å nå målet i *Tannhelseplan 2013-2016* og i folkehelseloven om å utjevne sosiale ulikheter innen tannhelse.

Når det gjelder det utadrettete forebyggende arbeidet, så har tannhelsetjenesten lenge stått bak en ordning rettet mot C1-gruppen (eldre, langtidssyke og uføre i institusjon) hvor institusjonene har såkalte munnstellkort for hver beboer. Et svært viktig og interessant tiltak av nyere dato er at tannhelsen til beboerne på institusjoner kartlegges med utgangspunkt i standardiserte tester som leder ut i en såkalt BSI-indeks, jf. kapittel 3.3. Dette bidrar til at tannhelsetjenesten får en bedre oversikt over tannhelsetilstanden hos C1-gruppen i fylket, og det øker tannhelsetjenestens mulighet til å

gi raske og presise tilbakemeldinger til sykehjemmene i Vest-Agder om jobben de gjør på tannhelseområdet.

Som vi så i kapittel 3.3, synes det per i dag å være et betydelig potensial for å styrke det forebyggende arbeidet mot C2-gruppen (eldre, som i stadig større grad har egne tenner og stort behandlingsbehov, langtidssyke og uføre med hjemmesykepleie). En klar indikasjon på at det er mye å hente på å arbeide bedre med forebygging mot C2-gruppen, oppgis på klinikkene å være det store behandlingsbehovet til, samt antall timer tannhelsetjenesten faktisk bruker på, pasientene i denne gruppen. Det pekes på at det at «de kommer tilbake året etter fulle av karies» er en klar indikasjon på at noe ikke fungerer, på at C2-pasientene ikke klarer å sørge for egen tannhelse i tilstrekkelig grad, samt på at forbedringspotensialet er stort. En klinikkleder viser til at C1-gruppen (beboere på institusjon) tradisjonelt har blitt oppfattet som den svakeste gruppen, men at inntrykket nå er at det er C2 (hjemmeboende) som er den svakeste gruppen. En tannklinikk i Kristiansand viser til at kun 20 pst. av de innkalte sonene i hjemmetjenesten møtte til samarbeidsmøtet de var innkalt til med tannhelsetjenesten i inneværende år. Det vises videre til at den kommunale hjemmesykepleien i utgangspunktet har et ansvar for å hjelpe med å ta vare på tannhelsen til de som ikke klarer det selv, men klinikkene opplever i større eller mindre grad at hjemmesykepleien ofte vegrer seg og viser til at de ikke har tid eller til at bruker ikke ønsker hjelp med tannstellet.

Mål og tiltak for forebygging og folkehelsearbeid er formulert i tannhelsetjenestens styringsdokumenter, og man finner i tillegg formuleringer om folkehelsearbeidet og den enkelte klinikk folkehelseplan i tannhelsesjefens lederavtaler med klinikkene. Samtidig synes folkehelsearbeidet i tannhelsetjenesten i for stor grad å foregå på rådgivernivå⁵² og tannpleiernivå. Folkehelserådgiveren oppgir å ikke være med i ledergruppen i tannhelsetjenesten (i kraft av å være folkehelserådgiver), noe som kan indikere at folkehelsearbeidets forankring i ledelsen i tannhelsetjenesten i Vest-Agder er relativt svak.⁵³ Vi så også i avsnitt 4.3.1 at formuleringen i evalueringen av tannhelseplanen hadde blitt endret fra å være «pådriver» til å være «lagspiller» i det tverrsektorielle arbeidet, noe som etterlater et inntrykk av at ambisjonsnivået innen folkehelsearbeid er redusert de seneste årene.

⁵² Revisjonen bemerker at Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agders *Rapport om gjennomføring og erfaringer med tilsyn med folkehelsearbeid hos fylkeskommunene* fra juni 2017 indikerer at dette ikke er unikt for tannhelsetjenesten. Samtidig er fylkesmannens inntrykk at om fokuset i fylkeskommunen på økt tverrfaglig fokus og en bredere forankring av folkehelsearbeidet i fylkeskommunen på ledelsesnivået, har blitt større i kjølvannet av tilsynet.

Det er i tillegg verdt å nevne at det i ovennevnte rapport (Se kapittel 8: *Refleksjon*) fremkommer at en rent juridisk tilnærming til tilsyn på folkehelseområdet ble oppfattet som lite tilfredsstillende av de reviderte enhetene:

I Aust-Agder fylkeskommune ga en, etter at tilsynet var gjennomført, tilbakemelding til Fylkesmannen skriftlig og i eget møte, at det hadde vært hensiktsmessig om tilsynet hadde vært preget av dialog og veiledning. Flere fra fylkeskommunen opplevde intervjuene som utspørring og at en ikke i tilstrekkelig grad var interessert i hva fylkeskommunen gjør av godt folkehelsearbeid i de ulike sektorer. De mener at en mer veiledende tilnærming i større grad kunne gitt grobunn for en god læringsprosess. Dette kan bare Fylkesmannen ta til orientering.

⁵³ Tannhelsesjefen har i høringsrunden understreket at stillingen som folkehelserådgiver er organisert i stab til tannhelsesjefen, og at det korrekte i så måte er at folkehelserådgiveren er med i klinikkledergruppen. Etter revisjonens skjønn påvirker dette imidlertid i liten grad revisjonens analyse, konklusjoner og anbefalinger.

4.3.3 Revisjonens vurdering

Alt i alt er revisjonens inntrykk at det individrettete forebyggende arbeidet på klinikkene fungerer bra. Det store fokuset i tannhelsetjenesten i Vest-Agder på å unngå å overbehandle friske pasienter bidrar videre til at tannhelsetjenestene kan bruke ressursene på de pasientene som har størst tannhelseutfordringer, noe som i betydelig grad vil være sammenfallende med målsettingen i styringsdokumentene samt i folkehelseloven om å redusere forskjeller i tannhelse mellom sosiale lag i befolkningen. Etableringen av et system for undersøkelser på institusjonene (C1-gruppen) som leder ut i en såkalt BSI-indeks, bidrar til at tannhelsetjenesten får en bedre oversikt over tannhelsetilstanden i fylket (tidligere har tilgjengelig statistikk i hovedsak handlet om andel beboere på institusjoner som er under tilsyn) og muliggjør presise tilbagemeldinger til institusjonene. Den bevisste satsingen på å øke andelen tannpleiere bidrar videre til å innrette organisasjonen mot å utvikle pasientens evne til å ta vare på egen tannhelse, og den styrker også tannhelsetjenestens kapasitet til å drive utadrettet forebyggende og helsefremmende arbeid. I kapittelet om tannhelsetjenesten i Vest-Agder Fylkeskommunes *Økonomiplan 2017-2020* kan man også lese at «folkehelsearbeidet vil få økt fokus i årene fremover» (s. 31).

Klinikkene tilnærmer seg det utadrettete forebyggende og helsefremmende arbeidet med utgangspunkt i sin egen lokale folkehelseplan. Revisjonen bemerker at når det gjelder barn og unge (A-gruppen), så synes for det første samarbeidet med helsestasjonene å fungere bra, noe som også er avgjørende for at tannhelsetjenesten skal kunne oppfylle kravet til oppsøkende virksomhet mot barn i alderen 0-3 år⁵⁴. Alle tannklinikkene har imidlertid ikke gjennomført undervisning på skolene hvor tannhelseresultatene er dårligere enn gjennomsnittet, og samarbeidet med barnehagene har vist seg å være relativt krevende for begge parter. Revisjonen bemerker at tannhelsetjenesten, i tråd med *Tannhelseplan 2013-16*, bør gjennomføre målsettingen om å undervise, og dermed drive selektiv forebygging, på skoler som har svake tannhelseresultater. Når det gjelder barnehager, så bør tannhelsetjenesten i det minste jevnlig aktivt tilby barnehagene muligheten til å møte tannhelsetjenesten (i barnehagen eller på klinikken). Man kan videre tenke seg en mer proaktiv og oppsøkende tilnærming enn det som synes å være tilfellet i dag: som det vises til i *Tannhelseplan 2013-2016*, bør det forebyggende og helsefremmende arbeidet mot A-gruppen skje på flere arenaer, eksempelvis foreldremøter, skoler, idrettsmiljø og flerkulturelle miljø osv. Samtidig synes det rimelig å søke å unngå å bruke ressurser på friske barn også i forbindelse med forebygging, og gitt at barn og unges (A-gruppen) tannhelseresultater er gode, må tannhelsetjenesten kontinuerlig, med utgangspunkt i analyser av tilgjengelig statistikk for tannhelseutviklingen, vurdere hvordan ressursene utnyttes på en best mulig måte i oppfølgingen av A-gruppen. Så lenge tannhelseresultatene ikke svekkes i forhold til landsgjennomsnittet, synes det eksempelvis å være forsvarlig – og i tråd med LEON-tankegangen – å legge til grunn indikativ (mot personer som viser tegn til å utvikle en sykdom / lidelse) snarere enn selektiv (mot risikogrupper i befolkningen) forebygging

⁵⁴ Dette innebærer blant annet at helsestasjonen får veiledning og opplæring om tannhelse, og at foreldre/foresatte får informasjonen og tilbudet barna har krav på. Revisjonen legger her til, som et eksempel på en proaktiv tilnærming, at man på nettsidene til tannhelsetjenesten i Rogaland kan lese at «alle helsestasjonene i fylket deler ut poser som inneholder tannbørste, tannkrem og brosjyre til alle ettåringene. Barn som har forhøyet kariesrisiko får utdelt fluortabletter». Revisjonen bemerker at i lys av inndelingen i avsnitt 2.2.2, vil det første tiltaket karakteriseres som «universell forebygging», mens det andre tiltaket faller inn under kategorien «selektiv forebygging».

når det gjelder hvilke pasienter i A-gruppen som skal settes opp på 12 måneders innkallingsintervall.

Når det gjelder C1-gruppen (eldre, langtidssyke og uføre i institusjon), så indikerer tilbagemeldingene i møtene med klinikkene på den annen side at det er et klart behov både for å følge disse pasientene bedre opp, samt for å styrke det tverrsektorielle samarbeidet med sykehjemmene. Etter revisjonens skjønn kan det nylig igangsatte arbeidet med å kartlegge tannhelsen til beboerne ved hjelp av standardiserte tester som blant annet leder ut i en såkalt BSI-indeks, være utgangspunktet for en tettere og mer målrettet oppfølging av sykehjemmene. BSI-indeksen gir en objektiv og relativt klar indikasjon på kvaliteten på tannhelsearbeidet på den aktuelle institusjonen, og man kan i så måte tenke seg at dersom den gjennomsnittlige indeksen faller under et visst nivå, så skal det utløse flere besøk per år på institusjonen. Man kan også tenke seg en prosedyre hvor tannhelsetjenesten følger opp de enkeltpasientene på hver institusjon med resultater under et visst nivå flere ganger i året, også selv om institusjonens gjennomsnittlige resultat er relativt godt. I tillegg til kontrollaspektet ved en slik oppfølging, er det her viktig at det også fokuseres på motivasjonsaspektet: det at sykehjemmene fremover vil kunne se en klarere sammenheng mellom egen målrettet innsats på den ene siden, og tannhelseresultatene på den aktuelle institusjonen på den andre siden, vil kunne fungere som en motivasjonsfaktor for sykehjemmene. Det er også slik at flere besøk kan føre til at tannhelsetjenesten blir bedre kjent med de ansatte på sykehjemmene, noe som igjen kan legge forholdene til rette for tettere samarbeid og lavere terskel for å kontakte hverandre. Kort sagt, som det påpekes på klinikkene, man får utrettet mer hvis sykehjemmet føler at man kommer for å hjelpe dem. Videre er det slik at når det gjelder undervisning på sykehjemmene, så oppgir noen klinikker at avtalen er at sykehjemmene skal ta kontakt ved behov. Dette fremstår etter revisjonens skjønn som for passivt i forhold til målsettingen i *Tannhelseplan 2013-16* om å være en pådriver og lagspiller i det tverrsektorielle arbeidet samt med tanke på at det ofte er utskiftninger i personalet, og tannhelsetjenesten bør således aktivt tilby undervisning på sykehjemmene hvert år.

Revisjonens inntrykk, både i kjølvannet av besøk på tannhelseklinikker, hvor det store behandlingsbehovet for C2-gruppen (eldre, langtidssyke og uføre med hjemmesykepleie) ble påpekt, og etter å ha sett nærmere på forskning⁵⁵, er at potensialet for å styrke det forebyggende arbeidet mot denne gruppen er stort. Det må her understrekkes at den offentlige tannhelsetjenesten ikke er den eneste offentlige aktøren som bidrar til å opprettholde tannhelsen til C2-gruppen. Den kommunale hjemmesykepleien har ifølge § 3 i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (kvalitetsforskriften) ansvar for det daglige tann- og munnstellet og ivaretagelse av munnhygiene hos brukere som trenger hjelp til dette. I tillegg har kommunene ansvar for at brukerne av den kommunale hjemmesykepleien får informasjon om sine rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. I rapporten *Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester*⁵⁶, pekes det imidlertid på at

⁵⁵ Se særlig rapporten *Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør. En beskrivelse av dagens praksis med fokus på samhandling mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Senter for omsorgsforskning, Rapportserie 3/2017.

⁵⁶ *Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester [...]*. Senter for omsorgsforskning, Rapportserie 3/2017.

Det er viktig å fremheve at tannhelse, som er en viktig del av den totale helsen til personer med vedtak om hjelpetjenester, bør tydeliggjøres mye bedre i kommunens planer enn slik det er i dag (s. ix).

I en annen studie utført blant eldre i hjemmesykepleien i Oslo, betegnes resultatet som nedslående: tannhelse og munnhygiene hos brukere med vedtak om hjemmesykepleie er et forsømt område, og oppfølgingen av brukere som har behov for daglig hjelp med munnstell omtales som svært mangelfull⁵⁷. I dette forvaltningsrevisjonsprosjektet fokuserer vi imidlertid på hvordan tannhelsetjenesten i Vest-Agder, som på sin side har ansvar for opplæring av helse- og omsorgspersonell i tann- og munnstell samt for undersøkelse og behandling av disse pasientene, kan understøtte kommunene på en god og systematisk måte og slik bidra til at tannhelsen til C2-gruppen styrkes. I ovennevnte rapport om tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester, vises det til at

Alle fylkene svarer at det er en større utfordring å få til gode samarbeidsrutiner med hjemmebasert omsorg enn med institusjonstjenesten [på grunn av hjemmetjenestens organisering og oppgaver] (s. 38).

Man kan i konklusjonen videre lese at

*Kommunikasjonen mellom hjemmetjenestene, tannpleierne og tannklinikkene opplev-
es som bra når tannhelsetjenesten tar ansvar for møter og annen oppfølging (s. 59).*

Med dette utgangspunktet synes det klart at det at tannhelsetjenesten i Vest-Agder er på tilbudssiden, er proaktive og oppsøkende og tar sitt pådriveransvar for det tverrsektorielle arbeidet alvorlig, er en forutsetning for at forebyggende arbeid som styrker tannhelsen og reduserer behandlingsbehovet til C2-gruppen, gjennomføres.

- På den ene siden bør tannhelsetjenesten i så måte i større grad ta initiativ til kontakt, være mer synlige og hvert år aktivt tilby og anbefale at tannhelsetjenesten gjennomfører opplæring for de ansatte i hjemmetjenesten. Særlig det at tilbagemeldingene fra klinikkene er at samarbeidet er personavhengig, at det er mye fravær og vikariater i hjemmetjenesten, og at det ofte viser seg vanskelig å få til kontinuitet i samhandlingen, taler for en mer proaktiv og oppsøkende tilnærming fra tannhelsetjenestens side. Et interessant innspill fra en av klinikkene var at tannhelsetjenesten som et prøveprosjekt bør ansette en tannpleier hvis hovedoppgave skal være å jobbe opp mot C2-gruppen ute i kommunene. Nøyaktig hvordan dette eventuelt skulle organiseres og finansieres, og om det er gjennomførbart, må tannhelsetjenesten i Vest-Agder selv vurdere, men forslaget illustrerer uansett at behovet for å utvikle forebyggende tiltak mot C2-gruppen er stort, at dagens innsats ikke fungerer tilfredsstillende, samt at det på dette området er behov for å tenke nytt.
- På den andre siden ville det å innføre munnstellkort og belegg- og slimhinnetest som leder ut i en såkalt BSI-indeks, innebære at tannhelsetjenesten skaffer seg en objektiv indikasjon når det gjelder status for tannhelsetilstanden i C2-gruppen. Gitt at motivasjonen i hjemmesykepleien for å prioritere å ivareta tjenestemottakernes tannhelse synes å være varierende, er det viktig å kunne synliggjøre og dokumen-

⁵⁷ Fjæra B, Willumsen T. *Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien*. Forskning nr. 2, 2010; 5: 100–108.

tere tjenestemottakernes behov for hjelp med tannhelse, samt å kunne følge opp og kontrollere i hvilken grad hjemmesykepleien tar fatt i problemene som har blitt identifisert. Tannhelsetjenesten i Vest-Agder indikerer imidlertid at det på det nåværende tidspunkt vil være krevende å implementere et system med munnstellkort og BSI-indeks også for C2-gruppen, som er klart større enn C1-gruppen⁵⁸.

Når det gjelder C2-gruppen, så bemerker revisjonen avslutningsvis at det at tannhelsetjenesten i Vest-Agder på sikt har et mål om at forholdet mellom tannleger og tannpleiere skal være 1:1, betyr at tannhelsetjenestens kapasitet til å drive forebyggende og helsefremmende arbeid vil styrkes. Selv om det per dags dato altså er behov for konkrete tiltak som styrker det forebyggende og helsefremmende arbeidet mot C2-gruppen, så må det samtidig påpekes at tannhelsetjenesten i Vest-Agder er bevisst på og gjør en god jobb med å tilpasse organisasjonen og personalsammensetningen til utfordringene man vil stå overfor på tannhelseområdet fremover (flere eldre som i stadig større grad har egne tenner og stort behandlingsbehov etc.).

Avslutningsvis, når det gjelder mer overordnede betraktninger omkring folkehelsearbeidet i tannhelsetjenesten i Vest-Agder, så er det interessant å nevne at dette arbeidet er organisert på forskjellig måte i forskjellige fylker. I rapporten *Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester* pekes det på at folkehelsekoordinatorene i forskjellige fylker har ulik tittel, funksjon og ansvarsområde, og stillingsstørrelsen varierer fra 20 pst. til 100 pst. stilling. I noen av fylkene er ansvar for samhandling med helse- og omsorgstjenesten i kommunene lagt til folkehelsekoordinatorstillingen. Det er videre verdt å merke seg at det i Buskerud er opprettet en egen folkehelseavdeling i tannhelsetjenesten som blant annet har ansvar for systematisering og oppfølging av samarbeidet med helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Denne folkehelseavdelingen er ledet av en overtannpleier som er en del av fylkestannhelsesjefens ledergruppe og som i samtale med revisjonen understreker at dette er helt avgjørende for å få til en god forankring av folkehelsearbeidet. Når det gjelder tannhelsetjenesten i Vest-Agder, er revisjonens inntrykk at det er potensial for å forankre folkehelsearbeidet bedre i ledelsen i tannhelsetjenesten samt i det generelle folkehelsearbeidet i fylkeskommunen. Gitt at tannhelsetjenesten i Buskerud er organisert som et fylkeskommunalt foretak mens tannhelsetjenesten i Vest-Agder er organisert som en fylkeskommunal driftsenhet, er det ikke nødvendigvis slik at en egen folkehelseavdeling vil være hensiktsmessig i tannhelsetjenesten i Vest-Agder. Det kan likevel være grunn for tannhelsetjenesten i Vest-Agder til å se nærmere på om endringer i organiseringen og forankringen av folkehelsearbeidet ville kunne bidra til å styrke det forebyggende arbeidet mot C1- og C2-gruppen spesielt samt til å oppnå målsettinger i styringsdokumenter, jf. avsnitt 4.3.1, generelt.

Alt i alt konkluderer revisjonen med at det gjøres mye godt arbeid med forebygging og folkehelse i tannhelsetjenesten i Vest-Agder, blant annet når det gjelder det individrettete forebyggende arbeidet på klinikkene mot barn og unge (A-gruppen). Samtidig er det på folkehelseområdet et betydelig potensial for utvikling og forbedring, spesielt når det gjelder det utadrettete forebyggende og helsefremmende arbeidet mot C2-gruppen (hjemmesykepleie), hvor behandlingsbehovet er stort og økende, og til dels mot C1-gruppen og A-gruppen. Det handler blant annet om å ta pådriverrollen på alvor, om å være proaktive overfor og synlige i kommunene, og om å jobbe med å

⁵⁸ Tannhelsetjenestens egne tall for 2016 viser 1241 personer i C1-gruppen og 2941 personer i C2-gruppen.

utvikle gode og konstruktive relasjoner med de forskjellige samarbeidspartnerne i kommunene. Også når det gjelder forankringen av tannhelsetjenestens folkehelsearbeid i ledelsen i tannhelsetjenesten og i det generelle folkehelsearbeidet som gjøres i Vest-Agder fylkeskommune, synes det å være potensial for utvikling og forbedring.

5 Konklusjoner og anbefalinger

Med utgangspunkt i *Tannhelseplan 2013-2016* samt nyere styringsdokumenter, har Agder Kommunerevisjon IKS i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet belyst problemstillinger knyttet opp mot tannhelsetjenesten i Vest-Agders måloppnåelse når det gjelder

- (i) Tannhelsesresultater,
- (ii) Effektivitet i tjenesteproduksjonen og
- (iii) Forebygging og folkehelse.

(i)

Revisjonens gjennomgang av forskjellige indikatorer for status når det gjelder tannhelsen i Vest-Agder viser at måloppnåelsen er god når det gjelder fastsatte mål for tannhelsen i Vest-Agder i *Tannhelseplan 2013-16*. Det er videre slik at man jevnt over nærmer seg eller er på linje med landsgjennomsnittet for indikatorene, og når det gjelder enkelte dekningsgrader, ligger Vest-Agder bedre an enn landsgjennomsnittet. Det er også slik at flere av indikatorene viser at tannhelsen for barn og unge i Vest-Agder, i tråd med den nasjonale trenden, har bedret seg de seneste årene. Revisjonens inntrykk er videre at både tannhelsesjefen og klinikkene har god oversikt over tilgjengelige tannhelsesresultater, samt at disse brukes aktivt for å tilpasse tjenesten og ressursbruken til utfordringene den offentlige tannhelsetjenesten til enhver tid står overfor når det gjelder pasientenes tannhelse og behov.

(ii)

Etter revisjonens oppfatning har tannhelsetjenesten i Vest-Agder, i kjølvannet av at behovet for endring og økt fokus på effektivitet ble påpekt i to rapporter som ble lagt frem henholdsvis høsten 2011 og tidlig i 2013⁵⁹, jobbet systematisk og målrettet med å organisere den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder på en måte som bidrar til effektiv tjenesteproduksjon. I tråd med målsettinger og tiltak i styrende dokumenter, har klinikkstrukturen blitt rasjonalisert, samtidig som organiseringen av klinikkene har blitt endret og man har jobbet med å utvikle organisasjonskulturen. Med utgangspunkt i LEON-prinsippet («laveste effektive omsorgsnivå») har man kommet langt i å tydeliggjøre og optimalisere oppgavefordelingen mellom tannleger, tannpleiere og tannhel-sesekretærer, og det målrettede arbeidet med å øke andelen tannpleiere vil styrke tannhelsetjenesten i Vest-Agders kapasitet når det gjelder å oppfylle § 1-3 i tannhel-seloven, hvor det presiseres at «forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling». Med utgangspunkt i LEAN-metodikk har man på klinikkene begynt å se nærmere på hvordan man kan innrette forskjellige arbeidsprosesser på en mer rasjonell måte. Tannhelsetjenesten understreker samtidig at LEAN også handler om å utvikle en kultur for fokus på kontinuerlig forbedring, og på flere tannklinikker var man kommet godt i gang med dette arbeidet. Videre fremstår bevisstheten omkring behovet for å prioritere samt for å unngå å overbehandle friske pasienter som stort, både i ledelsen og på klinikkene. Tannhelsesjefen har også antydnet enkelte kvantitative normer når det gjelder tid som bør avsettes til forskjellige undersøkelser. Alt i alt konkluderer revisjonen med at fokus i tannhelsetjenesten i Vest-Agder på organisasjonsutvikling, på effektivitet i tjenesteproduksjonen og på å gjøre riktige prioriteringer, er stort, og

⁵⁹ Kartlegging av den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Agder, utarbeidet av Storform AS, høst 2011. Denne rapporten ble fulgt opp av Sluttrapport. Økt effektivitet og kvalitet i tannhelsetjenesten i Vest-Agder, Storform AS, januar 2013.

det er viktig at arbeidet som er satt i gang på dette området, videreføres. Tiltak som det vises til i *Tannhelseplan 2013-2016* når det gjelder effektivitet er i stor grad iverksatt, måloppnåelsen synes å være god, og det er i det hele tatt stort fokus i tannhelsetjenesten i Vest-Agder på å forvalte tildelte midler på en effektiv måte.

(iii)

Alt i alt er revisjonens inntrykk at det gjøres mye godt arbeid med forebygging og folkehelse i tannhelsetjenesten i Vest-Agder. Det individrettete forebyggende arbeidet på klinikkene mot barn og unge (A-gruppen) synes å fungere bra, og i kapittel 3.3 så vi også at tannhelsetjenesten i Vest-Agder er tilstede og driver utadrettet forebygging på flere arenaer. Det store fokuset i tannhelsetjenesten i Vest-Agder på å unngå å overbehandle friske pasienter bidrar videre til at tannhelsetjenesten kan bruke ressursene på de pasientene som har størst tannhelseutfordringer, noe som i betydelig grad vil være sammenfallende med målsettingen i styringsdokumentene samt i folkehelseloven om å redusere forskjeller i tannhelse mellom sosiale lag i befolkningen. Etableringen av et system for undersøkelser på institusjonene (C1-gruppen) som leder ut i en såkalt BSI-indeks, bidrar til at tannhelsetjenesten får en bedre oversikt over tannhelsetilstanden i fylket (tidligere har tilgjengelig statistikk i hovedsak handlet om andel beboere på institusjoner som er under tilsyn) og muliggjør presise tilbakemeldinger til institusjonene. Den bevisste satsingen på å øke andelen tannpleiere bidrar videre til å innrette organisasjonen mot å utvikle pasientens evne til å ta vare på egen tannhelse, og den styrker også tannhelsetjenestens kapasitet til å drive utadrettet forebyggende og helsefremmende arbeid.

Samtidig synes det på folkehelseområdet, som vi så i avsnitt 4.3.3, å være et betydelig potensial for utvikling og forbedring, spesielt når det gjelder det utadrettede forebyggende og helsefremmende arbeidet mot C2-gruppen (hjemmesykepleie), hvor behandlingsbehovet er stort og økende, og til dels mot C1-gruppen og A-gruppen. Både når det gjelder opplæring av ansatte i de forskjellige kommunale enhetene og når det gjelder å følge opp pasienter, handler det om å ta pådriverrollen i det tverrsektorielle arbeidet på alvor, om å være proaktive overfor og synlige i kommunene, samt om å jobbe med å utvikle gode og konstruktive relasjoner med de forskjellige samarbeidspartnerne i kommunene. Også når det gjelder forankringen av tannhelsetjenestens folkehelsearbeid i ledelsen i tannhelsetjenesten og i det generelle folkehelsearbeidet som gjøres i Vest-Agder fylkeskommune, synes det å være potensial for utvikling og forbedring.

Med dette utgangspunktet anbefaler Agder Kommunerevisjon IKS at

1. Tannhelsetjenesten i Vest-Agder bør iverksette et utviklingsarbeid som har som målsetting å styrke tjenestens arbeid på folkehelseområdet.

6 Litteratur

Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder (2017), *Rapport om gjennomføring og erfaringer med tilsyn med folkehelsearbeid hos fylkeskommunene*

Helsedirektoratet (2011), *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling*

Helsedirektoratet (2015), *Nasjonale mål og prioriteringer på helse og omsorgsområdet i 2015*. Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetakene og fylkesmennene fra Helsedirektoratet. Rundskriv IS-1/2015.

Helsedirektoratet (2016), *Kostnadsanalyse ved anbefaling om fissurforsegling av permanente molarer*. Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge, 2016.

Helsedirektoratet (2017), *Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år - Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år*. Høringsutkast

Helsetilsynet (1999), *Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid*, IK-2659 (1999), Statens helsetilsyn Veiledningsserie 1:1999

NOU 2005:11, *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet - Et godt tilbud til de som trenger det mest*

Rundskriv I-2/2006, *Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006*

Rundskriv I-4/2008, *Vederlagsfrie tannhelsetjenester for personer under legemiddel-assistert rehabilitering (LAR)*

Stortingsproposisjon 71 L (2016 – 2017), *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*

Senter for omsorgsforskning (2017), *Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør. En beskrivelse av dagens praksis med fokus på samhandling mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Rapportserie 3/2017

Tannhelsetjenesten i Vest-Agder fylkeskommune (VAF), *Tannhelseplan 2013-2016*

Tannhelsetjenesten i Vest-Agder fylkeskommune (VAF), *Forebyggende og helsefremmende tiltak*, 2015

Jørgen Underthun og Aril Jul Nilsen, *Kvalitetsindikatorer i tannhelsetjenesten*, Den norske tannlegeforenings tidende, 2008; 118, NR 15, s. 994-995

Vest-Agder fylkeskommune (VAF), *Årsberetning 2016*

Vest-Agder fylkeskommune (VAF), *Regional planstrategi for Agder 2016-2020*

Vest-Agder fylkeskommune (VAF), *Handlingsprogram 2017-2020 Tannhelsetjenesten*

Vest-Agder fylkeskommune (VAF), *Årsbudsjett 2018*

7 Fylkesrådmannens høringsuttalelse

18/06936-1 - Høringsutkast - forvaltningsrevisjonsprosjektet "Måloppnåelse innen tannhelseområdet i Vest-Agder"

Fylkesrådmannen behandlet revisjonsrapporten i møte 14.8.18.

Revisjonens gjennomgang av måloppnåelse innen tannhelsefeltet er et nyttig bidrag i det videre utviklingsarbeidet i tannhelsetjenesten. Rapporten vil også bli benyttet i det videre arbeid i fylkeskommunen og i sammenslåingsprosessen; "Agder 2020".

Anbefalingene fra revisjonen om å styrke tjenestens arbeid på folkehelseområdet støttes. Denne er i tråd med tannhelsetjenestens eget vedtatte handlingsprogram (2017-2020) punkt 2.

*Kristin Tofte Andresen
Fylkesrådmann*

8 Vedlegg 1: Tannhelseplan 2013-2016 for Vest-Agder Fylkeskommune

8.1 Mål (s. 16-18)

i)

Når det gjelder overordnede mål for planperioden, så kan man i kapittel 4 i *Tannhelseplan 2013-2016* lese at

- *Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) skal levere tjenester med god kvalitet i en virksomhet som er preget av prestasjonskultur*
- *Befolkningen i fylket skal ha et tannsett som fungerer godt og er sosialt tilfredsstillende hele livet*
- *DOT skal sørge for utjevning av sosiale ulikheter i tannhelse*

ii)

Når det gjelder tannhelsemål 2013-2016, så slås det med utgangspunkt i et sett med indikatorer fast at

DOT i Vest-Agder ha bedre tannhelseresultater enn landsgjennomsnittet. Det skal igangsettes tiltak ved de klinikkene som har resultater under gjennomsnitt.

iii)

Hva angår folkehelsearbeidet, er målene at

- *Forskjellene i tannhelse mellom sosiale lag i befolkningen reduseres*
- *DOT skal være en pådriver og lagspiller i det tverrsektorielle arbeidet*

iv)

Mål for kvalitetsarbeid og kompetanseheving er å ha

- *Faglig oppdaterte og motiverte ansatte*
- *Ansatte med rett kompetanse*

v)

Mål for rekruttering og stabilisering er å

- *Stabilisere og rekruttere tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer, samt vikarer i alle yrkesgrupper*
- *Sørge for at DOT er en attraktiv arbeidsplass for alle ansatte*

vi)

Når det gjelder mål for tidsbruk, så

- *har DOT gjennomført prosjekter med gjennomgang av effektivitet og kultur i 2011/12. Målet var økt effektivisering*
- *Målet er en gjennomsnittlig nedgang i total tidsbruk på 30 % i planperioden*

vii)

Når det gjelder struktur, lokaler og utstysbehov på fylkets klinikker, skal man

tilstrebe moderne klinikker som tilfredsstiller krav om tilgjengelighet, større faglig miljø og rasjonell drift

viii)

Hva angår mål for sykefravær, så er målsettingen å redusere sykefraværet i tannhelsetjenesten til

- 8 % innen juni 2013
- 6 % innen planperioden

8.2 Handlingsplan / tiltak (s. 19-24)

i)

Når det gjelder tiltak som skal gjennomføres i planperioden, så kan man i kapittel 5 i *Tannhelseplan 2013-2016* lese at for de forskjellige gruppene som DOT har et lovpålagt ansvar for, jf. kapittelet om revisjonskriterier, så skal følgende tiltak iverksettes:

Gruppe a:

- *innkallingsintervaller følger helsemyndighetenes anbefalinger*
- *legge større vekt på individuelle vurderinger*
- *fissurforsegling skal vurderes på 6- og 12-års molarer*

Gruppe b:

- *12 måneders innkallingsintervall eller etter individuelt behov*

Gruppe c1:

- *12 måneders innkallingsintervall*

Gruppe c2:

- *12 måneders innkallingsintervall, eller etter individuelt behov*

Gruppe d:

- *alle får tilbud om tannbehandling*

rus

- *alle som har rettigheter i henhold til lovverket*

Gruppe f:

- *inntjeningskrav pr tannlege på kr 130.000,- (100 % stilling)*
- *innføre og evaluere bonus- og pr capitaavtale er under utarbeiding*

ii)

Hva angår folkehelsearbeidet og tiltak for det forebyggende tannhelsearbeidet:

- *pasienten skal settes i stand til å ta vare på egen tannhelse*
- *børsteinstruksjon ved behov*
- *individuelt tilpasset bruk av fluor*
- *kostholdssamtale*
- *fokus på vann*

iii)

Når det gjelder tiltak for helsefremmende tannhelsearbeid, så legges det opp til

- *å gjennomføre/evaluere samarbeidsavtaler mellom DOT og helsestasjoner*
- *å gjennomføre/evaluere samarbeidsavtaler mellom DOT og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene:*
 - *omsorgssenter*
 - *hjemmetjenesten*
 - *rus*
 - *bolig for psykisk utviklingshemmede*
- *å gjennomføre/evaluere samarbeidsavtaler mellom DOT og barneverntjenesten i kommunene*
- *at DOT skal ha undervisningsopplegg/tiltak, etter behov der tannhelseresultatene ligger under Vest-Agder gjennomsnitt. Eksempler på arenaer kan være foreldremøter, skoler, idrettsmiljø og flerkulturelle miljø o. a.*
- *å utvide samarbeidet med andre yrkesgrupper om felles utfordringer som for eksempel:*
 - *sukkerforbruket*
 - *tobakk/snus*
 - *kosthold*
 - *vann ("vannvogna")*

Samarbeidet skal forankres i ledelsen, og videreutvikles gjennom folkehelseprogrammet i VAF, Region Agder 2020, og i kommunale planer.

iv)

Tiltak for kvalitetsarbeid:

- *årlig gjennomgang av kvalitetssystemet*
- *forandringer som angår arbeidsmiljøet, legges frem som sak i AMU*
- *kontinuerlig kalibrering for å sikre riktig diagnosnivå på alle pasientgrupper*
- *ledelsen skal se til at bestemmelsene i kvalitetssystemet følges opp. Dette organiseres ved internkontroll og avviksmelding*

v)

Tiltak for kompetanseheving:

- *lage kompetanseplanen*
- *lederutvikling for klinikkledere*
- *økt ressursbruk på etter/videreutdanning og kursing av alt personell*
- *tilby videreutdanning til enkeltpersoner i forhold til DOTs behov*
- *stipend og /eller permisjon med lønn*
- *legge til rette for/skaffe spisskompetanse innenfor alle fagområder i odontologien, og spre kompetansen til ansatte i DOT*
- *sterkt fokus på:*
 - *kompetanse*
 - *fag*
 - *organisasjon*
 - *personalhåndtering*
- *skaffe kompetanse/ressurser til å delta i forskningsrelaterte oppgaver*

vi)

Samarbeid med odontologisk kompetansesenter SØR (TKS):

- *tilby desentralisert spesialistutdanning, etterutdanning, rådgivning og et bredt behandlingstilbud*

- *være i tett dialog med Spesialisttannklinikken Vågsbygd*
- *folkehelsearbeid inngår i senterets strategiplan*
- *forskning og fagutvikling er en vesentlig oppgave for kompetansesenteret*
- *skaffe kompetanse og økonomi til praksisnær forskning*
- *Vest-Agder fylkeskommune som medeier skal være aktiv i forhold til å initiere forskningsprosjekt i kompetansesenteret*
- *IKT - samarbeid og videokonferanser*

vii)

Tiltak for rekruttering og stabilisering:

- *konkurransedyktig lønn i forhold til privat praksis og andre fylkeskommuner*
- *bonus- og pr capita avtale for alle yrkesgrupper*
- *stimulerende faglig miljø i moderne klinikker*

viii)

Tiltak for praksisstudier:

- *legge til rette for at elever ved Vg 2 (Helse- og sosial) og tannhelsesekretærelever får praksisplasser i DOT*
- *legge til rette for at tannpleierstudenter får praksisplasser i DOT*
- *legge til rette for at tannlegestudenter får praksisplasser i DOT*

ix)

Tiltak effektivitet og tidsbruk:

- *økt bruk av sekretær hos tannpleier*
- *organisatoriske endringer av klinikkstruktur*
- *se på forholdstall tannlege/ tannpleier (LEON-prinsippet)*

x)

Vurdering av ny klinikkstruktur i Vest-Agder:

- *Ny tannklinikk planlegges Kristiansand øst*
- *Det bør vurderes både organisatoriske og lokaliseringsmessige sammenslåinger for å redusere smådriftsulemper.*

xi)

Tiltak for nyansettelse:

- *ansette nødvendig personell i forhold til befolkningsøkningen og DOTs behov*
- *vektlegge LEON-prinsippet*
- *videreføre kurs og oppfølging av nyansatte*

xii)

Lokaler og utstysbehov:

- *generell utskiftningstakt på uniter på maks 10 år*
- *behandlingskontor må tilrettelegges for to pc-arbeidsstasjoner*

xiii)

Narkose/lystgass og sedasjon:

- *opprettholde eksisterende tilbud om tannbehandling i narkose*
- *gi tilbud om lystgass og sedasjon ved alle store klinikker i fylket*

xiv)

Sykefravær: For å øke nærværet i tannhelsetjenesten må følgende prioriteres:

- *opplæring av klinikkledere med vekt på dialogkompetanse*
- *helsefremmende og forebyggende klinikkvise tiltak, avhengig av behov*
- *PSA undersøkelse gjennomføres og følges opp årlig på hver klinikk*
- *HMS / IA-arbeid skal være tema på klinikk møter*

xv)

Tiltak for IKT:

- *oppdatert EPJ system som fungerer for stordrift*
- *oppdatert røntgensystem som takler stordrift*
- *utvidet bruk av Norsk helsenett*
- *utstyr for videokonferanser, videre- og etterutdanning og fjerndiagnostisering*

xvi)

Evaluerings:

- *evaluere alle resultatmål hvert år*
- *virksomhetsplanen oppdateres årlig*

9 Vedlegg 2: Handlingsprogram 2017-2020

Tannhelsetjenesten i Vest-Agder

Strategier og hovedmålsettinger i perioden:

- *Utvikle organisasjonen med vekt på rett kompetanse basert på et samfunn i endring*
- *Økt pasient orientering*
- *Økt satsning på folkehelse*

Handlingsprogrammets hovedområder

1. *Pasientperspektiv*
2. *Folkehelse*
3. *Organisering*
4. *Kompetanse*

9.1 Pasientperspektiv

1 Utfordringsbildet:

- a. *Tjenesten skal være tilpasset den enkelte pasientens behov.*
- b. *Ressursbruk tilpasset pasientens tannhelse*

1.2 Målsetting:

- a. *En organisasjon som er tilpasset pasientenes behov.*

1.3 Satsninger/tiltak:

- a. *Sørge for valid faktagrunnlag/statistikk*
- b. *Empowerment (brukermedvirkning/styrking av pasientrollen)*
- c. *Optimale pasientforløp som er differensiert ut fra pasientens behov*
- d. *Tilpasse tilbudet (behandlingsnivå) til livsfaser/situasjon*
- e. *Forebygging og utadrettede tiltak*

1.4 Evaluering:

- a. *Brukerundersøkelser*
- b. *Intern revisjon*
- c. *Tannhelseresultater*
- d. *Statistikk og relevante sammenligninger*

1.5 Kommentarer

Et samfunn i endring krever tilpasning av tannhelsetilbudet til alle grupper. Tjenestene våre må tilpasses de endringene som skjer i brukergruppens behov for tannhelsetjenester.

Det er viktig å kjenne til klinikkens og tannhelsetjenestens tannhelseresultater. Dette må benyttes i forhold til satsningsområder.

9.2 Folkehelse

2.1 Utfordringsbildet:

- a. *Ufullstendig oversikt over tannhelsetilstanden*
- b. *Ikke tilstrekkelig tverrsektorielt samarbeid*
- c. *Bedre samordning privat og offentlig sektor*

2.2 Målsetting:

- a. *En oppsøkende og proaktiv organisasjon (være på "tilbudssiden")*
- b. *Innrette organisasjonen på å utvikle pasientens evne til å ta vare på egen tannhelse*
- c. *Kunnskapsbasert og lærende organisasjon*
- d. *Gi forebyggende tiltak til utsatte grupper*
- e. *Tettere samarbeid med kommunene*

2.3 Satsninger/tiltak:

- a. *Delta aktivt i alt folkehelsearbeid*
- b. *Oppdatering/oppfølging av samarbeidsavtalene med kommunene*
- c. *Utvikle felles forståelse for mål/tiltak*
- d. *Følge opp klinikkenes tiltaksplan*
- e. *Koordinering med fylkeskommunens rolle i folkehelsearbeidet*

2.4 Evaluering:

- a. *Tannhelsesresultater*
- b. *Brukerundersøkelse*
- c. *Statistikk, spesielt utsatte grupper*
- d. *Årlig oversikt over deltakelse på samarbeidsmøter*
- e. *Evaluerer samarbeidsavtaler*
- f. *Evaluerer tannhelses del av folkehelsearbeidet*

2.5 Kommentarer

Mange utsatte pasientgrupper har sammensatte behov. Folkehelsearbeid i tannhelsetjenesten må foregå utenfor tannklinikkene. Det er nødvendig med involvering av ulike aktører i dette arbeidet.

9.3 Organisering / organisasjon

3.1 Utfordringsbildet:

- a. *Organisasjonskultur (felles forståelse av nødvendig ressursbruk)*
- b. *IKT/digitalisering*
- c. *Redusere smådriftsulempere/klinikkstruktur*

3.2 Målsetting:

- a. *En organisasjon som tilpasser seg utfordringene*
- b. *Lærende organisasjon*
- c. *En effektiv klinikkstruktur tilpasset pasientenes behov*
- d. *Velfungerende system med vekt på brukerorientering*

3.3 Satsninger/tiltak:

- a. *Optimalt dentalutstyr*
- b. *God IKT standard og utvikling*
- c. *Rett personellsammensetning, øke andelen tannpleiere*
- d. *Videreutvikling av LEAN metodikk*
- e. *Fortløpende vurdere klinikkstruktur*
- f. *Informasjon og omdømmeutvikling*
- g. *Betalende pasienter*
- h. *Vurdere og avklare interne spesialister og samhandling med TKS (kompetanse-senteret)*

3.4 Evaluering:

- a. *Kundeopplevelser*
- b. *Nærvær (reduere fravær)*
- c. *PSA-undersøkelser*
- d. *KOSTRA*

3.5 Kommentarer

En organisasjon er aldri ferdig utviklet og vil derfor alltid være i endring. Tannhelsetjenesten i VAF er fortsatt i endring og utvikling. Det er behov for å jobbe både med struktur og rutiner men også med å videreutvikle organisasjonskulturen.

9.4 Kompetanse

4.1 Utfordringsbildet:

- a. *Endrede krav til kunnskap*
- b. *Rett kunnskap*
- c. *Forståelse av kompetansebegrepet (def; kunnskap, ferdigheter og holdninger)*

4.2 Målsetting:

- a. *Riktig kompetanse tilpasset organisasjonens utfordringer*

4.3 Satsninger/tiltak:

- a. *Tilpasning til endrede arbeidsoppgaver*
- b. *Avklaring av spesialistbehov i egen og ekstern virksomhet*
- c. *Utarbeide kompetanseplan*
- d. *Prioritere kunnskapsoppbygging*
- e. *Unngå "overbehandling" å redusere henvisninger*
- f. *Øke kvaliteten på arbeidet*
- g. *Klinikkvis og felles fagsamlinger*

4.4 Evaluering:

- a. *De ansatte opplever å håndtere de utfordringer som er tilstede*
- b. *Sjekke ut effekt av tiltak*
- c. *Klinikkene har oversikt over de ansattes kompetansebehov*

4.5 Kommentarer

Det er behov for bedre utnyttelse av ulike spesialist- og støttefunksjoner. Bedre tverrfaglig samarbeid vedrørende pasienter med komplekst behandlingsbehov. Kompetanseheving rettet mot områder med økt utfordring, bl.a. større eldregruppe med egne tenner gir mer komplekst behandlingsbehov. Utnytte intern kompetanse/-interesseområde bedre i stedet for å henvise eksternt.

9.5 Oppsummering

Handlingsprogrammet er en oppfølging av vedtatte tannhelseplan. Det har en intern innretning og skal fungere som et styrende og prioriterende dokument for de neste 3 årene. I denne perioden vil det skje endringer som kan føre til at tannhelsetjenesten blir overført til kommunene eller at tannhelsetjenesten blir en del av ett agderfylke. Det er viktig i denne perioden å ha fokus på mål og resultater som både fremmer tannhelsetjenesten og samtidig utvikler organisasjonen. Handlingsprogrammet legger vekt på at ansatte skal mestre nye oppgaver og endrede pasientbehov på en god måte og som et team på klinikkene og samhandling på tvers av klinikker.