

Marit Edland-Gryt og Astrid Skretting

Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelmisbrukere

En kartlegging

SIRUS-Rapport nr. 2/2010
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2010

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS

Oslo 2010

ISBN 978-82-7171-341-6 (trykt)

ISBN 978-82-7171- 342-3 (pdf)

ISSN 1502-8178

SIRUS

Pb. 565 Sentrum

0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B

Telefon: 22 34 04 00

Fax: 22 34 04 01

E-post: sirus@sirus.no

www.sirus.no

Design og grafisk produksjon:

07 Gruppen 2010

www.07.no

Forord

Rapporten er skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Bakgrunnen er at Stortinget har økt rammetilskuddet til fylkeskommunene for å iverksette et utvidet tilbud om vederlagsfri tannhelsetjeneste til visse grupper av rusmiddel-misbrukere. Etter ønske fra Stortinget om en evaluering, utarbeidet Helse- og omsorgsdepartementet et rammedokument for å kartlegge tilbudet. Ramme-dokumentet har dannet grunnlag for kartleggingen.

Vi ønsker å takke fylkestannlegekontorene for stor imøtekommenhet. Vi vil også takke våre kolleger Grethe Lauritzen, Astrid Skatvedt og Ellen Amundsen for nyttige innspill i slutføringen.

Oslo, mars 2010

Marit Edland-Gryt og Astrid Skretting

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	9
2 Framgangsmåte	14
3 Omfang og organisering	16
3.1 Målgrupper	16
3.2 Er det grupper som faller utenfor?	20
3.3 Hva skjer etter utskrivning fra institusjon?	21
3.4 Samarbeid med øvrig hjelpeapparat	22
3.5 Antall i målgruppa	23
3.6 Organisatoriske synergieffekter?	26
3.7 Organisatoriske hindringer for samarbeid?	27
3.8 Informasjonsflyt mellom ulike tjenester	29
3.9 Organisering av tilbudet	30
3.10 Ulike «inngangsvilkår»?	32
3.11 Hvordan formidles tilbudet?	34
3.12 Tjenestetilbydere	34
3.13 Samarbeidet med private tjenestetilbydere	35
3.14 Er samarbeidet formalisert?	37
3.15 Behandlingsprofil	38
3.16 Offentlig eller privat tannhelsetjeneste, ulik behandling?	39
3.17 Forebyggende tiltak på klinikk	41
3.18 Forebyggende tiltak utenfor klinikk	42
3.19 Særskilte føringer?	44
4 Administrative og økonomiske konsekvenser	46
4.1 Enhetskostnader	46
4.2 Tanntekniske kostnader	48
4.3 Kostnader ved planlegging og kompetansehevende tiltak	50
4.4 Andre kostnader	51
4.5 Tidsbruk	51
4.6 «Ikke møtt» – pasienter	53

4.7 Samarbeidsavtaler	56
4.8 Konkurransetsetting?.....	57
4.9 Oppgjør mellom fylkeskommunene	60
4.10 Gråsoneproblematikk - folketrygdloven	64
4.11 Vedtak iht. Lov om tannhelsetjenesten § 1-3e	66
4.12 Gråsoneproblematikk - sosialtjenesteloven.....	67
4.13 Kontroll- og rapporteringsrutiner	69
4.14 Recall og oppfølging.....	72
4.15 Egenandel?.....	73
5 Brukermedvirkning	74
6 Oppsummering og vurdering.....	78
Referanser	89
Vedlegg 1 Personer intervjuet	90
Vedlegg 2 NTFs kriterier for nødvendig tannbehandling.....	91
Vedlegg 3 Intervjuguide	93
Vedlegg 4 Rundskriv I-12/2005.....	97
Vedlegg 5 Rundskriv I-2/2006.....	99
Vedlegg 6 Rundskriv I-4/2008.....	103
English summary.....	105

Sammendrag

Bakgrunn

Fylkeskommunene fikk i 2005 ansvar for å gi tilbud om tannhelsetjenester til rusmiddelmissbrukere som oppholdt seg i døgninstitusjon ut over tre måneder. I 2006 ble dette utvidet til å gjelde rusmiddelmissbrukere som mottok tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3, og i 2008 til å gjelde pasienter i legemiddellassistert rehabilitering (LAR). SIRUS fikk i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å kartlegge tilbudet. Datagrunnlaget er intervju med alle de 19 fylkestannlegene og aktuelle dokumenter gitt oss av fylkestannlegene.

Fylkeskommunene hadde jevnt over problemer med å gi fyllestgjørende svar på mange av spørsmålene departementet ønsket besvart. Dette må sees i sammenheng med at det ikke var lagt opp til spesielle rapporteringsrutiner utover det som generelt gjelder for rammetilskudd. Det kan derfor være hensiktsmessig å gi fylkestannlegene informasjon om hva en i framtida ønsker at det skal rapporteres på.

Godt i gang

Kartleggingen viser at fylkeskommunene har fulgt opp ansvaret de er gitt, selv om det varierer noe «hvor langt en har kommet». Det rapporteres om engasjerte medarbeidere, og at etablering av tilbudet stort sett har gått greit. Fylkestannlegene rapporterer også at målgruppa jevnt over har vært enklere å behandle enn en på forhånd hadde antatt.

Når tilbudet alle?

Det er naturlig nok vanskelig å si i hvilken grad alle de aktuelle rusmiddelmissbrukerne har fått tilbudet. Dette har dels sammenheng med at fylkeskommunene ikke har den nødvendige oversikt over antall rusmiddelmissbrukere som omfattes av rettigheten, dels at ikke alle fylkeskommunene har lagt opp til et rapporteringssystem som kan gi informasjon om hvor mange i de aktuelle pasientgruppene som har mottatt tannbehandling. Fylkestannlegene rapporterer imidlertid om flere grupper de mener faller utenfor tilbudet slik det i dag er definert. Dette gjelder blant annet personer

som har vedtak etter sosialtjenestelovens kapittel 6 og personer i medikamentfri poliklinisk behandling utover tre måneder.

Organisering

Noen fylkeskommuner har valgt å gi de aktuelle pasientgruppene behandling innen den offentlige tannhelsetjenesten, mens andre har gjort bruk av private tjenesteytere. Det er ulike erfaringer med hensyn til hvor lett eller vanskelig det har vært å rekruttere private tjenesteytere til denne pasientgruppa, noe som på den ene siden kan ha sammenheng med hvilke økonomiske betingelser som tilbys og på den andre siden hvor mange private tannleger som holder til i fylkeskommunen. For å få tilbudet på plass, har flere av fylkeskommunene opprettet ulike bonusordninger til tannleger som behandler rusmiddelmissbrukere. Samarbeidet med den kommunale sosialtjenesten/NAV, behandlingsinstitusjoner og de regionale LAR-sentrene ser ut til å ha gått uten store problemer.

Økonomi

Det uttrykkes en viss bekymring med hensyn til kostnader. Vi ser en økning i enhetskostnadene for tannbehandling for de aktuelle pasientgruppene i enkelte fylkeskommuner, samtidig som det også er en økning i antall pasienter. LAR-pasienter vil stå for en stor del av denne økningen ettersom denne gruppa i de fleste fylkeskommunene først ble inkludert i 2008.

Oppgjør mellom fylkeskommunene i tilfeller der en pasient får tannbehandling i annen fylkeskommune enn der hvor vedkommende hører hjemme, har i en del tilfeller ført til problemer. Det er her ulik praksis, ved at noen fylkeskommuner har etablert rutiner for slike oppgjør seg i mellom, mens andre ikke har.

Brukerundersøkelser

Det var bare to av 19 fylkeskommuner som har gjennomført brukerundersøkelse i forbindelse med tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere.

1 Innledning

Stortinget vedtok i 2001 å gjennomføre en forsøksordning med tilbud om offentlig finansierte tannhelsetjenester til nye grupper eldre og uføre som ikke allerede hadde rettigheter etter lov om tannhelsetjeneste. Gruppene som inngikk i forsøksordningen var:

- Brukere av andre kommunale tjenester enn hjemmesykepleie
- Personer med pleiebehov som ivaretas av pårørende
- Personer i rusmiddelomsorgen
- Personer under psykisk helsevern

Rusmiddelmissbrukere ble inkludert som én av fire målgrupper. Forsøksordningen omfattet ti kommuner i tre fylkeskommuner og gikk over to år (Rapport IS-1230 og IS-1231). Erfaringene fra Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester - FUTT - viste at rusmiddelmissbrukere har dårlig tannhelse og stort behov for tannbehandling. Det ble gitt tilbakemelding om at rusmiddelmissbrukere som inngikk i prøveordningen opplevde tannbehandling som viktig, ikke bare for å bli kvitt smerter, men også for å få muligheten til å ha sosial omgang.

Med dette som utgangspunkt økte Stortinget i 2005/2006 rammetilskuddet til fylkeskommunene for å etablere tannhelsetilbud til rusmiddelmissbrukere som oppholder seg i institusjon eller mottar tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3 i mer enn tre måneder, og pasienter i legemiddelassistert behandling (LAR). Det er også gitt midler til tannbehandling for brukere av lavterskel helsetilbud i kommunene og innsatte i fengsel. Målgruppene framgår av vedlagte rundskriv (vedlegg 4, 5 og 6).

- Rundskriv I-12/2005 Rusmiddelmissbrukere i døgninstitusjon
- Rundskriv I-2/2006 Rusmiddelmissbrukere som mottar tjenester etter § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3
- Rundskriv I-4/2008 Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Sosialtjenesteloven

§ 4-2

De sosialtjenestene skal omfatte

- a) praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,
- b) avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,
- c) støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer
- d) plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller andre årsaker,

§4-3 De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-d.

Forsøksordningen omfattet også rusmiddelmisbrukere som mottok tjenester etter sosialtjenesteloven kapittel 6. Kapittel 6, som omhandler «særlige tiltak overfor rusmisbrukere», inngikk imidlertid ikke i videreføringen av tilbudet.

Sosialtjenesteloven

§ 6-1 Hjelpetiltak

«Gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak, jf. §§ 4-1 og 4-2, skal sosialtjenesten hjelpe den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler. På tilsvarende måte skal det gis råd, veiledning og hjelp til vedkommendes familie.

Når det er behov for det og klienten ønsker det, skal sosialtjenesten bistå med å etablere et behandlingsopplegg. Dette opplegget kan blant annet omfatte oppnevning av støttekontakt, etablering av støtteopplegg på arbeidsplassen, andre tjenester etter denne loven og kontakt med primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Kan behovet for institusjonsplass ikke dekkes, skal sosialtjenesten om nødvendig sørge for midlertidige tiltak.

Sosialtjenesten skal følge klienten gjennom behandlingsopplegget gjennom samtaler og om nødvendig sørge for midlertidige tiltak.

Sosialtjenesten skal følge opp klienten i behandlingsopplegget gjennom samtaler og om nødvendig hjemmebesøk, ved å legge til rette nødvendige tiltak ved avslutningen av et eventuelt institusjonsopphold.

Sosialtjenesten skal utarbeide tiltaksplan for rusmiddelmissbrukere som er i institusjon etter vedtak med hjemmel i §§ 6-2 eller 6-2a.»

Kapitlet omhandler ellers bestemmelser om tilbakeholdelse i institusjon med og uten eget samtykke.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.meld. nr 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetjenester, ble det fattet vedtak om å be Regjeringen om å evaluere ordningen med vederlagsfritt tannhelsetilbud til rusmiddelmissbrukere. Ut fra dette fikk SIRUS i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å kartlegge fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelmissbrukere. Utgangspunktet for kartleggingen er «Rammedokument

for kartlegging av tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere», utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Rammedokumentet skisserer en tredelt kartlegging:

- Kartlegge omfanget og organisering av tilbudet i den enkelte fylkeskommune
- Kartlegge administrative og økonomiske konsekvenser av tilbudet
- Kartlegge erfaringer med tilbudet – brukerundersøkelse

Kartleggingen skulle ikke omfatte tilbudet til brukere av kommunenes lavterskel helsetilbud og til innsatte i fengsel, da dette er dekket gjennom egne evalueringer og rapporteringer.

Evaluering av lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere viser at tilbud om tannhelsetjeneste er implementert i flertallet av lavterskeltiltakene, men at det er store variasjoner i antall brukere som har fått tannbehandling (Ådnanes 2008). Mange brukere av lavterskel helsetiltak kommer imidlertid også inn under bestemmelsene om hvem som har rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste ut fra at de er i institusjon utover tre måneder, mottar tjenester etter sosialtjenesteloven § 4 eller er i substitusjonsbehandling. Etter at tilbudet til disse gruppene kom på plass, gis det i evalueringen uttrykk for en viss usikkerhet med hensyn til hvem som nå er målgruppe for tannhelsetilbudet gitt gjennom lavterskeltiltakene.

Som det vil framkomme, hadde fylkeskommunene problemer med å rapportere på mange av de spørsmålene som Stortinget/departementet ønsket svar på. Dette må sees på bakgrunn av at tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere finansieres gjennom rammetilskudd. Fylkeskommunene la derfor ikke opp til en rapportering spesielt for det aktuelle tannhelsetilbudet, men at den skulle følge de ordinære og mindre detaljerte rapporteringsrutiner som ellers gjelder for rammetilskudd.

De fleste av fylkestannlegene ga imidlertid inntrykk av at de ønsket kartleggingen velkommen, og så på den som en mulighet til å rapportere hva de oppfatter som viktig når det gjelder rusmiddelmissbrukere som pasientgruppe i tannhelsetjenesten. Enkelte kan imidlertid ha oppfattet kartleggingen som et slags «tilsyn» for å avdekke feil og mangler.

Som vi vil komme tilbake til, ga flere av fylkestannlegene uttrykk for at de hadde fått for lite informasjon fra departementet om hva som skulle rapporteres da de i 2006 startet tilbudet til de aktuelle målgruppene:

«Hvis det var et ønske fra departementet å kartlegge innholdet i tannhelsetilbudet, burde det vært opplyst om dette i forkant da vi fikk tildelt midler.»

«Og så får de [distriktsansvarlig] spørsmålet, og så blir de sure, fordi dette kunne de sagt på forhånd at vi skulle dokumentere.»

«Hadde vi fått greie på hva vi skulle registrere på forhånd, hadde vi kunnet svare på mye.»

Det kan synes som om innvendingen om uklarhet i hva som skal rapporteres i størst grad gjelder det som omhandler de økonomiske og administrative konsekvensene (kapittel 4). Vi har etterspurt data for hvert av de tre årene 2006, 2007 og 2008 i den grad slik informasjon har vært tilgjengelig.

2 Framgangsmåte

Ut fra departementets oppdrag er kartleggingen basert på informasjon fra fylkeskommunene, da det er disse som har ansvar for å iverksette Stortingets vedtak om å gi tannhelsetilbud til grupper av rusmiddelmissbrukere som ellers ikke kommer inn under tannhelsetjenesteloven. På bakgrunn av rammedokumentet ble det utarbeidet en strukturert intervjuguide (vedlegg 3). Sammen med tilhørende brev ble denne sendt til de 19 fylkeskommunene 10. mars 2009. Med utgangspunkt i intervjuguiden er det gjennomført intervjuer med tannhelsetjenesten i alle fylkeskommunene i perioden 27. april - 6. juli 2009. Intervjuene varte i 1–2 timer. Flere av fylkestannlegene hadde foreberedt skriftlige svar. I ett tilfelle ble intervjuet foretatt per telefon etter at spørsmålene først ble besvart skriftlig. I de andre 18 fylkeskommunene er intervjuene foretatt «ansikt til ansikt». Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Datamaterialet består av til sammen 236 sider med transkribert tekst. I tillegg har vi fått kopi av aktuelle dokumenter (eksempel på avtaler, artikler, program fra fagsamlinger, rapporter, tilbudsbrev til pasient osv.).

Sitater blir brukt for å beskrive det fylkestannlegene uttrykker i intervjuene. De er noe redigert for gi dem en litt mindre muntlig form og gi økt lesbarhet.

For å få en best mulig oversikt er deler av resultatene fra kartleggingen presentert i tabeller. Noen av tabellene kan være vanskelig å lese, og det kan derfor være en fordel å lese kapittelet som kolonneoverskriftene viser til samtidig som man leser dem. Det framgår av tabellene at mange fylkeskommuner ikke hadde tilstrekkelig informasjon til å svare på det som ble etterspurt. Dette må sees i sammenheng med det som er nevnt om at fylkeskommunene ut fra hva som generelt gjelder for rapportering på midler gjennom rammetilskudd, ikke hadde lagt opp til detaljert rapportering på det som spesielt gjelder tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere.

Det framgår av vedlegg hvem som er intervjuet i de ulike fylkeskommunene (vedlegg 1). Antallet personer som ble intervjuet varierte mellom en og åtte personer. Den norske tannlegeforenings (NTF) «kriterier for nødvendig tannbehandling» som alle

fylkestannlegene omtaler, finnes også som vedlegg (vedlegg 2). Videre er intervjuguiden vedlagt (vedlegg 3).

Rammedokumentet (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) ligger som nevnt til grunn for kartleggingen. Rammedokumentet beskriver hva departementet ut fra Stortingets anmodningsvedtak ønsker skal kartlegges, og intervjuguiden og kapittelinnndelingen er utledet av dette.

Noen fylkestannleger deler målgruppa for kartleggingen inn i to grupper som er gitt benevnelsen «Rus 1» og «Rus 2». Dette er også brukt enkelte steder i rapporten. «Rus 1» omfatter pasienter i institusjon utover tre måneder. «Rus 2» er rusmiddelmisbrukere som har rettigheter etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3 og pasienter i legemiddellassistert rehabilitering (LAR). Vi har valgt å bruke betegnelsen pasient når vi omtaler tilbudet fra tannhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenestens side, og klient når vi omtaler det fra sosialtjenestens side.

Tidspunktet for igangsettelse av tannhelsetilbudet til rusmiddelmisbrukere sammenfalt med innføringen av NAV (se også kapittel 3.4). Det varierer derfor hva fylkestannlegene kaller sin samarbeidspartner i kommunene (NAV eller sosialtjenesten), og dette varierer derfor også i denne rapporten. I rundskrivene brukes begrepet helseinstitusjon som henseiler på døgninstitusjoner for rusmiddelmisbrukere. Her bruker vi begge disse betegnelsene.

3 Omfang og organisering

3.1 Målgrupper

Fylkeskommunene deler gruppa av rusmiddelmissbrukere som har rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste på ulike måter. Som allerede nevnt deler noen målgruppa i «Rus 1» og «Rus 2». Innenfor denne inndelingen regner noen LAR-pasientene som en del av «Rus 2» (pasienter med rettigheter etter sosialtjenesteloven), mens andre regner LAR-pasienter som «Rus 1». Andre deler målgruppa i tre: 1) Pasienter i helseinstitusjon, 2) pasienter som har vedtak etter sosialtjenestelovens § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3 og 3) pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). En tredje variant er å se på alle rusmiddelmissbrukere som *en* målgruppe.

I Hedmark er målgruppa definert ved et eget fylkestingsvedtak som sier at «*alle* rusmiddelmissbrukere i Hedmark» skal tilbys fri tannbehandling uavhengig av hvilken behandling eller hvilke hjelptiltak de mottar¹. Vedtaket ble satt i verk i desember 2005. Dette har ført til at det i Hedmark er brukt mer midler enn hva som var beregnet i rammetilskuddet.

I Buskerud har fylkestannlegen definert målgruppa innenfor sosialtjenesteloven slik:

«Vi har definert det slik at det er de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. Det kreves ikke noe vedtak, men skal være personer som kommunen hjelper etter følgende definisjon: «Personer som på grunn av sitt rusmiddelproblem mottar tjenester etter sosialtjenestelovens § 4-2 bokstav a-d, jf § 4-3 i sosialtjenesteloven». Personer som får legemiddelassistert rehabilitering (LAR), får praktisk bistand, og defineres under disse paragrafer. Disse ble altså inkludert fra 2006 i Buskerud.»

¹ Sak nummer 69/05 i Fylkestinget i Hedmark.

Flere fylkeskommuner har inkludert LAR-pasienter før rundskrivet fra 2008 (Rundskriv I-4/2008), eksempelvis Hedmark fra 2005 og Buskerud og Rogaland fra 2006. Fylkestannlegene har hatt noe ulike begrunnelser for å inkludere disse pasientene. I Buskerud ble det sett som naturlig at LAR-pasienter inngikk i definisjonen av målgruppa «personer som får praktisk bistand» etter sosialtjenesteloven. I Hedmark handlet det om det særegne fylkestingsvedtaket.

Også andre fylkeskommuner har innført tilbudet til deler av målgruppa tidligere enn pålagt i de aktuelle rundskrivene. Fylkestannlegen i Troms oppgir at de har gitt fri tannbehandling til personer i behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere (for eksempel «Færingen») helt fra en gang på nittitallet.

Selv om målgruppene er skissert i de nevnte rundskrivene, etterlyses bistand fra departementet med å definere målgruppa:

«Dette er vanskelig. Hele tiden har det ligget bak dette at vi har ventet på føringer fra direktoratet og departementet som skulle hjelpe oss til å kunne være mer presise, og lage en mer allmenn avgrensing av målgruppa. Men dette gjelder egentlig en redefinerings av de prioriterte gruppene etter tannhelsetjenesteloven også, hvor vi har noe av den samme problematikken når det gjelder institusjon og hjemmesykepleie for andre grupper.»

I Vestfold har fylkestannlegen samarbeidet med Vestfold-klinikken når det gjelder retningslinjer for hvilke pasienter i behandlingsinstitusjon som skal omfattes av tilbudet. Det ble her foreslått at pasientene må ha vært det de kaller rusfrie i tre måneder for å få tilbud om rehabiliterende tannbehandling. Dersom de ikke oppfyller dette kravet, skulle tilbudet begrenses til akuttbehandling. Fylkestannlegen var imidlertid av den oppfatning at Vestfold-klinikkens forslag var for strengt, men har likevel lagt seg på et slikt krav. Vestfold har også valgt å definere stabile LAR-pasienter ut av målgruppa, ved at de anser dem som ordinært betalende pasienter. Fylkestannlegen er av den oppfatning at rundskrivet er uklart med hensyn til når LAR-pasientene er å betrakte som ordinære pasienter, og at fylkeskommunene derfor selv må definere dette.

Flere fylkestannleger har vært i tvil når det gjelder omfang av rusmiddelmissbruk for å bli inkludert i tannhelsetilbudet, og har kommet til noe ulike konklusjoner:

«Det har vært mye kontakt med departementet om tilbudet til rusmisbrukere for å få råd og veiledning fra dem. Først var det jo de som var i rehabilitering, for de var på institusjon, men så kom den kommunale rusomsorgen og da var det egentlig ikke snakk om at de på død og liv skulle slutte med rus for at de skulle få behandling, ikke sant. Og det var litt uklart når vi hadde seminar eller informasjon på fylkestannlegemøtene: er det de som er i rehabilitering, eller kan de gå ut på gata og fortsette å ruse seg, og kan de komme rusa på klinikken og få behandling, og sånne ting diskuterte vi. Og da fikk vi beskjed om ja nå etter det nye og at pengene kom, så skal de behandles uansett.»

Flere av fylkestannlegene rapporterer om utfordringer med hensyn til å definere hvem som skal inngå i målgruppa. To oppgir eksempelvis at sosialtjenesten arbeider etter kapittel 6 i sosialtjenesteloven, og at det dermed var en utfordring at rundskrivet kun omfattet kapittel 4. I andre fylkeskommuner har de gått utenom bestemmelsen om at tilbudet skulle gis til rusmiddelmissbrukere som mottok tjenester etter § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3, og også gitt tilbudet til pasienter som har vedtak etter andre bestemmelser. Dette ut fra en begrunnelse om at det gjelder de samme pasientene. I andre tilfeller har sosialtjenesten endret praksis og gått over til å gi vedtak etter «riktige» paragrafer fordi fylkeskommunen har vært «strenge», og flere fylkestannleger gir uttrykk for at det bør være enklere å endre definisjonen enn å forandre hvordan kommunene praktiserer bestemmelsene:

«Det er kommuner som har gått gjennom alle pasientene og omdefinert. Det er en stor unødvendig jobb egentlig, for brukerne er jo de samme. Så her burde rundskrivet fra departementet vært annerledes.»

I en fylkeskommune praktiseres en ordning der sosialtjenesten sender inn en beskrivelse av pasientens situasjon, og tannhelsetjenesten avgjør på dette grunnlag om pasienten skal få vederlagsfri tannbehandling. Slik denne fylkestannlegen husker det, er ingen søknader her blitt avslått. Det legges generelt opp til stor grad av fleksibilitet både når det gjelder rundskrivene og tannhelsetjenesteloven (tre måneders-regelen når det gjelder institusjonsopphold).

Det er imidlertid ulike oppfatninger blant fylkestannlegene med hensyn til hvorvidt det bør være rom for fleksibilitet. Mens noen er av den oppfatning at fleksibilitet bør tilstrebes, gir andre uttrykk for at reglene bør være mest mulig fastlagt. Også når det gjelder bestemmelsen om tre måneder i institusjon, blir dette tolket ulikt, og fylkeskommunene er i ulik grad fleksible. I to fylkeskommuner oppgis eksempelvis at

dersom institusjonsoppholdet er planlagt å vare mer enn tre måneder, så kan behandlingen starte før de tre månedene har gått. I en annen fylkeskommune gir man kun akuttbehandling før det har gått tre måneder, og starter så på planlagt rehabilitering når det har gått tre måneder.

Poliklinisk behandling

Fylkeskommunene har noe ulik praksis når det gjelder hvorvidt rusmiddelmissbrukere i poliklinisk behandling utover tre måneder får tilbud om vederlagsfri tannbehandling. Generelt er det sjelden at det å være i poliklinisk behandling for rusmiddelmissbruk i seg er kriterium for å få tilbud om tannhelsetjeneste, men som det blir sagt, vil jo mange som er i poliklinisk behandling motta tilbud i kommunen etter sosialtjenesteloven kapittel 4, noe som kvalifiserer for tannhelsetilbud.

En fylkeskommune hadde tidligere vedtak om også å tilby vederlagsfri tannhelsetjeneste til rusmiddelmissbrukere i poliklinisk behandling, men av økonomiske grunner er dette siden tatt bort. I Buskerud er det opp til kommunene å vurdere hvorvidt pasientene kommer inn under bestemmelsen om praktisk eller personlig hjelp, og fylkestannlegen er av den oppfatning at dette i noen tilfeller omfatter pasienter som går i poliklinisk behandling for rusmiddelmissbruk.

Det framkommer flere refleksjoner omkring rusmiddelmissbrukere i poliklinisk behandling. En fylkestannlege sier eksempelvis:

«Der har vi et stort problem. Jeg ser at i vårt fylke så har vi omtrent 1300 pasienter som er innom ruspoliklinikker på DPS'er i løpet av et år, og det er jo en enormt stor gruppe og de har ulik grad av tilknytning til rus-poliklinikken. Men i snitt, hvis vi deler antall konsultasjoner i året på antall brukere, så ligger de på under 10 i året. Å plukke ut de i den gruppa som egentlig bør få et tilbud, den koden er vel egentlig ikke knekt ennå. Det ligger et enormt behov der. Samtidig er det en del av den gruppa som også mottar kommunale rustilbud gjennom rusteam, dette er jo et sammensatt behandlingsopplegg hver enkelt har. Så vi fanger antakelig opp en god del av den gruppa i det tilbudet vi gir til de som har tiltak etter §§ 4.2, 4.3 i sosialtjenesteloven. Men det er svært vanskelig å avgrense nettopp den gruppa.»

3.2 Er det grupper som faller utenfor?

Selv om det ut fra rundskrivene kan synes mer eller mindre klart hvem tilbudet om vederlagsfri tannhelsetjeneste skal omfatte, gir fylkestannlegene uttrykk for ulike oppfatninger av hvorvidt så er tilfelle. Mens noen rapporterer at «ingen faller utenfor hvis vi holder oss snevert til rundskrivene» eller «vi gir tilbud til de som har rettigheter», rapporterer andre at de ikke vet hvorvidt grupper faller utenfor tilbudet. Andre igjen lister opp flere grupper av rusmiddelmissbrukere de mener burde falle inn under tannhelsetilbudet, men som faller utenfor slik det er definert i dag.

Grupper som oppgis å falle utenfor:

- Rusmiddelmissbrukere som ikke ønsker å ta imot tilbud om personlig eller praktisk hjelp fra kommunen, og derved ikke kommer inn under målgruppene beskrevet i rundskriv. Dette kan være hjemløse eller personer det kan være vanskelig å hjelpe.
- Tidligere rusmiddelmissbrukere med stort tannbehandlingsbehov, men som ikke lenger mottar praktisk hjelp fra kommunen, og dermed ikke har tilbud om vederlagsfri tannbehandling. Mange har dårlig økonomi og stort behov for tannlegetjenester.
- Pasienter i polikliniske medikamentfrie behandlingseenheter utover tre måneder.
- 3-månedersregelen er et hinder for at pasienter får tilbudet på helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten der det kun gis korttidsbehandling.
- «Gråsonepasienter». Pasienter som har vedtak etter kapittel 6 i sosialtjenesteloven. Her har fylkeskommunene ulik praksis mht hvorvidt de gir tannhelsetilbud, og gir uttrykk for at det er kommunenes ansvar å definere pasientene inn der de skal være. Andre er av den oppfatning at det er departementets ansvar å avgrense målgruppa.
- Personer som oppholder seg i private institusjoner uten avtale med regionalt helseforetak eller kommune (eksempel Evangeliesentere).
- Personer som kommer tilbake til kommunen etter institusjonsbehandling. Om denne gruppa sier fylkestannlegene blant annet:

«Det er et problem med de som har vært på rusinstitusjon og kommer tilbake til kommunen. Da er de ikke lenger i noe tilbud, og faller jo da ut av gratistilbudet.»

«De som har kommet seg over rusproblemet, men som da har et fullstendig ødelagt tannsett, men som verken har rettigheter eller midler til å gå til tannlegen. De sitter igjen med ødelagt tannsett, og skal kanskje ut og søke jobb.»

«Jeg hadde et tilfelle i dag faktisk per telefon, hvor vedkommende hadde vært på en privat institusjon i kort tid, var hjemmehørende utenfor fylket og hadde slått seg ned i den samme kommunen hvor den institusjonen var da, hadde blitt kjent der og hadde fått seg jobb der, og han var ikke registrert i noe system. Dette var en med store tannhelseproblemer.»

- Rusmiddelmissbrukere som mottar tjenester fra kommunen, men hvor det ikke foreligger vedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 4. Om dette sier en fylkestannlege:

«Det er noen det ikke er gjort noen vedtak på, det er flere årsaker til det. Kommunene er tilbakeholdne med vedtak, fordi hvis de gjør det, er det andre forpliktelser de må oppfylle som de kanskje ikke har ressurser til.»

Det kan være flere grunner til at grupper som her er nevnt synes å falle utenfor ordningen med vederlagsfri tannhelsetjeneste. Den mest nærliggende kan være at tilbudet fortsatt er relativt nytt, og at det derfor kan være «hull» i definisjonen av målgruppene. En annen grunn kan være økonomiske rammer som gjør at tannhelsetjenesten definerer enkelte grupper ut av tilbudet. Et slikt eksempel er situasjonen i en fylkeskommune der pasienter som mottar poliklinisk behandling ved DPS, av økonomiske grunner ikke lenger får tilbud om vederlagsfri tannbehandling, slik de gjorde tidligere.

Et forhold som også kan spille inn, er hvorvidt kommunen har tilbud om lavterskel helsetilbud der det også gis tilbud om vederlagsfri tannhelsetjeneste. Eksempelvis rapporterer flere fylkestannleger at rusmiddelmissbrukere som oppholder seg i institusjon kortere enn tre måneder, ikke vil få tilbud om tannbehandling dersom de er hjemmehørende i kommuner uten lavterskel helsetilbud.

3.3 Hva skjer etter utskrivning fra institusjon?

Det ser ut til å variere hvorvidt fylkeskommunene har rutiner for oppfølging av tannbehandling etter at pasienter er utskrevet fra døgninstitusjon. I noen grad synes dette å ha sammenheng med fylkeskommunens størrelse. Selv om enkelte rapporterer at de fullfører påbegynt behandling, er fylkestannlegene stort sett av den oppfatning at slik oppfølging ikke inngår i ansvaret de er pålagt, og at når pasienten er utskrevet fra institusjon er han eller hun å anse som en vanlig voksen betalende pasient uten spesielle rettigheter. Påbegynt behandling vil dermed ikke alltid bli ferdigstilt.

Noen fylkeskommuner gir tilbud om å fortsette hos samme tannlege (dersom det er kapasitet), men pasienten må da selv betale. Det synes å være få eller ingen fylkeskommuner som har systematisk oppfølgingsarbeid rettet mot de som er utskrevet fra institusjon eller ikke lenger har vedtak etter sosialtjenesteloven.

I en fylkeskommune blir fasen etter utskrivning fra institusjon beskrevet som et stort dilemma, og fylkestannlegen er opptatt av å gjøre noe med det:

«Pasientene sier: jeg kan ikke begynne å ruse meg igjen for å få gratis tannbehandling! Så der har vi en utfordring, hvordan det skal løses.»

I samarbeid med døgninstitusjonene planlegges det i denne fylkeskommunen å evaluere ordningen gjennom å undersøke hva som skjer med de aktuelle pasientene med hensyn til tannhelsetjenester når de skrives ut fra institusjon og flytter tilbake til kommunen. De ønsker å undersøke om resultatene av den omfattende tannbehandlingen som blir gitt mens pasientene er i institusjon varer over tid.

Fylkestannlegene synes i liten grad å samarbeide med andre deler av hjelpeapparatet om oppfølging av pasienter i forbindelse med institusjonsopphold. Enkelte oppgir imidlertid å ha samarbeid med kontaktpersoner i forbindelse med ferdigstilling av tannbehandling etter at pasientene er utskrevet fra institusjon og kommunens pleie- og omsorgstjeneste. I en fylkeskommune samarbeides det med private tannleger og kommunelegen når det gjelder viderehenvisning av pasienter.

3.4 Samarbeid med øvrig hjelpeapparat

Jevnt over gir fylkestannlegene uttrykk for at de anser det som viktig med godt samarbeid med ulike aktører på rusfeltet. Når det gjelder pasientene som er i døgninstitusjon i spesialisthelsetjenesten, samarbeides det med aktuelle institusjoner eller sykehusavdelinger som administrerer institusjonen. Der pasientene har vedtak etter sosialtjenesteloven, samarbeides det med sosialtjenesten og andre aktuelle instanser i den enkelte kommune. Da det er mange kommuner i den enkelte fylkeskommune, rapporterer flere av fylkestannlegene at samarbeidet med kommunene er tidkrevende og ofte vanskelig. For å gjøre det enklere har flere fylkestannleger etablert en ordning med kontaktperson i sosialtjenesten for hver enkelt pasient. Dette synes å føre til at det blir mindre «ikke møtt», og at samarbeidet med kommunene blir enklere. I tilfeller der det har vært dårlig samarbeid, har eksempelvis kommunen oppgitt at de ikke kjenner til at de har rusmiddelmissbrukere, noe som senere viste seg ikke å stemme:

«Det tok litt tid før de skjønnte at det gjaldt alkoholikere også, at det ikke bare er narkotika det er snakk om her. Og piller og alt mulig, ikke sant. Det kommer an på hvordan de definerer det i kommunen. Så de som skal nyte godt av det, pasientene, er veldig prisgitt de som jobber med det i kommunen.»

Et annet problem som går igjen, er at fylkestannlegene ikke hadde forutsett den store graden av utskiftninger av ansatte i den kommunale sosialtjenesten. Dette er noe som merkes ved at fylkestannlegen ofte må gjenta informasjon de har tatt for gitt er kunnskap de ansatte i sosialtjenesten innehar. En annen utfordring når det gjelder samarbeidet med kommunene, er at NAV-reformen kom samtidig som innføringen av tilbud om tannhelsetilbud til rusmiddelmissbrukere. Dette oppgir noen fylkeskommuner at har vanskeliggjort prosessen.

I Oslo skjer mye av samarbeidet med Rusmiddelstaten, som yter tjenester til rusmiddelmissbrukere på tvers av bydelene. Andre instanser som nevnes som samarbeidspartnere, er ulike lavterskeltiltak, fylkesmannen, DPSene og organisasjoner på rusmiddelfeltet.

I tillegg til døgninstitusjoner og sosialtjenesten, samarbeider tannhelsetjenesten med lokale LAR-ordninger og private tannleger. De fleste fylkestannlegene oppgir at det er utviklingsmuligheter med hensyn til samarbeid med andre instanser. FUTT-prosjektet (Rapport IS-1230, Rapport IS-1231) synes å ha gitt grunnlag for en del gode rutiner for samarbeid da tilbudet ble landsdekkende. Likevel er det lokale variasjoner, og grunnen som ofte oppgis for at det fortsatt er mange utviklingsmuligheter, er at tilbudet er relativt nytt og at man etter hvert lærer nye og bedre samarbeidsmåter lokalt.

3.5 Antall i målgruppa

Fylkeskommunene har i ulik grad systematisk oversikt over hvor mange rusmiddelmissbrukere de henholdsvis planla å skulle gi tilbud om tannbehandling, hvor mange som fikk tilbudet og hvor mange som faktisk ble behandlet i det enkelte år. Noen har tall for hele målgruppa samlet, andre bare for personer med vedtak etter sosialtjenesteloven eller som var i institusjon. Andre igjen har kun tall for hvor mange som har blitt behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten eller hos private tannleger. Det er derfor ikke grunnlag for å sammenligne de rapporterte tallene mellom fylkeskommunene.

Flere av fylkestannlegene kommenterer at de ville hatt bedre oversikt dersom de på forhånd hadde visst at dette var noe som ville bli etterspurt. Det ble i den forbindelse oppgitt at da en i 2007 spurte departementet, ble det svart at det ikke krevdes noen rapportering.

«Ja, dette er et sånt spørsmål som vi kunne likt å vite på forhånd, før vi startet dette her, slik at vi kunne hatt en grei måte å trykke på noen knapper og fått det ut!»

Noen fylkeskommuner gikk i 2006 ut med spørsmål til hver enkelt kommune for å estimere antall aktuelle pasienter i fylket. Det var imidlertid få kommuner som fulgte opp, og derfor vanskelig å lage et slikt estimat. De oppgitte estimatene må med andre ord anses som svært usikre. Andre fylkeskommuner som ikke har et slikt estimat, har hatt som mål at alle i gruppa skal få behandling, så lenge de avsatte midlene strekker til. I en fylkeskommune er avtalen at NAV/sosialtjenesten betaler når de avsatte midlene i fylkeskommunen er brukt opp.

Også i denne sammenheng er det store forskjeller mellom store og små fylkeskommuner. I en fylkeskommune med få personer i målgruppa sier eksempelvis fylkestannlegen at de vil tro at alle som er i den definerte gruppa har fått et tilbud, mens de i fylkeskommuner med mange rusmiddelmissbrukere ikke har mulighet til en detaljert oversikt. Som en fylkestannlege sier:

«Vi behandler så mange vi klarer!»

Som det framgår av tabell 1, har ikke fylkeskommunene mulighet til å gi en enhetlig eller lik rapportering, og tallene behøver derfor forklaringer, som er forsøkt gitt i tabellen sammen med tallene. Mangelen på enhetlig rapportering henger, som tidligere nevnt, sammen med at det normalt ikke skal rapporteres på et såpass detaljert nivå når det gjelder midler som inngår i rammetilskudd. Tabellen må derfor leses som en oppsummering av den informasjonen den enkelte fylkeskommunene hadde om antall pasienter. De fleste tallene er omtrentlige størrelser.

Tabell 1. Antall pasienter i den enkelte fylkeskommune

Fylkeskommune	Antall
Østfold	Fått tilbud (sosialtjenesteloven): 2006: 3 (kom sent i gang på høsten) 2007: ca.115 2008: ca.100 Institusjon: Kun oversikt over antall plasser (110–120)
Akershus	I målgruppa/undersøkt eller behandlet: 2006: 629/89 2007: 468/218 2008: 625/298
Oslo	Institusjon: 2006: 45 2007: 55 2008: 60 Sosialtjenesteloven 2006–2008: 433
Hedmark	Kartlagt / i gruppa / undersøkt eller behandlet 2006: 855/290/170 2007: 881/625/370 2008: 910/614/516
Oppland	Behandlet: 2006: 63 (offentlig) 2007: 95 (offentlig) + 247 (privat) = 342 2008: 114 (offentlig) + 276 (privat) = 390
Buskerud	Plantagt i 2006: ca.1050 Undersøkt/behandlet: 2006: 116/105 2007: 193/166 2008: 234/189
Vestfold	Ingen sikre tall. I løpet av årene 2006–2008 mottok noe over 300 behandling, det store flertallet i privatpraksis
Telemark	2008: Behandlet 512 (Usikkert tall)
Aust-Agder	Ferdigbehandlet/under tilsyn: 2007: 62 /90 2008: 130 /148
Vest-Agder	Ikke oversikt
Rogaland	2008: ca.450 fått tilbud
Hordaland	2007: 93 i gruppe e* undersøkt eller behandlet 2008: 292 i gruppe e* under tilsyn
Sogn og Fjordane	Behandlet: 2006: 15 2007: 21 2008: 31

Møre og Romsdal	Planlagt/under tilsyn: 2007: 296/opplysning mangler 2008: 287/247 (127 i offentlig, 120 i privat praksis)
Sør-Trøndelag	Gjelder kun sosialtjenesteloven: 2007: 147 2008: 155 (168 under tilsyn)
Nord-Trøndelag	Registrert/undersøkt eller behandlet: 2006: 228/96 2007: 264/115 2008: 305/139
Nordland	Fikk behandling: 2007: 110 2008: 200
Troms	Under tilsyn offentlig/privat (usikre tall): 2007: 82/25 2008: 103/44
Finnmark	Fikk behandling (usikre tall): 2006: 46 2007: 71 2008: 97

*Gruppe e viser i Lov om tannhelsetjenesten til «andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere». Her viser gruppe e til rusmiddelmissbrukere.

3.6 Organisatoriske synergieffekter?

Fylkestannlegene rapporterer om ulike erfaringer når det gjelder samarbeid og synergieffekter av å gi rusmiddelmissbrukere et tannhelsetilbud slik det er skissert i rundskriv. Mens noen har klare oppfatninger om at tilbudet om vederlagsfrie tannhelsetjenester til rusmiddelmissbrukere har ført til utvidet samarbeid med ulike aktuelle aktører, rapporterer andre at de ikke kan se at det har hatt noen slike effekter. Det som oftest nevnes, er styrket samarbeid med private tannleger.

Eksempler som ble nevnt:

Samarbeid med private tannleger

- Bedre samarbeid med tanke på å løse oppgavene med tannbehandling til nye pasientgrupper
- Bedre samarbeid når det gjelder behandlingsnivå, takster og vilje til å ta på seg oppgaver

Samarbeid med ulike instanser i kommunene

- Utvidet kontaktnett med flere samarbeidspartnere
- Mer samarbeid med rusteamene
- Styrket dialog og samarbeid med helse- og sosialtjenesten
- Har blitt bedre kjent med hverandres organisasjon (sosialtjenesten/tiltak for rusmiddelmissbrukere og tannhelsetjenesten)

Annet

- Utviklet nettverk mellom fylkeskommuner for utveksling av erfaringer
- Samarbeid med brukerorganisasjon
- Større fokus på tannhelse på andre arenaer i kommunene, større fokus på folkehelsearbeid
- Kompetanseoppbygging som kanskje ikke hadde blitt vektlagt hvis dette tilbudet ikke hadde kommet
- Tannhelsetjenesten blir kjent i større deler av hjelpeapparatet
- Bedre samarbeid med helseinstitusjoner som behandler ruspasienter
- Tilbudet åpner tannhelsetjenesten mer. Bedre samarbeid på tvers av etatsgrensene

Som det framgår er det ulike ting som trekkes fram, men felles for alle er utvidet samarbeid. En fylkestannlege sier det slik:

«Alt blir enklere når man bare kan ringe hverandre»

3.7 Organisatoriske hindringer for samarbeid?

På spørsmål om eventuelle organisatoriske hindringer for samarbeid trekkes det fram problemer på ulike plan. Noen problematiserer organisatoriske hindringer innen egen organisasjon, mens andre peker på hindringer mellom ulike forvaltningsnivå. Selv om det ikke nødvendigvis har vært direkte organisatoriske hindringer, har det likevel vært utfordringer de fleste steder. Dette gjelder eksempelvis anbudsordninger og gjennomtrekk av ansatte i NAV/sosialtjenesten.

Organisatoriske hindringer som blir nevnt:

NAV/sosialtjenesten

- Utfordring å nå fram til kommunene etter NAV-reformen
- Kommuner som ikke har gitt tilbudet til «sine» rusmiddelmissbrukere, noe som har ført til at rusmiddelmissbrukere har henvendt seg direkte til fylkestannlegen
- Ulik organisering i kommunene som fører til ulik praksis med hensyn til vedtak etter sosialtjenesteloven
- Stor utskifting av ansatte i kommunene vanskeliggjør god informasjonsflyt og oppfølging av samarbeidsavtaler
- Vanskelig å nå gjennom med informasjon til rusmiddelmissbrukere i store kommuner der informasjonen skal gå gjennom flere ledd

Personelltilgang i egen organisasjon

- Økt arbeidsbelastning i den offentlige tannhelsetjenesten. Stor jobb å gå gjennom alle behandlingsforslagene og å behandle alle rusmiddelmissbrukere på offentlige klinikker
- Få private tannleger har meldt interesse
- Store utskiftninger av personell i tannhelsetjenesten
- Periodevis mangel på «rustannlege». Generell mangel på tannleger, spesielt erfarne. En fylkestannlege sier:

«I egen organisasjon ja, ved personelltilgang. Nå er det stort sett urutinerte tannleger vi rekrutterer. Vi mangler et korps av tannleger med erfaring nok til å gi seg i kast med mye av dette. Både behandlingmessig, og vurderinger av behandlingsforslag. Jeg tror at i privatpraksis så mangler det også kompetanse til å vurdere behandling for denne gruppa pasienter.»

Døgninstitusjoner uten avtale med regionalt helseforetak (RHF)/kommune

- Usikkerhet rundt private institusjoner. Om dette sier en fylkestannlege:

«Det var en periode det var vanskelig å vite hvilke av institusjonene som er godkjente. Da tilbudet kom, lurte vi på hvem som var godkjenningssinnstans. Det var litt problematisk i forhold til noen av disse private institusjonene, for det var ikke noe sentralt register.»

Annet

- Reglement om offentlige anskaffelser og anbud som ikke passer til helsetjenester
- Tidsbruk: organisering krever mye tid
- Ordningen med oppgjør mellom fylkeskommunene (se kapittel 4.9)
- Samhandling mellom ulike forvaltningsnivå med ulike ansvarsområder

Taushetsplikt

Selv om problemer knyttet til taushetsplikt ikke er nytt i tannhelsetjenesten, representerer det like fullt organisatoriske hindringer når det gjelder rusmiddelmissbrukere som pasientgruppe. Samarbeidet med sosialtjenesten kan være vanskelig da taushetsplikten i noen tilfeller blir en barriere mot å gi et godt tilbud på en enkel måte.

3.8 Informasjonsflyt mellom ulike tjenester

Når det gjelder den generelle informasjonsflyten mellom tannhelsetjenesten og ulike tjenester for rusmiddelmissbrukere (kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten), oppgir de fleste at det fungerer tilfredsstillende. Informasjon gis stort sett gjennom skriftlig materiell, samarbeidskontrakter og møter. I noen tilfeller har introduksjonsmøte ved oppstart sørget for god informasjonsflyt, i andre tilfeller er samarbeidspartnere i kommunene invitert med på kurs i regi av den offentlige tannhelsetjenesten.

Mange fylkestannleger praktiserer samarbeidsmøter som i noen tilfeller omfatter alle prioriterte pasientgrupper, i andre tilfeller omfatter møtene spesielt de tema som omhandler rusmiddelmissbrukere.

Fortløpende kontakt per telefon og e-post blir av noen trukket fram som den beste måten å få gitt informasjon, spesielt der det ikke er for store forhold. Nettstedet til fylkeskommunen blir også nevnt som informasjonskilde ut til kommunene. I en fylkeskommune trekker en fram utarbeidelse av brosjyrer med informasjon om tilbud og rettigheter.

Flere fylkeskommuner hadde allerede etablert informasjonsrutiner om tannhelsetilbud for andre prioriterte grupper, og disse ble tatt i bruk da ordningen ble utvidet til også å omfatte rusmiddelmissbrukere. Eksempelvis har mange fylkeskommuner rutiner for kontakt med kommunene gjennom gruppa som mottar hjemmesykepleie (gruppe c2), og har brukt de samme rutinene også overfor rusmiddelmissbrukere. Andre planlegger å overføre slike informasjonsrutiner i framtida, da de ser fordelene med å videreføre eksisterende rutiner som de vet fungerer.

Et tilbakevendende punkt er problemet med at NAV/sosialtjenesten stadig etterspør informasjon som tannhelsetjenesten allerede har gitt. Dette er en vedvarende utfordring så vel for tannhelsetjenesten som for kommunene. Fylkestannlegene gir uttrykk for at kommunene bør innarbeide bedre rutiner for hvordan nye ansatte i sosialtjenesten skal få del i allerede gitt informasjon. Taushetsplikten blir også trukket fram som en barriere for god informasjonsflyt.

En fylkestannlege gir uttrykk for at dersom alle aktører får samme informasjon samtidig, vil det gi bedre grunnlag for god informasjonsflyt:

«Det bør være bedre og mer presis informasjon til kommunene og ikke bare til oss. Når vi skal samarbeide; tannhelsetjenesten som er et fylkeskommunalt forvaltningsnivå, og kommunene, så må vi få ut samme informasjon til begge forvaltningsnivå samtidig».

3.9 Organisering av tilbudet

På spørsmål om hvordan tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere er organisert, vektlegges ulike aspekter. Noen trekker fram den geografiske inndelingen. De som har samarbeid med private tannleger vektlegger dette, samt hvem som behandler hvilke pasientgrupper. Det beskrives hvor mange tannklinikker fylkeskommunen har, og hvor mange private tannleger som inngår i tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere.

I de fleste fylkeskommunene er det flere tannhelsedistrikter (3–4 distrikter) som hver har en overtannlege. Disse rapporterer til fylkestannlegen. Samarbeidet med kommunene er organisert gjennom tannhelsedistriktene, der overtannlegen har kontakt med ledelsen i sosialtjenesten i hver kommune.

Av de fylkeskommunene som har samarbeid med private tannleger, varierer det hvilke grupper som kanaliseres til offentlig tannhelsetjeneste og hvilke grupper som kanaliseres til privat tannhelsetjeneste. For pasienter som i utgangspunktet henvises til offentlig tannbehandling, vil det imidlertid i flere fylkeskommuner kunne gjøres unntak dersom en pasient ønsker å gå til sin «faste» private tannlege. Om grunnlag for unntak sier en fylkestannlege:

«Det er ut i fra enkeltpersoner som ikke ønsker å bytte tannlege; de fleste har jo ikke noe tannlegeforhold i det hele tatt. Men noen har, og føler utrygghet hvis man må skifte, så vi sier svært ofte ja til det. Men vi stiller da også krav til tannlegene som vi kjøper tjenester av. Vi har skriftlig avtale med dem, og avtale blir inngått på den måten at da vi startet opplegget så sendte vi et brev til de private og spurte dem om de kunne tenke seg å være med og samarbeide med oss. Det var det et veldig begrenset antall som ville, og de har vi skriftlige avtaler med. Der står det at inntil et bestemt beløp kan de behandle, men hvis det er et behandlingsforslag som overstiger et visst antall tusen kroner, så skal vi godkjenne på forhånd. Det er to grunner til det; det ene er å ha kontroll med honorarene de bruker, og det andre er for å se på at det er et rimelig fornuftig behandlingsopplegg; at det ikke blir for mye «eventyr» av det.»

De fleste har en ordning med kostnadsoverslag, slik fylkestannlegen over beskriver. I enkelte fylkeskommuner gjelder dette for behandling over kr 8 000, i andre fylkeskommuner over kr 9 000 eller kr 10 000. I noen fylkeskommuner gjelder godkjenning av kostnadsoverslag både i privat og offentlig tannhelsetjeneste, andre steder bare i privat tannhelsetjeneste. Akuttbehandling er unntatt kostnadsoverslag, og kan gis uten godkjenning. Det varierer om kostnadsoverslagene godkjennes av distriktsovertannlegene eller av fylkestannlegen.

En fylkestannlege oppgir at de har gått tilbake på samarbeidet med private tannleger da de fant det for dyrt og lite gunstig, samtidig som pasientene ikke fikk den behandlingen de burde ha. Denne fylkeskommunen har i stedet ansatt et eget «rusteam» (tannlege og tannlegesekretær) som behandler de aktuelle pasientene. I en annen fylkeskommune har de opprettet to «rusteam» i tillegg til at de har inngått i samarbeid med private tannleger og betegner dette som en «delt løsning»:

«Når det gjelder den fysiske oppbygningen i egen organisasjon, så har vi valgt å knytte dette til to store klinikker, slik at vi i minst mulig grad skiller dette ut for publikum. Pasientene henvender seg på samme måte til klinikken, og blir ivaretatt på samme måten som alle andre pasientgrupper.»

Det er ulikt hvilke takster de private tannlegene tilbys, noe som har sammenheng med at de fylkesvise takstene varierer². Flere av fylkeskommunene som samarbeider med private tannleger, oppgir at det er fritt tannlegevalg for den aktuelle pasientgruppa. Enkelte behandler imidlertid alle i den offentlige tannhelsetjenesten.

Flere av fylkeskommunene har innført et bonussystem, som omfatter både offentlige og private tannleger som behandler rusmiddelmissbrukere. Det er ulikt hvordan de forskjellige fylkeskommunene har ordnet dette, men bakgrunnen er å gjøre denne pasientgruppa mer attraktiv å behandle. En fylkeskommune gir behandlende tannlege kr 1 000 ekstra per pasient i tillegg til de fylkesvise takstene. I en annen kalles bonusen «driftstilskudd per pasient» og gis i tillegg til de fylkesvise takstene. En tredje fylkeskommune som ikke har samarbeid med private, har innført samme bonusordning for rusmiddelmissbrukere som for voksne betalende. Selv om det sås tvil om hvorvidt slike bonusordninger er lovlige, sees de på som nødvendige for å behandle stadig nye grupper.

3.10 Ulike «inngangsvilkår»?

Kartleggingen omfatter som nevnt tre grupper av rusmiddelmissbrukere - de som er i helseinstitusjon utover tre måneder, de som har vedtak etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3 og pasienter i LAR. Som det framgår, har fylkeskommunene organisert tannhelsetilbudet til de tre gruppene noe ulikt. Enkelte fylkeskommuner behandler alle i den offentlige tannhelsetjenesten, mens andre har valgt en delt modell. Eksempelvis finner vi at noen har valgt å la private tjenesteytere behandle de som er i døgninstitusjon, mens den offentlige tannhelsetjenesten tar seg av de som har rettigheter etter sosialtjenesteloven og pasienter i LAR. Både at det dreier seg om ulike grupper og at det varierer hvordan tilbudet er organisert, kan ha som konsekvens at de tre gruppene vurderes noe ulikt med hensyn til rettigheter og behandlingsbehov. Dette ser imidlertid i liten grad ut til å være tilfelle. Fylkestannlegene er stort sett av den oppfatning at

² Mer om fylkesvise takster under kapittel 4.8.

hvorvidt de aktuelle pasientene har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven (opphold i døgninstitusjon i mer enn tre måneder), om de får tilbud om tannhelsetjeneste ut fra vedtak etter sosialtjenesteloven eller er LAR-pasient, ikke innvirker på tilbudet de gis. I denne sammenheng henviser flere til «Den norske tannlegeforenings kriterier for nødvendig tannbehandling» (se vedlegg 2). Fylkestannlegene er generelt opptatt av likhet både når det gjelder «inngangsvilkår» og behandlingstilbud.

Det kan likevel spores enkelte forskjeller. I Vestfold er det eksempelvis ulike inngangsvilkår ved at det for pasienten som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven stilles krav om det de kaller rusfrihet i tre måneder før tannbehandling igangsettes (et krav satt i samarbeid med Vestfold-klinikken). Dette gjelder imidlertid ikke dersom pasienten har vedtak etter sosialtjenesteloven. Fylkestannlegen i Vestfold rapporterer at det er graden av misbruk eller grad av rehabilitering som bestemmer hva slags inngangsvilkår som blir satt.

Enkelte fylkeskommuner har organisert tilbudet slik at det er begrensninger med hensyn til hvilke tannleger de ulike pasientgruppene kan benytte, noe som kan føre til at de gis ulikt tilbud om tannbehandling. Eksempelvis er en fylkestannlege av den oppfatning at rusmiddelmisbrukere i helseinstitusjon i den aktuelle fylkeskommunen har et mer systematisk tilbud fordi de er inkludert i gruppe c (grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie), og ut fra dette behandles i den offentlige tannhelsetjenesten.

Det gis ellers uttrykk for at inngangsvilkårene for å få tannbehandling generelt ligger lavt og at dette får følger for hvilken type behandling som blir gitt. En fylkestannlege sier om behandlingsnivået:

«At dette ikke er den mest avanserte behandlingen som gis til de som kanskje ikke er på vei ut av sitt rusmisbruk, men får hjelp for å kunne leve med sitt rusmisbruk.»

Med andre ord ser det ut til at behandlingsnivået blir justert når det gjelder graden av det som kalles rusmestring hos pasientene.

3.11 Hvordan formidles tilbudet?

Hvordan tilbudet om vederlagsfri tannhelsetjeneste formidles til de aktuelle pasientgruppene, varierer. Den vanligste måten er gjennom sosialtjenesten i kommunene, døgningstusjonene og de regionale LAR-sentrene. I mange tilfeller har fylkestannlegen hatt informasjonsmøter med samarbeidsinstansene (for eksempel med kommunene). I tillegg har de sendt ut skriftlig informasjon, og ansatte i samarbeidsorganer har deltatt på aktuelle kurs og seminar i regi av den offentlige tannhelsetjenesten. I enkelte fylkeskommuner er det nedfelt i skriftlige avtaler med kommunene at disse skal informere pasienter som mottar tjenester etter de aktuelle bestemmelser i sosialtjenesteloven. Andre rapporterer at kommunene og døgningstusjonene får de samme rundskrivene som fylkestannlegen og gir informasjon videre til de det gjelder.

Fylkestannlegene vil vanskelig kunne informere pasientene direkte. Med bakgrunn i taushetsplikten vil ikke fylkestannlegen vite hvilke personer som inngår i de ulike gruppene. Andre informasjonskanaler som nevnes, er lokale aviser der gruppene som har rett på vederlagsfri tannhelsetjeneste beskrives. I mange tilfeller ligger også informasjonen om hvem som inngår i de prioriterte gruppene på nettstedet til fylkeskommunen. Det gis imidlertid uttrykk for usikkerhet om i hvor stor grad målgruppa faktisk nås via internett.

3.12 Tjenestetilbydere

Som allerede nevnt, har noen fylkeskommuner valgt å la den offentlige tannhelsetjenesten behandle de aktuelle gruppene av rusmiddelmissbrukere, mens andre har valgt en modell der en også gjør bruk av private tjenesteytere (tabell 2). Ingen fylkeskommuner har tannleger som jobber med de aktuelle pasientgruppene på frivillig basis, slik tilfelle er i Oslo når det gjelder tannhelsetilbudet til brukere av lavterskel helsetilbud.

I fylkeskommuner hvor både den offentlige og den private tannhelsetjenesten inngår i tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere, er det som nevnt ulike ordninger med hensyn til hvilke grupper som behandles av hvilke tjenesteytere, eller om det er det som enkelte kaller «fritt tannlegevalg». I de fleste fylkeskommunene der de deler opp hvem som kan benytte privat og hvem som kan benytte offentlig tannhelsetjeneste, er det pasienter i helseinstitusjon som kan gjøre bruk av private tannleger. Begrunnelsen er ofte at institusjonen ligger utenfor en by, og at det ikke alltid er kapasitet i den offentlige tannhelsetjenesten der hvor institusjonene ligger.

Tabell 2. Tjenestetilbydere

Fylkeskommune	Tjenestetilbyder
Østfold	Helseinstitusjon: offentlig, Sosialtjenesteloven: privat
Akershus	Stort sett offentlig, kun få privat
Oslo	Helseinstitusjon: privat, Sosialtjenesteloven: offentlig
Hedmark	Både offentlig og privat
Oppland	Både offentlig og privat
Buskerud	Både offentlig og privat
Vestfold	Både offentlig og privat
Telemark	Kun offentlig («rustannlege»)
Aust-Agder	Kun offentlig
Vest-Agder	Både offentlig og privat
Rogaland	Både offentlig og privat
Hordaland	Kun offentlig, avventer tilbud fra private
Sogn og Fjordane	Offentlig, med få unntak
Møre og Romsdal	Pasientene kan velge om de vil benytte offentlig eller privat
Sør-Trøndelag	Både offentlig og privat
Nord-Trøndelag	Pasientene kan velge om de vil benytte offentlig eller privat
Nordland	Både offentlig og privat
Troms	Både offentlig og privat
Finmark	Offentlig, med få unntak

3.13 Samarbeidet med private tjenestetilbydere

Som det framgår av tabell 2, har flertallet av fylkeskommunene en eller annen form for samarbeid med privat tannhelsetjeneste, og i 14 av disse er samarbeidet formalisert. I de fleste tilfeller har dette foregått gjennom den lokale tannlegeforeningen. I noen tilfeller har det vært relativt enkelt å få den lokale tannlegeforeningen med på å behandle rusmiddelmissbrukere, og fylkestannlegene oppgir at tannleger ser på denne gruppa som en faglig utfordring. I andre tilfeller har det vært vanskeligere, og noen steder har dette ført til at fylkestannlegen har gått inn på bonusordninger (se kapittel 3.9).

I enkelte fylkeskommuner har fylkestannlegen bare valgt ut noen av de private som har meldt interesse for samarbeid. Bakgrunnen har vært begrenset behov, at enkelte private tannleger har vært for dyre, eller som i denne fylkeskommunen der de har lagt vekt på tannlegenes anseelse:

«Alle de privatpraktiserende tannlegene i fylket er ikke kjent med tilbudet. Samarbeidet gjelder de tannlegene vi ønsker at pasientene skal gå til. Noen tannleger har dårlig renommè. Vi velger de som er aktuelle for at gruppa skal få behandling. Vi har ikke vært ute på anbud – det er ikke riktig å gjøre for denne gruppa.»

Kontakten mellom fylkestannlegen og de private tjenesteyterne foregår på ulike måter. Mens enkelte rapporterer om god og hyppig kontakt med avtaletannlegene, rapporterer andre om mer sporadisk kontakt. Det opplyses at det er enklere å få private tannleger til å behandle rusmiddelmissbrukere de allerede har som pasienter enn å få dem til å ta i mot nye. Private tjenesteytere som sier seg villig til å ta imot nye pasienter, oppgis ofte å være de som har fått «litt spesielle følelser for å jobbe med denne gruppa».

Rammene for samarbeidet omhandler i de fleste tilfeller kriteriene for nødvendig tannbehandling (vedlegg 2) og godkjenning av kostnadsoverslag. Ordning med kostnadsoverslag som blir godkjent hos fylkestannlegen er gjort rede for i kapittel 3.9.

Når fylkestannlegene skal beskrive samarbeidet med private tjenesteytere, snakkes det om så vel faglige som praktiske utfordringer. Eksempelvis har private tannleger andre og færre rutiner for dokumentasjon og føring av statistikk enn den offentlige tannhelsetjenesten er vant til. På spørsmål om hvorvidt det var mulig å få oppgitt gjennomsnittlig tidsbruk per pasient i privatpraksis, svarte en fylkestannlege slik:

«Nei, da tror jeg at samarbeidet hadde brutt sammen. Hvis vi begynte å innhente og forlange statistikkføring av dem.»

Flere av fylkestannlegene er opptatt av at samarbeidet med de private tannlegene må være basert på tillit, og ikke på kontroll, for eksempel når det gjelder vurdering av tannhygiene hos pasienten:

«Skal vi få til samarbeidet med de private, så må det være basert på tillit. Ikke kontroll. Men vi har jo hatt mye korrespondanse med de private og det er viktig at de ikke setter i gang med store behandlinger før dette her med renhold. Vi har jo presisert det ganske mye, men vi har jo ikke noen kontroll på dem. Det er tillit som vi må basere det på.»

En annen utfordring som nevnes av flere fylkestannleger, er at private tannleger ofte gir for omfattende tannbehandling i forhold til kriteriene (se vedlegg 2):

«Jeg sitter og vurderer en del av søknadene, og det er sjelden jeg synes at tannlegene legger seg på et lavt behandlingsnivå eller for lite ambisiøst behandlingsnivå når det gjelder disse pasientene. Tvert imot så er det folk som driver butikk.»

I et tilfelle hadde en fylkestannlege fått søknad om behandling for kr 240 000:

«Det som var høyest var søknad om implantatbehandling for 240 000 kroner. Det har vi jo avslått, for det utgjør 7 % av overførte midler. Og hvis dette skal være et tilbud som skal gi flest mulig en akseptabel tyggefunksjon og nødvendig tannbehandling, så må man jo avslå sånne. I hvert fall som et førstegangstilbud, så må man ha et rimeligere alternativ.»

3.14 Er samarbeidet formalisert?

Selv om de fleste fylkeskommuner rapporterer om utstrakt samarbeid med private tjenesteytere, varierer det i hvilken grad det er formalisert. I noen tilfeller er det regulert gjennom rammeavtaler, mens det i andre tilfeller ikke foreligger avtaler i formell forstand. En fylkestannlege sier det slik:

«Vi har ikke ordentlige avtaler i den forstand. Vi har sendt ut brev med vår interesse om samarbeid, og i det ligger at de gjør behandling til våre takster, og vi kontrollerer behandlingsforslagene. Vi burde vel hatt en litt mer formalisert avtale, men vi skulle komme i gang med begrensede administrative ressurser, så det var viktigere å få det i gang. Og det har fungert i grunnen.»

En opplyser at de ikke har en skriftlig formulert avtale, men at de muntlig har blitt enig med den lokale tannlegeforeningen, og at samarbeidet fungerer godt. En annen opplyser at de har planer om større grad av formalisering, men at en ikke har kommet så langt, noe som har sammenheng med at rusmiddelmissbrukere er en relativt ny pasientgruppe.

Det ser også ut til å variere i hvilken grad fylkeskommuner som i utgangspunktet startet med skriftlige avtaler, har fulgt disse opp når nye private tannleger har kommet til. En sier eksempelvis at de ikke har inngått formelle avtaler med private

som har kommet til underveis, men at disse er inneforstått med å behandle etter fylkeskommunale takster og kriteriene fra den norske tannlegeforening (vedlegg 2). Det kommer også til uttrykk at skriftlige avtaler er av mindre betydning så lenge de private tannlegene uansett må sende kostnadsoverslag til godkjenning.

Der hvor de stort sett behandler alle i den aktuelle pasientgruppa i den offentlige tannhelsetjenesten, og det bare unntaksvis blir brukt private tannleger, har ikke fylkestannlegene formalisert samarbeidet, da det blir sett på som unødvendig. Ett eksempel er fra en fylkeskommune hvor private tannleger har stilt opp og tatt en del av pasientene i en periode der «rustannlegen» har vært sykemeldt.

3.15 Behandlingsprofil

Fylkestannlegene kunne i liten grad rapportere hvorvidt den gitte behandlingen kunne kategoriseres som akuttbehandling, forebyggende eller konserverende behandling. Dette må sees i sammenheng med at de i mange tilfeller ikke hadde oversikt over hvor mange pasienter i den aktuelle målgruppa som totalt var gitt behandling (se kapittel 3.5). Det ble uttrykt en viss oppgitthet omkring forventningen om hvor detaljert de skulle kunne rapportere:

«Vi rapporterer det vi er pålagt å rapportere, ikke bare fordi at det er kjekt å rapportere!»

«Du kan si at hvis vi hadde visst at dette skulle kartlegges, så hadde vi jo selvsagt hatt et skyggesystem for det.»

For å kunne gi en slik oversikt vil det være nødvendig å gå inn i journalutskrifter, eller opprette en spesialregistrering for denne målgruppa. For en av fylkeskommunene som deltok i FUTT-prosjektet, ble det nevnt at de i prosjektperioden registrerte slik informasjon som et spesielt tillegg, men at det ikke var lagt til rette for at det skulle videreføres. Det er bare en av de små fylkeskommunene som kunne redegjøre for de tre behandlingskategoriene.

Journalregistreringssystemet OPUS blir av mange trukket fram når det gjelder problemer med dokumentasjon. Fylkestannlegene oppgir at de ikke stoler på tallene de får ut fra OPUS. Dette har flere grunner, men en faktor som trekkes fram er at registreringen er lite systematisk og ufullstendig, og dette gjør at det som

kommer ut blir misvisende. Det framkommer også at det bare er «fylte flater» det er enkelt å hente ut statistikk på. I følge fylkestannlegene er OPUS eksempelvis ikke egnet til å hente ut informasjon som kan gi svar på hvorvidt en pasient har fått akuttbehandling, forebyggende eller konserverende behandling.

Journalutskriftene fylkestannlegene får fra private tjenesteytere, viser at rusmiddelmisbrukere ofte får «hele pakken», det vil si at de får både akuttbehandling, forebyggende og konserverende behandling. Det gis i den forbindelse uttrykk for at inndelingen i de tre typene behandling er «veldig kunstig». Dette fordi pasienter som i utgangspunktet får akuttbehandling i mange tilfeller får mer konserverende behandling etter hvert, og kanskje også forebyggende behandling.

3.16 Offentlig eller privat tannhelsetjeneste, ulik behandling?

Organisering

Oslo har delt opp behandlingen slik at vurdering av behandlingsbehov gjøres i den offentlige tannhelsetjenesten, som så sender pasienten og en beskrivelse av behandlingsbehov videre for behandling hos privat tjenesteyter. Dersom det framkommer ytterligere behandlingsbehov underveis, blir dette justert muntlig i samhandling mellom privat og offentlig tannhelsetjeneste. Ordningen blir omtalt som en «to-trinnsrakett» eller «bestillerfunksjon». Flere fylkestannleger ga imidlertid uttrykk for at dette var en noe underlig ordning faglig sett, og at de ikke forstår at avtaletannlegene går med på ikke selv å vurdere den enkeltes pasients behandlingsbehov. En sier dette på spørsmål om hvorvidt fylkestannlegen foretar vurdering av behandlingsbehov i forkant av behandling hos privat tannlege:

«Vi undersøker jo ikke og så bestiller hos privat. Den diskusjonen hadde vi oppe, men jeg synes den egentlig er litt vrien behandlingsmessig. Faglig kan vi ikke pålegge andre å behandle. Men det som foregår privat, det vil vi jo godkjenne. Så vi ber om en behandlingsplan, og da behandles det etter den planen. Og når vi behandler, så gjør vi jo behandlingen etter disse kriteriene.»

Kriteriene fylkestannlegen viser til, er de mye omtalte kriteriene for nødvendig tannbehandling (vedlegg 2). En annen fylkestannlege sier:

«Vi mener at det er veldig viktig i samarbeidet med privatpraksis at den som behandler også skal planlegge behandlingen».

I denne sammenheng ser det med andre ord ut til at Oslo danner et unntak. I andre fylkeskommuner hvor private tannleger deltar i behandlingen av rusmiddel-misbrukere, foretar de selv både vurdering av behandlingsbehov og selve tannbehandlingen. Kostnadsoverslag over 8 – 10 000 kr må imidlertid godkjennes i de fleste fylkeskommunene. I andre tilfeller er det snakk om ekstra vurdering eksempelvis ved omfattende krone- eller implantatbehandling. Det framkommer også at fylkestannleger gjennom avtale forbeholder seg retten til å undersøke pasienten i forbindelse med godkjenning av kostnadsoverslaget fra privat tannlege, dersom dette vurderes som nødvendig.

Innholdet i behandlingen

Generelt vil en kunne tenke at private tannleger ut fra økonomiske interesser vil kunne vurdere at en pasient har større behov for tannbehandling enn tilfellet vil være når behandlingen gis av den offentlige tannhelsetjenesten. Det framkommer av intervjuene at mange er av den oppfatning at de private tannlegene raskere går i gang med mer omfattende behandlingsopplegg enn en tannlege i den offentlige tannhelsetjenesten ville planlagt for samme pasient, eksempelvis mer protetikkk og mer implantater. En fylkestannlege viser til at gjennomsnittlig kostnad er høyere i privat enn i offentlig tannhelsetjeneste. En annen mener å ha belegg for å hevde at det ville vært en rimeligere løsning å behandle alle i den offentlige tannhelsetjenesten (jf. Personellressurser i offentlig tannhelsetjeneste 2007). Det sies imidlertid også at det ikke nødvendigvis er forskjell mellom offentlige og private tannleger, men mellom tannleger uavhengig av tilknytning.

Det framkommer ulike forklaringer på forskjellene. Den offentlige tannhelsetjenesten er vant til å behandle såkalte prioriterte grupper som faller inn under tannhelsetjenesteloven, og er derfor opptatt av å fordele det totale tannhelsebudsjettet på en mest mulig rettferdig måte, og slik at man får behandlet flest mulig. De omtalte «Kriterier for nødvendig tannbehandling» står her sentralt (se vedlegg 2). Fylkestannlegene oppgir at de private tannlegene først og fremst har erfaring fra å behandle vanlige voksne pasienter som selv betaler for behandlingen, og går derfor ofte inn for dyrere løsninger. Det blir også sagt at det å bruke mer protetikkk er «lettjente» penger for private tannleger.

«De offentlige tannlegene kjenner mer til budsjettet, vi har jo andre holdninger. Noen privatpraktiserende behandler bare voksne, og er vant til å gjøre bruer/kroner, glad i den typen behandling, og gjør mer av det da.»

«Jeg har et inntrykk av at pasientene får mer omfattende behandling når de går til private enn i offentlig tannhelsetjeneste.»

«Vi har sluppet løs litt for å bevare samarbeidsviljen med de private. Det er nok en del pasienter som har fått mer enn det de vanligvis ville fått.»

Fylkestannlegene var også opptatt av diskusjonen om hva nødvendig tannbehandling egentlig omfatter:

«Så da ble det sånn at akutt smertelindring og akutt behandling, det skulle det være hele tida. Og nødvendig behandling, men hva den nødvendige behandlinga bestod i, det var en diskusjon.»

En fylkeskommune hadde hatt studiebesøk fra Danmark, og danskene uttrykte forundring over at tannhelsetjenesten var så liberal med hensyn til implantatbehandling for denne pasientgruppa. Det ble også framholdt at en tannlege med spisskompetanse på implantologi har dokumentert at implantatbehandling hos rusmiddelmissbrukere og enkelte andre grupper fungerer mot sin hensikt, og ikke varer lenge. Det anbefales at det heller brukes det som kalles «trykknapprotoser».

3.17 Forebyggende tiltak på klinikk

Med forebyggende arbeid på klinikk tenkes det her blant annet på viktigheten av god tannhygiene, rensing av tenner og andre tiltak som kan utføres av tannpleier. Generelt sett ser det ut til at fylkestannlegene i liten grad har kommet i gang med noe organisert forebyggende behandling rettet mot de aktuelle gruppene av rusmiddelmissbrukere. Fokus har vært å starte restaurering av pasientenes tannsett, og at det var viktigst å komme i gang med det først. Det store behandlingsbehovet i målgruppa har gjort at organisering av det forebyggende arbeidet sort sett er satt på vent. Det er eksempelvis sjelden det er ansatt egne tannpleiere spesielt for rusmiddelmissbrukere, selv om det blir sett som ønskelig. Det blir imidlertid sett på som en økonomisk avveining hvorvidt en har mulighet til å ansette tannpleiere spesielt for denne pasientgruppa. Det oppfordres likevel til, og betales for forebyggende behandling når behandlingen blir utført av private tjenesteytere. Det

arrangeres også møter med ansatte i kommunene der det fokuseres på viktigheten av forebyggende tiltak.

Fra en fylkestannlege rapporteres det at under FUTT-prosjektet ble pasienter undersøkt av tannpleier før behandling hos tannlege. De hadde imidlertid gått bort fra denne ordningen da de ikke kunne se at det hadde noen særlig effekt og at tannlegene ønsket å ha ansvaret for hele behandlingen.

Fra en annen fylkestannlege rapporteres det imidlertid at forebyggende tiltak på klinikk inngår som en del av behandlingen, ved at det ofte er tannpleier som har pasientene inne til en første undersøkelse:

«Både fordi det er vanlig rutine ellers, men også fordi at det kan føles som en mykere overgang for de det gjelder. Så vi bruker relativt mye tannpleiere på gruppa.»

Det framkom flere synspunkter på at en ikke ønsket å gjøre forskjell på rusmiddel-misbrukere og andre prioriterte grupper når det gjelder bruk av tannpleier.

3.18 Forebyggende tiltak utenfor klinikk

Med forebyggende tiltak utenfor klinikk tenkes det her på kompetansehevende tiltak som kurs og møter, opplæringstiltak for samarbeidende personell, generell informasjon til målgruppa om hvordan ta vare på tannhelse og bruk av formaliserte samarbeidsmøter og samarbeidskontrakter.

Det er store variasjoner mellom fylkeskommunene med hensyn til hvorvidt slike tiltak har funnet sted. En fylkestannlege gir uttrykk for at det utstrakte samarbeidet med kommunale instanser gjør det enklere å jobbe forebyggende, fordi tannhelsetjenesten kommer i kontakt med ulike grupper av befolkningen som tidligere var vanskeligere å nå.

Enkelte fylkestannleger har noe å melde på alle punkter, mens andre har gjort lite. Når det gjelder å gi rusmiddel-misbrukere informasjon om hvordan ivareta egen tannhelse, kommer en fylkestannlege med et hjertesukk:

«Og igjen, når det gjelder forebygging. Folk som er rusmiddelmissbrukere har et hovedproblem, og det er misbruket. Dette gir dem en rekke andre problemer, blant annet tannhelseproblemer. For meg i hvert fall, så blir det på sida å begynne å snakke detaljert om tannpuss og eventuelt om kostvaner og fluor – de er ikke helt der. De har nok med sin rus, eller forhåpentligvis kontrollerte rus. Og kunne du få bukt med det, så fikk du også bukt med det andre. Tannhelseproblemene er sekundære, altså.»

De fleste fylkeskommunene har imidlertid satt i verk ulike tiltak med sikte på å gjøre de ansatte i tannhelsetjenesten best mulig i stand til å utføre oppgaven. Ved oppstarten av tilbudet i 2006 ble det eksempelvis arrangert en rekke kurs og seminarer som omhandlet hygienetiltak, smittevern og hvordan håndtere rusmiddelmissbrukere som gruppe når det gjelder rusmidler og medikamenter. En fylkestannlege sier:

«Vi har hatt fokus på hygiene og hygienetiltak. Vi har jobbet mye med smittevern og kursing innenfor hvordan håndtere rusmiddelmissbrukere. Vi har hatt leger som har hatt foredrag om hvilke medikamenter de bruker og hvordan man skal gi dem smertestillende, altså være litt obs på de problemene. Og så har vi hatt noen rene tannfaglige kurs med stell av protetikk, litt sånne vanskelige utfordringer i forhold til tekniske løsninger. Så vi har vel prøvd å ha litt forskjellige typer kurs.»

Det framkommer at kursene og seminarene har bidratt til en revitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten, for eksempel når det gjelder smittevernsrutiner. Et kontaktforum mellom de ulike fylkeskommunene blir trukket fram som viktig for å øke kompetansen med hensyn til å møte rusmiddelmissbrukere som pasienter i tannhelsetjenesten. Intensjonen med kontaktforumet er også å ha kontakt med døgningstusjoner for rusmiddelmissbrukere og andre fagfolk innen rusmiddelområdet.

Å gi rusmiddelmissbrukere informasjon om hvordan de kan ta best mulig vare på egen tannhelse byr generelt sett på problemer. Enkelte fylkestannleger er imidlertid i gang med et visst oppsøkende forebyggende arbeid rettet mot rusmiddelmissbrukere i døgningstusjon, og andre planlegger slike tiltak. Fylkestannleger som har organisert et slikt arbeid, besøker institusjonene en til to ganger i året. Tannpleiere gir i slike sammenhenger instruksjon og undervisning for ansatte og pasienter. Videre har de med seg tannbørster som de gir til pasienter. Enkelte steder er dette en tjeneste som fylkestannlegen kjøper av private tannpleiere. Når det gjelder

rusmiddelmissbrukere som har vedtak etter sosialtjenesteloven, vet tannhelse-tjenesten i utgangspunktet ikke hvem disse er, og har dermed vanskelig for å nå dem i forkant av behandling.

Mange av fylkeskommunene rapporterer om bruk av formaliserte samarbeidskontrakter. Enkelte sier at de enda ikke har kommet i gang med dette, men planlegger å gjøre det. Noen har avtaler eller kontrakter med noen av kommunene, og planlegger å ha det med alle etter hvert. Mange har også formaliserte samarbeidsmøter med samarbeidspartnerne, både med kommunene, institusjonene og med de lokale tannlegeforeningene. Flere av fylkestannlegene gir uttrykk for at formaliseringen av samarbeidet og hyppigheten av møter kan styrkes og økes.

3.19 Særskilte føringer?

Hvor langt en skal strekke seg med hensyn til å gi rusmiddelmissbrukere ulike former for tannbehandling, er ikke åpenbart. En fylkeskommune oppgir å ha lagt en form for ramme for hva som kan anses som nødvendig tannbehandling i det enkelte tilfelle. Selv om de øvrige rapporterer at de ikke har lagt noen særskilte føringer, er det imidlertid lite som tyder på at tilbudet som gis i den ene fylkeskommunen skiller seg fra tilbudet i andre. En fylkestannlege oppgir eksempelvis at de gir en trinnvis behandling ved at de starter opp, og så etter hvert ser hva som er aktuelt for den enkelte pasient. En annen oppgir at selv om det ikke er særskilte føringer når det gjelder rusmiddelmissbrukere, er nivået på behandlingen til denne pasientgruppa høyere enn for gruppene eldre i institusjon og hjemmesykepleie (gruppe c1 og c2). Det kan se ut til at praksis er forskjellig med hensyn til hva man faktisk gjør, selv om man i utgangspunktet tenker at behandling skal gis etter de omtalte kriteriene (se vedlegg 2). Dette kan illustreres ved utsagn fra to fylkestannleger:

«Utgangspunktet er at vi skal behandle dem som andre. Bare at de har spesielle problemer. Andre pasienter har andre problemer.»

«De pasientene vi får, de skal i utgangspunktet være i stand til å komme til tannlegen og få gjennomført en behandling. Det at de har et stort oppsamla behov, betyr jo ikke at de ikke skal kunne ta vare på tannhelsen fra nå av.»

Når det gjelder sammenligning mellom gruppene som er prioritert med hensyn til å motta tilbud om vederlagsfri tannhelsetjeneste, blir behandlingen av

rusmiddelmissbrukere sammenlignet med behandlingen av resten av gruppe c (grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie). En fylkestannlege som sier at rusmiddelmissbrukere får behandling på et «høyere nivå» enn eldre i institusjon og hjemmesykepleie, er av den oppfatning at dette skyldes at rusmiddelmissbrukere ofte er yngre enn de som inngår i disse gruppene. Dette kan illustrere at kriteriene for hvilken behandling som skal gis til hvilke grupper, tolkes med en viss fleksibilitet. Skal man eksempelvis fravike kriteriene om nødvendig tannbehandling dersom pasienten fortsetter å misbruke rusmidler?

«Vi må se de an. En tannlege er ansvarlig for sin egen behandling, så man ser jo egentlig an alle pasientene. Hvis det er en som er i stand til å ivareta et stort arbeid, for eksempel en krone eller bro, så er det greit, men hvis han skal ut og «rufse det vekk» så er det ikke greit, og da må det i hvert fall snakkes om og pasienten må motiveres. Så da ble det sånn at det ble akutt smertelindring og akutt behandling, det skulle det være hele tida... og nødvendig behandling, men hva den nødvendige behandlinga bestod i det var en diskusjon. I mange tilfeller i dag får du ikke jobb hvis du har dårlige tenner. Sånn at hvis de er i rehabilitering, skal man satse litt mer på dem, mens de som man kanskje ikke forventer det av, de får akutt behandling og smertelindring.»

De mye omtalte kriteriene (vedlegg 2) ser ut til å bli brukt i alle fylkeskommunene, men det fremheves at man i tillegg må ta hensyn til pasientenes livssituasjon, ikke bare vurdere tennene for seg, men hele pasienten, inkludert hans eller hennes livssituasjon. Fylkestannlegene er generelt opptatt av at behandlingen først og fremst skal være faglig indisert.

4 Administrative og økonomiske konsekvenser

Denne delen omhandler de administrative og økonomiske konsekvensene av tilbudet med vederlagsfri tannhelsetjeneste til rusmiddelmisbrukere. Fylkestannlegene ble i flere sammenhenger bedt om å komme med tallfestede størrelser, noe som i mange tilfeller viste seg vanskelig. I de tilfeller det ble gitt tilleggsinformasjon og det kom fram synspunkter, er dette tatt med der vi har funnet det formålstjenlig.

4.1 Enhetskostnader

Den offentlige tannhelsetjenesten

Det store flertallet av fylkeskommunene kan ikke rapportere enhetskostnader for tannbehandling gitt i den offentlige tannhelsetjenesten (tabell 3). Bare en fylkeskommune hadde oversikt over enhetskostnader for alle de tre årene 2006, 2007 og 2008, mens en annen hadde slik oversikt for 2007 og 2008. Ettersom vi i forkant av intervjuet hadde varslet hva vi ønsket informasjon om, har en tredje lagt til rette for registrering av enhetskostnader fra 2009. Også i denne sammenheng oppgir flere fylkeskommuner at registrering av enhetskostnader ville blitt gjort dersom de hadde visst at departementet ville etterspørre dette.

Private tjenesteytere

Når det gjelder enhetskostnader ved kjøp av tjenester hos private tjenesteytere, har imidlertid flere fylkeskommuner oversikt. Ti av de 19 fylkeskommunene har beregnet gjennomsnittlig kostnad ved behandling i privatpraksis, selv om disse beregningene i enkelte sammenhenger er foretatt på bakgrunn av få behandlinger. Enhetskostnaden varierer fra kr 4 300 til kr 20 000 (tabell 3). Enkelte fylkeskommuner har oversikt over totalkostnaden ved behandlinger hos private tjenesteytere, men vet ikke hvor mange pasienter behandlingen omfatter i løpet av det

enkelte år. To fylkeskommuner behandler alle de aktuelle pasientene i den offentlige tannhelsetjenesten.

Tabell 3. Enhetskostnader offentlig og privat tjenesteyter*

Fylkeskommune	Offentlig tannhelse	Private tjenesteytere
Østfold	Informasjon ikke tilgjengelig	2007: kr 10 100 2008: kr 6 500 (Usikre tall, omfatter noe offentlig)
Akershus	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Oslo	Informasjon ikke tilgjengelig	2006: kr 13 320 2007: kr 13 815 2008: kr 20 061
Hedmark	Informasjon ikke tilgjengelig	2006: ca. kr 12 000
Oppland	Informasjon ikke tilgjengelig	2007: kr 7 160 2008: kr 8 008
Buskerud	2006: kr 10 089 2007: kr 9 919 2008: kr 6 140 (ikke endelig)	2006: kr 10 834 2007: kr 15 290, 2008: kr 11 935 (ikke endelig)
Vestfold	Informasjon ikke tilgjengelig	Anslår ca. kr 20 000
Telemark	Informasjon ikke tilgjengelig	Ikke private tjenesteytere
Aust-Agder	Usikkert pga få rapporter	Ikke private tjenesteytere
Vest-Agder	Informasjon ikke tilgjengelig	Ikke rapportert på individnivå
Rogaland	Har ikke oversikt over antall pasienter behandlet, og dermed ikke enhetskostnader	2006: kr 4 300 2007: kr 8 700 2008: kr 6 600
Hordaland	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Sogn og Fjordane	Sprikende svar fra distriktene	Sprikende svar fra distriktene
Møre og Romsdal	Informasjon ikke tilgjengelig	Anslag, antakelig for lavt (2008: ca kr 12 000)
Sør-Trøndelag	Ikke kartlagt på individnivå	Ikke kartlagt på individnivå
Nord-Trøndelag	Informasjon ikke tilgjengelig (gjennomsnitt FUTT 10 000 kr)	Informasjon ikke tilgjengelig
Nordland	2007: kr 4 600 2008: kr 4 500	2007: kr 6 800 2008: kr 10 000
Troms	Ikke kartlagt på individnivå	Informasjon ikke tilgjengelig
Finnmark	Ikke kartlagt, men anslått til 3 000 - 6400 kr	Kun to tilfeller av behandling, Kr 10 - 13 000 per behandling

*De oppgitte tallene er forbundet med stor usikkerhet.

Som allerede framholdt, var flere av fylkestannlegene av den oppfatning at enhetskostnadene ved behandling hos private tjenesteytere er høyere enn i den offentlige tannhelsetjenesten. Det ble her gitt flere mulige forklaringer. Enkelte ga, som tidligere nevnt, uttrykk for at private tannleger velger dyrere alternativer og gir

mer omfattende behandling enn den offentlige tannhelsetjenesten, mens andre framholdt at det blir dyrere i privatpraksis fordi pasienter med stort behandlingsbehov på grunn av manglende kapasitet i den offentlige tannhelsetjenesten blir henvist til private tjenesteytere. En tredje mulig forklaring som framkom, var at det generelt er et høyere kostnadsnivå per time i privatpraksis, og at enhetskostnadene dermed blir høyere.

4.2 Tanntekniske kostnader

Fylkeskommunene kan i varierende grad rapportere på omfang av tanntekniske kostnader. Dette er igjen ett av flere områder der fylkestannlegene nevner at om de på forhånd hadde visst at de skulle rapportere slike kostnader spesielt for rusmiddelmissbrukere, ville det blitt registrert på en bedre måte.

Seks av fylkeskommunene kunne oppgi tanntekniske kostnader for den aktuelle pasientgruppa, noen samlet for perioden, andre for hvert enkelt år. De tanntekniske kostnadene varierer fra kr 0 (for ett enkelt år) til kr 793 262 (tabell 4). Fylkeskommunen som rapporterte om de høyeste kostnadene for ett enkelt år, hadde redusert disse betydelig det påfølgende år (fra kr 793 262 i 2007 til 481 803 i 2008). Ifølge den aktuelle fylkestannlegen kan dette delvis forklares med overgang til nytt depot etter anbudskonkurranse. For ti av fylkeskommunene er kostnader til tannteknikk av ulike grunner ikke skilt ut eller spesifisert for rusmiddelmissbrukere. Det er derfor mulig at kostnadene i enkelte fylkeskommuner er høyere enn det som framkommer i tabell 4.

«Når det gjelder omfanget av tanntekniske kostnader for hvert av årene, så vet vi jo hva vi har av tanntekniske kostnader på gruppenivå. Men vi vet jo ikke hva de private har, for der får vi ingen faktura. Vi henter ikke inn så spesifikke fakturaer, for det blir et himla arbeid, og jeg ser ikke stor nytteverdi i det i det hele tatt.»

For flere av fylkeskommunene har det vært en økning i tanntekniske kostnader, noe som stort sett skyldes økning i antall pasienter som er behandlet.

Tabell 4. Kostnader til tannteknikk og kompetanseheving og andre kostnader*

Fylkeskommune	Tannteknikk	Kompetansehev.**	Andre kostnader
Østfold	Kun for de offentlige	Ikke skilt ut	Informasjon ikke tilgjengelig
Akershus	2006: kr 31 384 2007: kr 217 603 2008: kr 351 841	2006: kr 120 000 2007: kr 20 000 (ca) 2008: kr 16 000	2006: kr 614 000 2007: kr 920 000 2008: kr 58 000
Oslo	Informasjon ikke tilgjengelig	Ikke skilt ut	Informasjon ikke tilgjengelig
Hedmark	2006: kr 301 425 2007: kr 793 262 2008: kr 481 803	2006: kr 108 104 2007: kr 3 588 2008: kr 0	Informasjon ikke tilgjengelig
Oppland	Kun Off: 2006: 50 000 kr Kun Off: 2007: 49 000 kr Kun Off: 2008: 60 000 kr	Ikke skilt ut	Informasjon ikke tilgjengelig
Buskerud	Informasjon ikke tilgjengelig	2006: 87 000 kr	Driftstilskudd Ca. 200 000 kr på tre år
Vestfold	Informasjon ikke tilgjengelig	kr 300 000 over tre år (ca)	Ca. 300 000 kr i administrative kostnader til godkjenning- ordningen
Telemark	Ikke skilt ut, men «ikke mye»	Ikke skilt ut	Informasjon ikke tilgjengelig
Aust-Agder	Informasjon ikke tilgjengelig	Ikke skilt ut	Ingen informasjon tilgjengelig Kunne vært rapp. ikke møtt
Vest-Agder	Informasjon ikke tilgjengelig	Ikke skilt ut	Informasjon ikke tilgjengelig
Rogaland	2007+2008: kr 150 000 (minimumstall)	Ikke skilt ut	linikkfasiliteter: 4,7–4,8 millioner (2007+2008)
Hordaland	Informasjon ikke tilgjengelig	Ikke skilt ut	Informasjon ikke tilgjengelig
Sogn og Fjordane	2006/2007: 0 kr, 2008: 25 500 (3 stk implantat)	Ikke skilt ut	Informasjon ikke tilgjengelig
Møre og Romsdal	Ikke spesifisert for rusmiddelmissbrukere	Ikke skilt ut	Informasjon ikke tilgjengelig
Sør-Trøndelag	Informasjon ikke tilgjengelig	Ikke skilt ut	Informasjon ikke tilgjengelig
Nord-Trøndelag	Informasjon ikke tilgjengelig	Har ikke hatt slike tiltak i perioden	Informasjon ikke tilgjengelig
Nordland	Informasjon ikke tilgjengelig	2006: kr 500 000 2007: kr 870 000	Nevner blant annet møte-aktivitet, ikke-møtt pasienter
Troms	Informasjon ikke tilgjengelig	2007: kr 300 000	Informasjon ikke tilgjengelig
Finnmark	Alta: 2008: kr 9 450 K.nes: 2007: kr 12 143 2008: kr 25 578 osv. (Ingen samlet sum)	2006: kr 100 000(ca)	Informasjon ikke tilgjengelig

*De oppgitte tallene er forbundet med stor usikkerhet.

**Når det gjelder kostnader til kompetanseheving varierer det hvorvidt reisekostnader er inkludert.

4.3 Kostnader ved planlegging og kompetansehevende tiltak

Rundskriv 1–2/2006 framhever at kompetansetiltak for tannhelsepersonell inngår i forberedelsen til iverksetting av tannhelsetilbudet til rusmiddelmisbrukere. Som allerede nevnt, viser kartleggingen at storparten av fylkeskommunene har hatt ulike former for slike tiltak, selv om de færreste kan skille ut de aktuelle kostnadene. De rapporterte kostnadene varierer mellom kr 0 og kr 870 000 for ett enkelt år (tabell 4). Det framkommer at de største kostnadene er knyttet til reising og overnatting i forbindelse med seminarer og samlinger, og dette gjelder naturlig nok spesielt i fylkeskommuner med store geografiske avstander.

Det blir ellers kommentert at de kompetansehevende tiltakene har vært gode, og at foredragsholderne, ofte fra rusmiddelfeltet, har vært inspirerende. Flere sentrale aktører blir navngitt og rapporteres å ha utvidet de ansattes forståelse for rusmiddelmisbruk og rusmiddelmisbrukere. Det framheves at dette er noe som gjør de som skal utøve tannhelsetjenester bedre i stand til å gjøre en god jobb overfor den aktuelle målgruppa.

Det er imidlertid ikke alle fylkeskommuner som har hatt spesielle kompetansehevende tiltak i perioden. I en fylkeskommune forklares dette ved at de har vært i FUTT- prosjektet, og dermed hadde et grunnlag. Andre satte i gang uten noe slikt grunnlag, men har i ettertid arrangert ulike typer opplæringstiltak for ansatte i den offentlige, og i noen grad også for ansatte i den private tannhelsetjenesten. De private tannlegene har i mange tilfeller blitt invitert til kurs og lignende, men oppmøtet rapporteres å ha vært varierende. Ansatte i sosialtjenesten har også vært invitert.

Det varierer i hvor stor grad fylkestannlegene mener at det er nødvendig med spesiell kompetanse for de som skal jobbe med rusmiddelmisbrukere. En fylkestannlege sa det slik:

«Når man har autorisasjon som tannlege, så bør man beherske alle aspekter ved det. Så i utgangspunktet burde det ikke kreves noe spesielt for å behandle rusmiddelmisbrukere.»

4.4 Andre kostnader

Fylkestannlegene ble også bedt om å rapportere «andre kostnader». Det var imidlertid ulike oppfatninger av hva dette kunne omfatte:

«Jeg vet ikke helt hva som er beregnet som andre kostnader, jeg tror det er litt forskjellig altså.»

Noen oppgir at kostnader som angår tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere inngår i det som er rapportert i det foregående, mens andre nevner kostnader som: oppgradering av utstyr, klinikkfasiliteter, honorarer, driftstilskudd for den aktuelle pasientgruppa, administrative kostnader knyttet til godkjenningsordningen opprettet i forbindelse med tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere og «ikke møtt»-problematikk.

Spriket i hva som fortolkes som «andre kostnader» gjør også at det er stor forskjell på beløpene som rapporteres. Fylkestannlegen som oppgir klinikkfasiliteter som «andre kostnader», har eksempelvis brukt 4.7–4.8 millioner fordelt på årene 2007 og 2008 (tabell 4). Et annet eksempel er en fylkeskommune som oppgir å ha brukt i underkant av kr 200 000 til driftstilskudd over en treårsperiode. Andre oppgir kostnader som ikke er enkle å skille ut, for eksempel til møtevirksomhet.

4.5 Tidsbruk

Som det framgår av tabell 5, er det under halvparten av fylkestannlegene som har en oppfatning av tidsbruk når det gjelder tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Det sies også her at fylkestannlegene burde ha blitt innformert ved oppstarten om at en ønsket å kartlegge tidsbruk.

Av de sju fylkeskommunene som rapporterer timetall, oppgir enkelte stipulert tid (planlagt gjennomsnittlig tid) per pasient, mens andre har regnet ut hvor lang tid som faktisk er brukt. Andre har omtrentlige verdier basert på klinisk erfaring. Av de fylkeskommuner som har beregnet stipulert gjennomsnittlig tidsbruk, har noen innberegnet «ikke møtt», andre ikke. Det er derfor ikke grunnlag for å sammenligne de oppgitte timetall (varierer fra 45 minutter til 6 timer).

Tabell 5. Gjennomsnittlig tidsbruk per pasient

Fylkeskommune	Gjennomsnittstid
Østfold	Informasjon ikke tilgjengelig
Akershus	2006: 5,3 timer (brukt) 2007: 5,9 timer (brukt) 2008: 6 timer (brukt, 6–7 timer ble stipulert i 2006)
Oslo	Informasjon ikke tilgjengelig
Hedmark	2006/2007: 2 timer (stipulert) 2008: 3 timer (stipulert)
Oppland	2007: 5 timer+ (stipulert, gjelder kun «Rus 2») 2008: 4 timer+ (stipulert, gjelder kun «Rus 2»)
Buskerud	Informasjon ikke tilgjengelig
Vestfold	Informasjon ikke tilgjengelig
Telemark	Informasjon ikke tilgjengelig
Aust-Agder	2 timer stipulert for «Rus 1»(+ikke møtt) (sml 1,5 t for hele gruppe c*)
Vest-Agder	Informasjon ikke tilgjengelig
Rogaland	Informasjon ikke tilgjengelig
Hordaland	Informasjon ikke tilgjengelig
Sogn og Fjordane	Informasjon ikke tilgjengelig
Møre og Romsdal	Informasjon ikke tilgjengelig
Sør-Trøndelag	Informasjon ikke tilgjengelig
Nord-Trøndelag	Anslag ca. 6 timer
Nordland	Informasjon ikke tilgjengelig
Troms	Anslag ca. 5 timer
Finnmark	Veldig varierende i de ulike distriktene: fra 45 minutter til 5,3 timer brukt

* Gruppe c viser i Lov om tannhelsetjenester til «grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie».

Fylkestannlegene som ikke kan oppgi timeantall spesielt for behandling gitt til rusmiddelmissbrukere, viser til at det vil være omtrent som, eller noe høyere enn det som gjelder pasientgruppa som mottar hjemmesykepleie. En oppgir at de har stipulert kostnad i stedet for stipulert tid. I tillegg har de mer kliniske inntrykk som ikke nødvendigvis kan tallfestes i antall timer:

«Denne gruppa tar lang tid å behandle. De har et enormt behandlingsbehov. De er redde, og må henvises til narkose. De møter ikke til timen, og vi må noen ganger snakke mye med dem for å få dem til å komme.»

Dette kliniske inntrykket blir kommentert av flere fylkestannleger. En gir uttrykk for at det er et problem at pasienter i målgruppa ikke kommer til tannlege selv om

de har fått et tilbud. Hun mener at det er grunn til å tro at det er flere personer med odontofobi i denne gruppa enn i befolkningen generelt.

En fylkestannlege hadde i forkant estimert at gjennomsnittlig tid ville være omtrent 6–7 timer per pasient. Dette viste seg å stemme ganske godt ved at gjennomsnittlig tid brukt her var 5,3 timer i 2006, 5,9 timer i 2007 og 6 timer i 2008.

Mange sprøytemisbrukere er redde for å få bedøvelse hos tannlege, selv om de selv setter sprøyter i vener, i lysk og hals. At rusmiddelmissbrukere uttrykker redsel for sprøyter i medisinsk sammenheng er imidlertid kjent i praksisfeltet (Rapport IS-1230, Rapport IS-1231, Morseth 2009). Flere av fylkestannlegene trakk fram at dette «paradokset når det gjelder sprøyteskrek hos denne gruppa» var en medvirkende faktor til at gjennomsnittlig tidsbruk er relativt høy. Redselen for bedøvelsessprøyte kommer som et tillegg til et omfattende og tidkrevende behandlingsbehov.

4.6 «Ikke møtt» – pasienter

Rusmiddelmissbrukere lever i mange sammenhenger et lite strukturert liv, der avtaler med ulike hjelpetjenester ikke alltid overholdes. Når rusmiddelmissbrukere gis tilbud om tannhelsetjenester vil «ikke møtt»- pasienter ikke overraskende representere et visst problem.

Fakturering av «ikke møtt»-kostnader

Selv om de fleste fylkeskommunene oppgir at de private tannleger fakturerer for «ikke møtt», har de imidlertid ikke oversikt over omfanget av kostnadene dette representerer (tabell 6). Fylkestannlegene er generelt opptatt av at de økonomiske midlene som er avsatt til tannbehandling til rusmiddelmissbrukere ikke skal gå med til «ikke møtt»-pasienter, og forholder seg til dette på ulikt vis. Eksempelvis har enkelte i rammeavtalen med private tannleger en bestemmelse om at de ikke kan fakturere for mer enn to tilfeller av «ikke møtt» for en enkelt pasient.

Tabell 6 illustrerer det vi tidligere har sagt om at fylkestannlegene i stor grad ikke har systematisert informasjon slik at de for eksempel i liten grad kan svare på det som gjelder pasienter som ikke har møtt til avtalt time. Dette må igjen sees på bakgrunn av at tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere finansieres gjennom rammetilskudd, og at fylkeskommunene derfor ikke har lagt opp til en spesiell rapportering for det aktuelle tannhelsetilbudet.

Tabell 6. «Ikke møtt»- pasienter: kostnader, tidstap og antall

Fylkeskommune	Kostnader	Tidstap og antall
Østfold	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Akershus	Informasjon ikke tilgjengelig	Timer/pasienter 2006: 118,25/6 2007: 265/10 2008: 537,75/31
Oslo	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Hedmark	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Oppland	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Buskerud	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Vestfold	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Telemark	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Aust-Agder	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Vest-Agder	Informasjon ikke tilgjengelig	Har bare timer fra mars 2008-mai 2009
Rogaland	Informasjon ikke tilgjengelig	Nordfylke: 2007: 95 t., 2008: 85 t Sørfylke: 2008: 250 t
Hordaland	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Sogn og Fjordane	En del av fylket har hatt kostnader på 10 223 kr til «ikke møtt»	2006: 1t45min 2007: 4t15min 2008: 4t30min (en del av fylket)
Møre og Romsdal	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Sør-Trøndelag	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Nord-Trøndelag	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Nordland	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig
Troms	Informasjon ikke tilgjengelig	2006: 114t 2 007 111t (alle tall offentlig tannh.tj/Rus 2) 2008: 94t (ingen reell nedgang)
Finnmark	Informasjon ikke tilgjengelig	Informasjon ikke tilgjengelig

Omfang av «ikke møtt»-pasienter og tidstap

Fylkeskommunene har i liten grad systematisk oversikt over antall timer med hensyn til «ikke møtt»-pasienter. Som det framgår av tabell 6, er det bare fire fylkestannleger som kan rapportere «ikke møtt»-timer når det gjelder rusmiddel-misbrukere. Ellers rapporterer en at det for pasienter i denne gruppa er ca. 15 prosent «ikke møtt» sammenlignet med 5–6 prosent i andre grupper som har rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste.

Selv om få fylkeskommuner kan rapportere «ikke møtt»-timer for den aktuelle pasientgruppa, gir flere likevel inntrykk av at de har et relativt godt bilde over situasjonen. Av de som har slik oversikt, har noen sett på andelen av pasientene som utgjør «ikke møtt»-materialet og finner at få personer står for mange timer.

Ifølge fylkestannlegene vil det derfor være en utfordring å identifisere disse og se hva som kan gjøres for å få dem til å møte til avtalt behandling.

Fylkestannlegene er generelt opptatt av at kostnader til «ikke møtt»-pasienter må begrenses, og møter denne utfordringen på ulike måter. Flere har etablert en ordning med kontaktperson i sosialtjenesten eller i institusjon for å redusere andelen «ikke møtt». Kontaktpersonen har da ansvaret for å få pasienten til å møte til avtalt time. Kontaktpersonen sender sms for å minne om timeavtalen, og dersom de likevel ikke møter, gjør kontaktpersonen, sammen med pasienten, avtale om ny time. Her er en erfaring fra en av fylkeskommunene:

«Vi har erfaring med at de faktisk kommer, og de vil ha behandling. Jeg tror ikke den «ikke møtt»-gruppa er så veldig stor. Og at vi sørger også for det gjennom at det er en kontaktperson som viser ansvar.»

I den offentlige tannhelsetjenesten innstiller de seg på at de skal få brukt tiden til andre oppgaver når pasienter ikke dukker opp til avtalt time. Der hvor det er ansatt egne «rustannleger» har de også mulighet til å være ekstra fleksible da pasientene på grunn av stort behandlingsbehov ofte ikke får gjort hele behandlingen på den avsatte tiden. I tilfeller der neste pasient ikke møter, kan tannlegen dermed bruke mer tid på pasienten som er inne til behandling. En ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten forklarer:

«I vinter da vi hadde vikar for rustannlegen, da gikk jeg ut og kikket etter om pasienten var kommet først, for hvis ikke så fortsatte vi på den pasienten vi hadde i stolen.»

Når det gjelder tidstap og kostnader, har flere beregnet at en time «ikke møtt» koster den offentlige tannhelsetjenesten kr 1 000. Ved å kjenne timetallet for «ikke møtt» kan en slik beregne kostnadene «ikke møtt» representerer. Enkelte fylkestannleger vektlegger at «ikke møtt»-timer er kostbare i den offentlige tannhelsetjenesten selv om de ikke faktureres.

En fylkestannlege framholdt at noe av grunnen til observert forskjell i andelen «ikke møtt» i henholdsvis offentlig og privat tannhelsetjeneste kan være at det «sitter i» folk at det er dyrere å gå til private tannlege enn til den offentlige tannhelsetjenesten. Private har også ofte lengre ventetid, slik at en må vente lenger på ny time hvis en ikke kommer:

«Jeg har en refleksjon rundt at det kanskje er litt færre «ikke møtt» til privat praksis enn i den offentlige tannhelsetjenesten. Det er at det sitter kanskje litt oppe i hodet på folk at det er dyrt å gå til privat tannlege. Å gå til offentlig tannhelse er gratis, og selv om pasientene selv ikke betaler for det her, er det noen ideer om dette. De som går til privat må liksom ta mer vare på den tjenesten. Og det kan også ha noe med ventetid å gjøre. Det er lang ventetid i privat praksis.»

Flere rapporterer imidlertid at «ikke møtt» er et mindre problem enn på forhånd antatt. Eksempelvis sier en fylkestannlege om pasienter som får tilbud om tannbehandling etter bestemmelsene i sosialtjenesteloven:

«De fleste møter opp og synes det tilbudet de har fått er bra, ikke sant. Så det er faktisk bedre enn forventet, for mange av dem er jo skikkelig ute på kjøret, ikke sant, så det er jo rart at de greier å dukke opp. De skal jo per definisjon ha bruk for praktisk hjelp i hverdagen, og da greier du ikke å huske en tannlegetime, ville jeg tro.»

Også i en annen fylkeskommune har de gode erfaringer med at denne gruppa møter i større grad enn de hadde trodd:

«Det er noe med at den gruppa er litt spesiell. At det går så bra som det gjør med «ikke møtt»-problematikken, er jo ganske beundringsverdig.»

På spørsmål om «ikke møtt»-problematikken er større for rusmiddelmissbrukere enn for andre grupper med tilsvarende tilbud, svarer en fylkestannlege at han ikke er sikker på det. Han framholder at de eksempelvis sliter med mye «ikke møtt» i gruppa barn opptil 18 år og unge mellom 18 og 20 år (gruppe a og d).

4.7 Samarbeidsavtaler

Alle fylkeskommunene har etablert samarbeid med ulike instanser, og ofte er dette formalisert i form av skriftlige kontrakter. Samarbeidsinstanser som oppgis er kommuner (NAV/sosialtjenesten), enhetsledere innen psykisk helsevern, enheter for LAR-behandling, behandlings- og omsorgsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere og private tannleger (i tillegg nevnes også avtaler med lavterksel-helsetiltak og fengsler).

Avtalene kalles samarbeidsavtale, rammeavtale, avtale om kjøp av tjenester eller partnerskapsavtale. Det vanligste er å ha samarbeidsavtale med kommunene (eller være i gang med prosessen) og avtale om kjøp av tjenester/rammeavtale med private tannleger dersom det er aktuelt.

Det er ikke alltid det dreier seg om skriftlige avtaler. Noen fylkeskommuner har eksempelvis skriftlige avtaler med de private tannlegene (for eksempel «Rammeavtale»), mens de ikke har skriftlige avtaler med døgninstitusjonene. Som eksempel på samarbeidsavtaler nevner enkelte fylkestannleger brev med tilbud om tannbehandling som sendes til pasienten via samarbeidsinstansene.

Innholdet i disse samarbeidsavtalene er ulikt. I avtalene med kommunene dreier det seg stort sett om informasjon og avtaler om at kommunen skal formidle tilbudet til pasientene. Når det gjelder avtaler med private tannleger, dreier det seg om behandlingskriterier, takster, hvordan behandlingen skal godkjennes og følges opp og eventuell kompensasjon (bonusordning).

«Kriteriene» er noe som nevnes av nesten alle fylkestannlegene og de viser til at disse er en viktig del av samarbeidsavtalen med private tannleger. «Kriteriene» viser til de tidligere nevnte «Kriterier for nødvendig og faglig forsvarlig tannbehandling» utgitt av Den Norske Tannlegeforening (se vedlegg 2).

Det gis generelt inntrykk av at det jobbes aktivt med samarbeidsavtaler, og at intensjonen i flere fylkeskommuner er at det skal være skriftlige avtaler i alle ledd, selv om det i praksis ikke er iverksatt over alt.

4.8 Konkurransetsetting?

Selv om mange fylkeskommuner bruker private tjenesteytere, viser kartleggingen at dette stort sett foregår uten formell innhenting av anbud (tabell 7). I et tilfelle etterspurte fylkestannlegen gjennom tannlegeforeningen og ved annonsering i Aftenposten om private tannleger var villig til å gi tannbehandling til rusmiddelmissbrukere. Dette må etter vår oppfatning mer ses på som et formalisert tilbud til private tannleger enn en anbudsinnhenting, da det ble inngått fortløpende avtaler med alle private tannleger som meldte sin interesse. Dette kan sammenlignes med måten en annen fylkestannlege har samarbeidet med private tannleger og den lokale tannhelsetjenesten. Her har fylkestannlegen hatt møte med den lokale tannlegeforeningen og sendt ut brev til alle private tannleger i fylket med tilbud om samarbeid.

En tredje fylkeskommune gjorde et forsøk på å innhente anbud, men på grunn av misnøye med takstgrunnlaget ble det oppfordret til ikke å gå med på tilbudet, slik at det ikke ble lagt inn noen anbud. Ved intervju tidspunktet var det imidlertid kommet en henvendelse fra den lokale tannlegeforening om at de nå var åpne for å inngå forhandlinger.

En fjerde fylkeskommune har hatt tanntekniske tjenester, men ikke selve behandlingstilbudet, ute på anbud. Andre fylkeskommuner som samarbeider med private tannleger, har sendt brev via den lokale tannlegeforeningen, men ser ikke på dette som konkurranseutsetting. En fylkestannlege sier det slik:

«Vi har inngått en avtale med tannlegeforeningen og de har anbefalt dette for sine medlemmer. Så noen konkurranseutsetting har det definitivt ikke vært. Vi har jo i hvert fall inntil 2008 ikke vært i en situasjon hvor vi kunne forvente å få noe ut av en konkurranseutsetting. Det har vært tilbyders marked for tannlegetjenester, sånn at vi har valgt en strategi hvor vi har samarbeidet med tannlegeforeningen for å få dette på plass.»

Enkelte fylkeskommuner har sendt brev til tannleger i et avgrenset område, eksempelvis for å dekke behov for tannbehandling på en bestemt behandlingsinstitusjon. Tradisjonell konkurranseutsetting i sammenheng med tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere blir stort sett vurdert som lite aktuelt. En fylkestannlege begrunner det slik:

«Jeg synes begrepet konkurranseutsetting er helt håpløst. Vi har mer enn nok med å skaffe ressursene som skal til; her er det ikke noe konkurranse. Og det finnes ikke konkurranse blant tannleger – det er mulig at det kan være sånn i Oslo, hvis det er kniving om pasienter, det har jeg ingen mening om, men her så kan du si at konkurransen i fylket her, det er stort sett å få time hos tannlege. Det er der konkurransen går, og ikke andre veien, så det blir liksom litt rart. Det lyser litt Oslo av det, og vi blir litt lei av det.»

Tabell 7. Konkurransetsatt og kjøp av tjenester

Fylkeskommune	Konkurransetsatt?
Østfold	Ikke konkurransetsatt. De private tannlegene bruker fylkeskommunale takster
Akershus	Ikke konkurransetsatt på grunn av lite omfang. Behandler nesten alle i offentlig
Oslo	Annonsert tilbud i Aftenposten og i tannlegeforeningen, har inngått avtale med alle som meldte interesse
Hedmark	Konkurransetsatt tannteknikk, men ikke behandling. Har prosedyre for kontakt med private tannleger
Oppland	Ikke aktuelt, da det er konkurranse om å få time hos tannlege
Buskerud	Ikke konkurransetsatt. Har avtale med private tannleger
Vestfold	Ikke konkurransetsatt. Har tatt kontakt med lokal tannlegeforening
Telemark	Konkurransetsatt er ikke aktuelt, har egen «rustannlege»
Aust-Agder	Konkurransetsatt er ikke aktuelt, offentlige tannleger behandler målgruppa
Vest-Agder	Ikke konkurransetsatt. Har tatt kontakt med lokal tannlegeforening, alle tannlegene var invitert
Rogaland	Ikke konkurransetsatt. Har tatt kontakt med lokal tannlegeforening, som anbefalte ordningen for tannlegene. Kjøpers marked for tannlegetjenester
Hordaland	La ut anbud, kom ikke inn tilbud. Har samarbeid med enkelte private tannleger. Planla nytt anbud på intervjudispunktet
Sogn og Fjordane	Ikke konkurransetsatt. Har få tilfeller av behandling av private
Møre og Romsdal	Ikke konkurransetsatt. Har avtaler med enkelte private tannleger
Sør-Trøndelag	Ikke konkurransetsatt. Har sendt brev til alle private tannleger
Nord-Trøndelag	Ikke konkurransetsatt. Har tatt kontakt via lokal tannlegeforening
Nordland	Ikke konkurransetsatt. Har gitt informasjon til private tannleger
Troms	Ikke konkurransetsatt. Private tannleger bruker egne takster
Finnmark	Ikke konkurransetsatt. «Mer enn nok å ta av til alle», få private tannleger behandler

Ved bruk av private tjenesteytere er det forskjeller mellom fylkeskommunene når det gjelder takster. Enkelte har i avtalene med private tannleger gjort det klart at alle skal benytte de fylkeskommunale takstene. I noen tilfeller har fylkestannlegen etter forhandling med den lokale tannlegeforeningen kommet fram til en enighet om fylkeskommunale takster med prosentvis påslag, eller et tillegg på kr 1 000 per pasient. I andre fylkeskommuner bruker de private tannlegene egne takster. Noe av grunnen til ulik praksis forklares med forskjeller i fylkeskommunale takster³.

³ Se kapittel 3.9 for mer om bonusordninger.

4.9 Oppgjør mellom fylkeskommunene

Det er også ulik praksis med hensyn til oppgjør mellom fylkeskommunene når det gjelder behandling av pasienter som har bostedsadresse i annen fylkeskommune enn der hvor tannhelsetilbudet blir gitt (se tabell 8). Det er tilfeller der pasienter er innlagt i privat institusjon som ikke har avtale med regionalt helseforetak eller kommune, som er gjenstand for diskusjon. Fylkestannlegene oppgir at problemet med uenighet om oppgjør er vanskelig å løse.

Dette skaper naturlig nok frustrasjon, og det rapporteres om konflikter om hvilken fylkeskommune som i slike tilfeller skal bære kostnadene. Enkelte fylkestannleger gir også uttrykk for at det er vanskelig å skille mellom det de kaller «godkjente» og «ikke godkjente» private institusjoner.

Problematikken rundt oppgjør gjelder, så langt vi kan se, betaling for tannbehandling ved opphold i institusjoner der vertsfylket ikke vil betale. Det er bare enkelte fylkeskommuner som praktiserer slike oppgjør, og dette har både foregått i situasjoner hvor de aktuelle fylkeskommunene er enige, men også selv om det i prinsippet er uenighet om hvem som skal betale.

Ut fra så vel ivaretagelse av de aktuelle pasientene som økonomi, ser fylkestannlegene det som viktig å få klarhet i reglene når det gjelder dette. Flere virket oppgitt over diskusjonene om hvem som skal betale for hvilken behandling, og bruker uttrykk som *urettferdig*, *frustrerende* og *uverdige*:

«Dette er lite å krangle for. Det er offentlige penger uansett, skattepengene våre. Hvis vi bruker skattepengene litt rasjonelt, så tjener vi på det alle sammen.»

«Det kjenner du sikkert til, at det er en krangel fylkene imellom. Noen ser det ikke sånn, men vi sier at det er så mange plasser i Østfold at vi ikke vil betale for alle. Spesielt Østerbo, som ligger borte ved Halden, er en stor privat institusjon. Så vidt vi har oversikt over, så kjøpes det ikke tjenester av det offentlige der. Og den er jo kjempestor, og hvis vi skal måtte ta utgiftene for det, føler vi det urettferdig, når de kommer fra hele landet.»

«Vi hadde nettopp et møte med fylkestannlegene og vi ble ikke enige, men jeg synes det er veldig uheldig fordi pasientene blir en kasteball mellom fylkeskommunene, og det synes jeg er uverdige i enkelte tilfeller.»

«Det er veldig frustrerende for brukeren, opplever vi. Det er mange som ringer selv og som er fortvilet. Og saksbehandlerne her i kommunen ringer. Det går mye tid til det, så det syns jeg er noe de [departementet] må ta fatt i.»

Tabell 8. Oppgjør mellom fylkeskommene

Fylkeskommune	Oppgjør mellom fylkeskommunene	Gråsoneproblematikk ift oppgjør
Østfold	Ikke oppgjør til andre fylkeskommuner	Ønsker at behandling klargjøres med hjem- fylkeskommune før behandling settes i gang
Akershus	Ikke oppgjør til andre fylkeskommuner	Har betalt for pasienter i Østfold/Oslo
Oslo	Ikke oppgjør. Avklart at det er et tilbud for alle som har opphold i fylkeskommunen	Har avklart situasjonen med de aktuelle fylkeskommunene, har samme forståelse
Hedmark	Har betalt til andre fylkeskommuner	Fylkestannlege synes det er uklart
Oppland	Har ikke hatt oppgjør til andre f.k.	Har ikke vært borti problemstillingen
Buskerud	Betaler for alle, også for egne pasienter i andre fylkeskommuner	Mener at «egentlig» skal hjemfylkeskommune betale, men at de betaler er riktig i følge tannhelse-/kommunehelsetj.lovv
Vestfold	Betaler for egne pasienter på «ikke godkjente» institusjoner andre steder	Mener hjemfylkeskommunen bør betale for pasienter som er midlertidig i Vestfold
Telemark	Betaler for egne pasienter på «ikke godkjente» institusjoner andre steder	Mener hjemfylkeskommunen bør betale for pasienter som er midlertidig i Telemark
Aust-Agder	Betaler for egne pasienter på «ikke godkjente» institusjoner andre steder.	Betaler akuttbehandling uansett (f.eks UFB)
Vest-Agder	Betaler for egne pasienter på «ikke godkjente» institusjoner andre steder	Mener hjemfylkeskommunen bør betale for pasienter som er midlertidig i V-A
Rogaland	Betaler for alle som får behandling i R.	Problematisk at andre f.k ikke ser det på samme måte (f.eks. Vest-Agder)
Hordaland	Betaler for alle som får behandling i H.	Ønsker at behandling klargjøres med hjem fylkeskommune før behandling settes i gang Ikke aktuell problemstilling
Sogn og Fjordane	Har ikke vært en problemstilling	
Møre og Romsdal	Har ikke oversikt	Uklart om dette er en problemstilling her
Sør-Trøndelag	Har betalt for pasienter i andre fylkeskomm, og alle som oppholder seg i Sør-Trøndelag	Betaler for egne pasienter i andre f.k når dette kreves
Nord-Trøndelag	Har i liten grad hatt oppgjør mellom seg og andre fylkeskommuner	N-T betaler noe til Møre og Romsdal, har ikke institusjoner
Nordland	Betaler ikke til andre fylkeskommuner	Betaler for de som er i behandling i Nordland
Troms	Betaler for alle	Betaler for alle. Har ikke institusjoner uten avtale
Finnmark	Betaler motvillig for egne pasienter som er i behandling andre steder	Betaler ikke for pasienter i «ikke godkjente» institusjoner

Evangeliesentrene nevnes av mange når det gjelder oppgjør mellom fylkeskommunene. Det største ligger i Østfold (med ca 150 plasser), og her har fylkestannlegen informert om at det må avklares hvem som skal dekke tannbehandling før den igangsettes. Det er gjort klart at fylkestannlegen ellers ikke betaler. For å slippe situasjoner med oppgjør i ettertid er det imidlertid gjort unntak ved enkle akuttbehandlinger:

«Vi har gjort unntak for litt akuttbehandling. Det har vi gjort for ikke å lage altfor mye styr rundt det. Noen hundrelapper har vi dekket, selv om vi mener at det ikke er vårt ansvar.»

I situasjoner hvor det i prinsippet er uenighet om hvem som skal betale, synes det som om det skilles mellom ulike typer tannbehandling. Det er bare en fylkestannlege som oppgir at de har hatt oppgjør med annen fylkeskommune når det gjelder akuttbehandling.

Ut fra intervjuene kan det virke som om det er en viss usikkerhet om hvorvidt man skal avklare hvem som betaler før tannbehandling igangsettes.

«Det er egentlig sånn at det skal godkjennes av den som betaler før det settes i gang behandling.»

De fleste fylkeskommunene er imidlertid av den oppfatning at den som gir behandlingen skal dekke kostnadene. Det henvises til at dette følger av tannhelsetjenesteloven der det heter at tjenestene skal gis til alle som «bor eller midlertidig oppholder seg i fylket»⁴, uavhengig av grunn for midlertidig opphold (jfr. sosialtjenesteloven). Imidlertid kan det likevel være tilfeller der det er betalt for pasienter på institusjoner der fylkeskommunen hvor tannbehandlingen finner sted ikke vil dekke kostnadene. Fylkestannleger oppgir å ha betalt til for eksempel Østfold, Oppland, «Sørlandet» og Akershus.

Østfold, Vestfold, Buskerud, Telemark, Aust- og Vest-Agder er alle av den oppfatning at hjemfylkeskommunen, og ikke oppholdsfylkeskommunen, bør betale for tannbehandling for rusmiddelmissbrukere som oppholder seg i institusjoner uten

⁴ Lov om tannhelsetjenesten § 1-1 «Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.»

avtale med de regionale helseforetakene (RHF) eller kommune. I Buskerud sier de imidlertid at de er «snille» og stort sett betaler for pasienter som oppholder seg der midlertidig.

I en fylkeskommune gjøres sammenligning med barn som er på ferie i andre fylkeskommuner og har behov for tannbehandling. Det framholdes som en prinsipiell motsetning at fylkeskommuner som mener at hjemfylkeskommunen skal betale for rusmiddelmissbrukere, samtidig sier at barn som er på ferie skal ha dekket behandling der de oppholder seg midlertidig (det vil si at oppholds-fylkeskommunen skal betale).

Som det framkommer, er fylkestannlegene opptatt av prinsipper og økonomi i denne sammenheng, men har ulike oppfatninger. På den ene siden står de som sier at det er «urettferdig» at man skal behandle flere pasienter enn rammetilskuddet er ment å dekke fordi det tilfeldigvis ligger en eller flere store private institusjoner uten avtale med RHF eller kommune i fylkeskommunen. På den andre siden står fylkestannlegene som sier at man bør følge Lov om tannhelsetjenesten som er klar på at fylkeskommunen skal behandle alle som oppholder seg i fylkeskommunen, også de som er der midlertidig. Det er først og fremst fylkeskommuner som har store institusjoner uten avtale innen sine grenser, der dette er et problem.

«Hvis vi hadde hatt en stor institusjon her, som vesentlig hadde hatt folk ifra andre steder, så ville det vært urimelig at vi skulle dekke de utgiftene. Hvis Oslo for eksempel sender dem til Telemark istedenfor å ta de utgiftene selv.»

Det kan her se ut som om fylkestannlegen anklager andre for å sende pasienter ut av egen fylkeskommune for å slippe kostnader, selv om det vel neppe er slik det foregår i praksis. Det sier imidlertid noe om intensiteten i denne debatten mellom fylkeskommunene.

Det framkommer også uoverensstemmelser mellom hva enkelte fylkeskommuner oppgir å ha som praksis og hva som faktisk finner sted. For eksempel er det en fylkeskommune som oppgir at de betaler for alle pasienter som får tannbehandling i regi av fylkeskommunen (også de som oppholder seg midlertidig i fylket i private institusjoner uten avtale med RHF eller kommune), mens en annen fylkeskommune oppgir at de har foretatt oppgjør til den aktuelle fylkeskommunen.

Gråsoneproblemer med hensyn til hvem som skal bære kostnadene for tannbehandling for denne pasientgruppa, var uten tvil det som vakte størst engasjement i intervjuene. En fylkestannlege var av den oppfatning at departementet hadde gitt signal om at det skulle gis en avklaring om hvorvidt vertsfylket eller hjemfylket skal dekke tannbehandling når en pasient er i privat institusjon uten avtale med RHF eller kommune, men at slik avklaring ikke hadde kommet. En annen opplyser å ha kontaktet departementet for å få en avklaring på denne problematikken, men hadde ikke fått svar.

Lov om tannhelsetjenesten er i utgangspunktet tydelig med hensyn til at fylkeskommunen har ansvar for at også personer som oppholder seg midlertidig i fylket skal få tilbud om tannhelsetjenester. Det kan derfor sees som et problem at fylkeskommuner der det er store private institusjoner uten avtale med helseforetak eller kommune, får for lite penger til å dekke kostnader til tannbehandling.

Det gis ellers uttrykk for at problemet i de fleste tilfeller dreier seg om et lite antall pasienter. Det er snakk om «peanøtter» hvert år. Et godt argument for at oppholds-fylkeskommunen skal betale, er den totale belastningen for pasientgruppa.

4.10 Gråsoneproblematikk - folketrygdloven

Når det gjelder pasientgruppa fylkestannlegene kaller «Rus 2», de som har rettigheter etter sosialtjenesteloven, er det en gråson mellom tannhelsetjenesteloven og folketrygdloven med hensyn til hvem som skal bære kostnadene for tannbehandlingen. Dette gjelder tilfeller der det ikke er gjort vedtak i henhold til Lov om tannhelsetjenesten § 1–3e (andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere). De fleste fylkestannlegene sier at i tilfeller hvor de har refusjonskrav fra Folketrygden, dekker fylkeskommunen det som Folketrygden ikke dekker. For pasientgruppa som er i institusjon er det ingen slik gråson fordi disse har rettigheter etter lov om tannhelsetjenesten, og dermed bortfaller refusjon fra Folketrygden.

Kun en fylkeskommune hadde på intervju tidspunktet gjort vedtak i fylkestinget for denne gruppa (Rus 2), og fylkestannlegen der sier *«det er jo det som kanskje er en liten tabbe vi har gjort her»*. Slik han ser det, ville det trolig vært penger å spare over fylkeskommunens tannhelsebudsjett dersom de ikke hadde fattet slikt vedtak. Når dette nå er gjort, går tannhelsetjenesteloven foran folketrygdloven.

Tabell 9. Gråsoneproblematikk - folketrygden, vedtak tannhelsetjenesteloven*

Fylkeskommune	Refusjon og gråsoneproblematikk – Folketrygdloven	Vedtak i henhold til Lov om tannhelsetjenester
Østfold	Fylkeskommunen betaler det som ikke dekkes for Rus 2-gruppa	Nei
Akershus	Mottar refusjon i de tilfeller der behandling gis i henhold til 14 kulepunkter i trygdeheftet	Nei
Oslo	Får refusjon for enkelte typer behandling	Nei
Hedmark	Får refusjon for noen typer behandling. Oppgir at fylkestingmøte 12/07 diskuterte dette	Nei
Oppland	Benytter ikke refusjon, synes det er mye arbeid	Nei
Buskerud	Får refusjon for noen typer behandling	Nei
Vestfold	Får refusjon for typer behandling	Nei
Telemark	Får refusjon for noen typer behandling	Nei
Aust-Agder	Ingen refusjon pga definert i gruppe e** via fylkestingsvedtak	Ja
Vest-Agder	Har nå refusjon etter at de redefinerte gruppa ut av gruppe e** i fylkestinget	Først ja, men gått bort fra vedtak
Rogaland	Får refusjon for noen typer behandling	Nei, har tidligere administrativt definert de inn i gruppe e**
Hordaland	Får refusjon for noen behandlinger	Nei
Sogn og Fjordane	Har ikke diskutert spørsmålet	Nei
Møre og Romsdal	Får av og til delvis dekning fra NAV	Nei
Sør-Trøndelag	Fordi det er rundskriv, får de refusjon fra NAV	Nei
Nord-Trøndelag	Oppfatter det som litt uavklart, men får enkelte ganger refusjon	Nei
Nordland	Får refusjon for noen behandlinger	Nei, men administrativt plassert i gruppe e**
Troms	Får refusjon for noen behandlinger	Nei
Finnmark	Uklart: Sier at Lov om tannhelsetjeneste går foran Folketrygdloven, men har ikke fattet vedtak i fylkestinget	Nei

*Hvorvidt en får refusjon fra Folketrygden, er avhengig av hvorvidt det er gjort vedtak i fylkestinget i henhold til Lov om tannhelsetjenester.

**Gruppe e viser i Lov om tannhelsetjenesten til «andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere». Her viser gruppe e til rusmiddelmissbrukere.

Tre fylkeskommuner der det ikke foreligger vedtak i fylkestinget, benytter seg likevel ikke av refusjon fra Folketrygden. Fylkestannlegene på ett av disse stedene uttaler:

«Men jeg synes det blir så komplisert, at de få pasientene det gjelder behandler man, og ferdig med dem. Det er jo så jævlig mye arbeid å holde på med den trykdegreia hvis det skulle være aktuelt.»

I de to andre fylkeskommunene er det mer uklart hvorvidt de kjenner til muligheten for refusjon.

Flere fylkestannleger viser ellers til 14 kulepunkter i et trykdehefte for refusjon på enkelte typer tannbehandling eller diagnoser (for eksempel implantatbehandling eller periodonittbehandling).

4.11 Vedtak iht. Lov om tannhelsetjenesten § 1–3e

Kun en fylkeskommune har som nevnt over gjort vedtak i fylkestinget om gruppe e⁵ i lov om tannhelsetjenesten (for den delen av målgruppa som av noen kalles «Rus 2», de som har vedtak etter sosialtjenesteloven § 4–2 bokstav a-d, jf. § 4–3 samt pasienter i LAR). En annen fylkeskommune hadde i utgangspunktet et slikt vedtak, men i 2008 gikk fylkestinget bort fra dette (tabell 8).

To fylkeskommuner oppgir at de har definert målgruppa administrativt inn i gruppe e, men en av disse har deretter gått bort fra det. For disse fylkeskommunene har det ikke innebåret vedtak i fylkestinget.

Når det gjelder den andre delen av målgruppa, «Rus 1»(pasienter i institusjon), forstår vi det slik at disse inngår i gruppe c (grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie) på lik linje med rettighetspasienter i andre typer institusjoner

Grunnen som oppgis for at 17 av 19 fylkeskommuner ikke har gjort vedtak i fylkestinget for gruppe e, er at pasientene da mister rettighetene etter folketrygdloven. Dersom det er gjort vedtak etter tannhelsetjenesteloven, vil NAV si at pasientene har bedre rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og vil da ikke refundere for behandlinger slik tilfellet ville vært dersom pasientgruppa ikke er

⁵ Gruppe e viser i Lov om tannhelsetjenesten til «andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere». Her viser gruppe e til rusmiddelmissbrukere.

definert inn i tannhelsetjenesteloven. En fylkestannlege sier at det ville være å «gi bort en del penger» å gjøre et slikt vedtak for denne pasientgruppa, siden refusjonsmuligheten da bortfaller

En fylkeskommune der det ikke er gjort vedtak i fylkestinget, sier at det på en måte hadde vært gunstig dersom alle fylkeskommunene gjorde vedtak, fordi man da vil spare statlige penger. En annen gir uttrykk for at de som har gjort vedtak i fylkestinget har gjort det på bakgrunn av det han kaller «en oppfordring i rundskrivet». I Rundskriv 1-2/2006 heter det «For å sikre at Stortingets bevilgningsvedtak blir fulgt opp, vil departementet oppfordre fylkeskommunene om å vurdere behovet for et lokalt vedtak om å innlemme gruppa i tannhelsetjenesteloven § 1-3, gruppe e». Det kan stilles spørsmål ved om rundskrivet burde vært klarere formulert. Dersom det er ønskelig at fylkeskommunene skal gjøre et slikt vedtak, bør det vurderes hvorvidt det er tilstrekkelig med en oppfordring om å «vurdere behovet» i rundskriv.

Ut fra det fylkestannlegene oppgir, kan det virke som om forskjellene mellom å gjøre vedtak eller ikke har betydning for hvorvidt retten til tannhelsehjelp er å anse som lovfestet og hvorvidt tannhelsetjenesten får refusjon fra Folketrygden/NAV. Det eneste stedet dette ellers ble nevnt når det gjelder lovfestet rett, var at en fylkeskommune ikke hadde recall på denne pasientgruppa siden det ikke er en lovfestet rett (ennå). Utover dette kan vi ikke se at den lovfestede retten gir andre praktiske konsekvenser for den aktuelle målgruppa.

4.12 Gråsoneproblematikk - sosialtjenesteloven

Så godt som ingen fylkestannleger rapporterer om problemer knyttet til gråsoner for hvem som skal bære kostnadene når pasienten har rettigheter etter sosialtjenesteloven (tabell 10). Det framholdes at dette er noe som håndteres av kommunene ved at det er disse som definerer hvorvidt en pasient har rettigheter i henhold til vilkårene for vederlagsfri tannbehandling som dekkes av fylkeskommunen.

«Vi stoler på at kommunen gjør den vurderingen i forhold til det lovverket som ligger i bunn.»

Tabell 10. Gråsoneproblematikk - pasienter med rett til sosial stønad

Fylkeskommune	Gråsoneproblematikk – sosialtjenesteloven
Østfold	«Ser fleksibelt på det». Gjør vurderinger sammen med sosialtjenesten
Akershus	Blir vurdert av spesialrådgiver i tannhelsetjenesten
Oslo	Ingen store saker, har gått seg litt til etter hvert
Hedmark	Kommunen vurderer hvilken gruppe pasienten tilhører
Oppland	Kommunen vurderer om pasienten tilfredsstillende vilkårene
Buskerud	Stoler på at kommunene gjør vurderingen i forhold til lowerket
Vestfold	Ingen gråsone for fylkeskommunen, men for kommunen
Telemark	Ingen gråsone
Aust-Agder	Gråsone dersom ønske om privat (dyrere) behandling
Vest-Agder	Ingen gråsone
Rogaland	Ingen gråsone
Hordaland	Ingen gråsone for fylkeskommunen, men for kommunen
Sogn og Fjordane	Lokale forskjeller når det gjelder hvordan sosialtjenesten ser det. Det kan være fruktbart å diskutere med sosialtjenesten
Møre og Romsdal	Ingen gråsone
Sør-Trøndelag	Ingen gråsone
Nord-Trøndelag	Ingen gråsone, irrelevant spørsmål
Nordland	Ingen gråsone
Troms	Ingen gråsone (kun ved lavterskel)
Finnmark	Har spleiset med kommunene på dyr behandling i enkelte tilfeller

En fylkeskommune har ansatt egen rådgiver som behandler slike søknader fra kommunene, og har dermed tett samarbeid med den kommunale sosialtjenesten. En annen oppgir at det i starten i 2006 var problemer knyttet til slik gråsone, men at det siden har gått seg til.

Det kan virke som om enkelte fylkestannleger er av den oppfatning at sosialtjenesten i kommunene i større grad enn tidligere prøver å definere de aktuelle pasientene inn i sosialtjenestelovens bestemmelse om rett til vederlagsfritt tannhelsetilbud dekket av fylkeskommunen, slik at kommunen slipper å betale for denne tjenesten over eget budsjett. Enkelte gir uttrykk for at det er positivt i den forstand at det kan bidra til at rusmiddelmissbrukere i større grad enn tidligere får vedtak om behandling som de også tidligere har hatt behov for. Ved å gi klientene vedtak etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3 ser kommunen at de sparer egne midler til tannbehandling for disse.

Eksempel på gråsoneproblematikk om hvem som skal bære kostnadene, er der hvor fylkeskommune i stor grad bruker offentlige tannleger til å behandle den

aktuelle målgruppa, men hvor pasienten ønsker behandling i privat tannhelsetjeneste (antatt dyrere behandling). I slike tilfeller oppgir en fylkestannlege at sosialtjenesten må dekke behandlingen. Resultatet blir da stort sett at sosialtjenesten bestemmer at pasienten tilbys behandling hos offentlig tannlege gjennom fylkeskommunen i stedet for å betale til privat tannlege over kommunens budsjett.

I en fylkeskommune har de valgt å være fleksible når det gjelder hvilken bestemmelse i sosialtjenesteloven pasienten har vedtak etter. De går i stedet ut fra en beskrivelse av pasientens situasjon og vurderer den som grunnlag for om det skal gis tannbehandling:

«Vi velger som regel å se positivt på det. Jeg hadde akkurat et tilfelle nå, hvor sosialkontoret skrev at hun var nå rusfri, og var ikke egentlig på noe tiltak, men hadde ikke benyttet seg av dette mens hun var rusmisbruker. Da sa vi at vi dekker opp en behandlingsseanse, ikke bare en, men en behandling for å rehabilitere, hvis den blir gjort nå i løpet av 2009. Vi satte det som kriterium.»

Det synes imidlertid som om denne fylkeskommunen er alene om å være fleksible i denne sammenheng. I andre fylkeskommuner ser det ut til at det i større grad er sosialtjenesten som har satt pasientene på de «riktige» paragrafene for å kunne nyttiggjøre seg av tilbudet fra fylkeskommunen. I en fylkeskommune der sosialtjenesten tidligere har gitt rusmiddelmissbrukere hjelp ut fra kapittel 6 i sosialtjenesteloven, har de gjort om vedtakene til å gjelde § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3:

«Sosialtjenesten sørger i alle fall for at de ikke betaler over sine budsjetter på de som har en rettighet hos oss.»

I en fylkeskommune samarbeider den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og sosialtjenesten økonomisk når det gjelder å dekke spesielt kostbare behandlinger.

4.13 Kontroll- og rapporteringsrutiner

Tabell 11 gir oversikt over hvorvidt fylkeskommunene har etablert kontroll- og rapporteringsrutiner ved samarbeid med eventuelle private tjenesteytere og hva som inngår i disse. Det framkom ulike synspunkter på hensiktsmessigheten av slike rutiner.

«Fra noen andre så har jeg hørt at hvis man skulle innføre kontroll- og rapporteringsrutiner i samarbeid med private, så ville de antakeligvis si at nei, dette orker vi ikke å gjøre. Det er jo noe med at hvis du skal ha et samarbeid med de private, så må man møtes på halvveien; vi kan ikke forlange at de skal rapportere på ting, for da må vi betale for det, og det ligger jo ikke inne i den summen vi får, da blir det jo mindre behandling, da går jo alt vekk i administrasjon hvis vi skulle ha betalt for at de private skulle sitte og rapportere på ting.»

De fleste oppgir imidlertid at de har en ordning med godkjenning av kostnadsoverslag, og at de utover det prøver å holde rapportering på et minimumsnivå slik at samarbeidet skal være best mulig. Mange av fylkestannlegene gir uttrykk for at de er avhengige av samarbeid med private tjenesteytere da de ikke har tilstrekkelig kapasitet i den offentlige tannhelsetjenesten.

Ingen av fylkeskommunene har en ordning som fungerer når det gjelder rapportering på tannhelsesdata. En fylkestannlege sier at i følge avtalen med de private tannlegene, skal det rapporteres i januar hvert år, men at dette ikke fungerer i praksis. Grunnen er at mange private tannleger enten ikke har elektronisk journal eller at de bruker journalregistreringssystemet OPUS, og at det i begge tilfeller er vanskelig å ta ut slike rapporter. Det er også slik at den offentlige tannhelsetjenesten i liten grad etterspør rapporter da de er redd dette ville gått på bekostning av et godt samarbeid med de private tannlegene, noe de som nevnt er avhengige av. En annen grunn til at det ikke har vært tatt tak i rapporteringsrutiner, er at det har vært uklart hva dataene skulle brukes til. Igjen sier fylkestannlegene at dersom dette var noe departementet ønsket rapportering på, burde det vært formidlet klarere.

I følge fylkestannlegene har det heller ikke vært tradisjon for rapportering i privatpraksis, slik at det dermed blir vanskeligere å få til enn det egentlig burde være.

«Det burde være veldig enkelt. Av alle de vi har avtale med, så er en – han behandler jo over halvparten av de som behandles privat – han kommer pliktskyldigst med det her 2. januar hvert år, liksom. Men de øvrige – ikke tale om altså, da må vi drive og ringe og purre. Det er ingen tradisjon for rapportering i privat praksis, det finns ikke.»

Tabell 11. Egenandel, rapporteringsrutiner, recall

Fylkeskommune	Egenandel	Kontroll/rapporteringsrutiner	Rutiner for recall
Østfold	Nei	Nei, men har mulighet	Ikke systematisk
Akershus	Nei	Godkjenning av behandlingsforslag	Dersom pasienten ønsker det
Oslo	Nei	Kostnadsoverslag godkjennes	I utgangspunktet recall på alle pasienter, men med tilpasning
Hedmark	Nei	Avtale om rapport i januar hvert år, men få leverer	Recall som for andre pasient grupper
Oppland	Nei	Skal rapportere antall pasient- er når året er slutt. Vanskelig	Ikke spesielt opplegg for denne gruppa
Buskerud	Nei, har ikke mulighet til det	Sender kostnadsoverslag og faktura. Ikke tannhelsesdata	Pasient kan få recall så lenge han/hun er i samme tiltak
Vestfold	Nei	Faktura kontrolleres mot kostnadsoverslag	Recall i offentlig tannbehandling
Telemark	Nei, men «interessant»	Ikke aktuelt da offentlig behandling	Har i prinsippet rutine for recall
Aust-Agder	Nei	Ikke aktuelt da offentlig behandling	Uklart, men trolig recall
Vest-Agder	Nei	Kun godkjenning av behandling over kr 10 000	Recall forutsatt nytt vedtak
Rogaland	«I liten grad» og nei.	«Har ikke kommet i gang med det»	I «svært begrenset» omfang. Har forsøkt
Hordaland	Pasient dekker selvdyrere behandling	Uklart	Blir vurdert individuelt
Sogn og Fjordane	Egenandel på reisekostnader	Ikke aktuelt da offentlig behandling	Blir vurdert individuelt
Møre og Romsdal	Nei	Nei	Recall for sosialtjenesteloven/NAV, ikke for institusjon
Sør-Trøndelag	Nei	Har kun behandlingsplan. Liten administrasjon	Recall er rutine
Nord-Trøndelag	Nei	Har avtale om sending av regning/journalutskrift	Recall som for andre pasientgrupper
Nordland	Nei	Kun faktura og godkjenning over kr 10 000	Blir vurdert Individuelt
Troms	Nei	Kun faktura og godkjenning over kr 9 000	Recall som for andre pasientgrupper
Finmark	Nei	Kun sjekking og godkjenning av overslag	For de som ønsker, hvis kapasitet

Det varierer også i hvor stor grad det etterprøves om fakturaen fylkestannlegen får samsvarer med det kostnadsoverslaget som ble godkjent i forkant av behandlingen. Enkelte fylkestannleger sier de gjør dette konsekvent, mens andre ikke går gjennom og kontrollerer. Det blir oppgitt at dette dels er et spørsmål om lokale rutiner, dels om administrative ressurser i den offentlige tannhelsetjenesten.

Systemet for samarbeid med private tannleger er slik fylkestannlegene ser det, basert på tillit. I to fylkeskommuner ble det nevnt at grunnlaget for denne tilliten muligens ikke er like stort som tidligere. En kom med følgende forslag:

«I blant så lurer jeg på om vi blir lurt litt. Og det kunne vært gjort så enkelt som at vedkommende tannlege tok to røntgenbilder som en sånn sluttkvittering og sendte. Da kunne man i alle fall fått inntrykk av om det var fulgt opp».

I følge denne fylkestannlegen er ikke de private tannlegene vant til «å bli kikket i kortene», og han tenker at departementet kanskje burde trekke opp noen nasjonale retningslinjer.

4.14 Recall og oppfølging

Fylkeskommunene har ulike rutiner for recall (innkalling til ny time) og oppfølging av pasientene i den aktuelle målgruppa (tabell 11). Noen har ingen systematisk ordning med recall, men kaller inn de aktuelle pasientene ut fra individuelle vurderinger. I andre fylkeskommuner er det slik at alle som ønsker, får recall. Selv om noen fylkeskommuner har som prinsipp at alle skal stå på recall, framkommer det at det i realiteten gjøres individuelle tilpasninger. En fylkestannlege er her opptatt av at det ikke skal gjøres forskjell på rusmiddelmissbrukere og andre pasientgrupper. Det er imidlertid ikke alltid det er kapasitet til å gi tilbud om recall.

I noen fylkeskommuner får ikke pasientene som inngår i «Rus 1» (institusjon) recall fordi institusjonsoppholdet ikke går over særlig lang tid, mens de som er i «Rus 2» (sosialtjenesteloven, LAR) blir satt opp på recall. I de fylkeskommunene hvor det er samarbeid med private tjenesteytere, har ikke alltid fylkestannlegen informasjon om hvorvidt disse har rutiner for recall for denne pasientgruppa.

Det rapporteres ellers om varierende erfaringer med recall-ordningene. Kriteriet for at den skal fungere, er at de som er i «Rus 2» kan bekrefte at de fremdeles er i

målgruppa når de møter hos tannlegen. Dette gjøres ulikt i de forskjellige fylkeskommunene, men det vanligste er at den enkelte pasient har med en bekreftelse fra sosialtjenesten. En annen måte er å få en samlet oversikt fra sosialtjenesten ved årsskiftet over aktuelle pasienter.

En fylkeskommune har innført en egen recall-ordning for LAR-pasientene, basert på en avtale som pasienten selv gjør. Dette vil kunne være aktuelt for å redusere omfanget av «ikke møtt»-pasienter også i andre grupper. En måte å redusere «ikke møtt» som samtidig ivaretar recallfunksjonen, ble framholdt av overtannpleier i en fylkeskommune:

«Det er nok litt sånn både/og, noen vil stå på og ringer selv og noen møter aldri på recall. Men det jeg har funnet ut, istedenfor å sende en timepåminnelse om at du har ny time 5. mai, så sender jeg et brev om at nå er det på tide at du kommer til ny sjekk, vennligst ta kontakt i løpet av 1 uke eller 3 uker, så får du time. For ellers så blir det mye ikke møtt til timen.»

En annen fylkeskommune oppgir at de ikke har et system for recall så lenge behandlingen ikke er en lovfestet rett, og at ettersom de får ny tildeling av midler til denne pasientgruppa hvert år, må se det an.

4.15 Egenandel?

Ingen av fylkestannlegene har innført ordning med egenandel for ordinær tannbehandling for pasientene i den aktuelle målgruppa (tabell 11). De oppgir at dette heller ikke vil være aktuelt, først og fremst ut fra at det ville medført administrativt arbeid som ikke ville stå i forhold til beløpet som ville kunne komme inn. Når det gjelder dyrere løsninger enn det som tilbys innenfor retningslinjene, rapporterer enkelte fylkeskommuner at pasienter (eller familien) har betalt merkostnaden for den behandlingen de har ønsket. Det stilles imidlertid også spørsmål ved hvorvidt det gis mulighet etter loven til å kreve egenandel. En fylkestannlege er av den oppfatning at det «ligger i kortene at vi kan kreve det», og at det kan være aktuelt å diskutere dette da utgiftene til denne pasientgruppa øker. En annen rapporterer at de private tannlegene har prøvd seg med å ta betalt egenandel fra pasienter i målgruppa, men at fylkestannlegen da har satt ned foten.

5 Brukermedvirkning

Det er få fylkeskommuner som kan rapportere om brukermedvirkning og brukerundersøkelser i forbindelse med tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Selv om flere oppgir å ha fokus på brukermedvirkning og brukerundersøkelser generelt, synes det så langt i liten grad å gjelde rusmiddelmissbrukere som pasienter for tannhelsetjenesten. Rusmiddelmissbrukere er imidlertid en relativt ny gruppe i denne sammenheng. En forklaring på manglende brukermedvirkning kan derfor være at fylkestannlegene har prioritert å komme i gang med tilbudet slik at dette har kommet noe i bakgrunnen. En fylkestannlege rapporterer imidlertid kontakt med RIO (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon) som har holdt foredrag på kurs og informasjonsmøter og ellers har god kontakt med organisasjonen. Han framholder:

«Vi må vel nesten si at det har vært en øyeåpner for oss i de aller fleste sammenhenger. Vi planlegger jo tiltak og behandling for andre, veldig ofte uten å spørre så mye om hvordan vi gjør det. Spesielt for denne gruppa her, så er det jo viktig å ha målgruppa med på laget for å finne ut hvordan vi skal gjøre det. For å få tilbudet mest mulig smidig. Og det med å finne ut hvordan forventningene skal være, både fra vår side og fra dere side.»

To fylkeskommuner, Rogaland og Oslo, har foretatt brukerundersøkelser i den aktuelle målgruppa. Brukerundersøkelsen fra **Rogaland** omfatter 18 pasienter. Da den gjelder få pasienter og alle heller ikke har svart på alle de 19 spørsmålene som inngikk, er det begrenset hva som kan sies om resultatene. Kjønnfordelingen var 61 prosent menn og 39 prosent kvinner. Flertallet var over 40 år, ingen var under 20 år. 2/3 av de 18 var bosatt i Stavanger kommune, de resterende i området rundt. Et flertall oppga å ha misbrukt rusmidler i mer enn 20 år. Noe over halvparten oppga opiater som det mest foretrukne rusmiddel, og noe under halvdel av de 18 pasientene oppga å være i substitusjonsbehandling. Av de som var LAR-pasienter, hadde fem pasienter subutex, to hadde metadon og en hadde subuxone.

Når det gjelder tidligere tannbehandling, svarte åtte av de 18 at det var under to år siden sist, tre at det var mellom to og fem år, og seks at det var mer enn fem år siden sist de hadde vært i tannbehandling. Som grunn til at de ikke hadde vært i tannbehandling de siste årene, oppga de fleste aktivt misbruk, samt frykt for tannleger og/eller utstyret. Så godt som alle (15 av 18) svarte at den mottatte tannbehandlingen hadde svart til forventningene, at de ble mottatt på en god måte og at behandlingen har vært «meget god» (14 av 18). Bare en svarte at behandlingen hadde vært «mindre god», mens tre svarte at behandlingen hadde vært tilfredsstillende.

Pasientene oppga å være brukere av flere illegale rusmidler og alkohol. To av de 18 oppga problemer med tanngnissing og to oppga problemer med trøske (hvitt belegg i munnen). Fem oppga munntørrehet knyttet til substitusjonspreparater som problem, sju munntørrehet som bieffekt av c-preparater. Fire oppga at de tror at rusmidlene er grunnen til skadene på tennene, seks livsstilen som følge av bruk av rusmidler, mens elleve var av den oppfatning at en kombinasjon av rusmiddelbruk og livsstil lå til grunn for dårlig tannhelse. Elleve av 18 oppga å bruke tannbørste.

Fylkestannlegen i **Oslo** har gjennomført en spørreundersøkelse blant 40 pasienter i døgntannbehandling for rusmiddelmissbruk som Tannhelsetjenesten Oslo KF har utarbeidet i forbindelse med innføring av nytt tannhelsetilbud til rusmiddelmissbrukere under behandling i helseinstitusjon (Personellressursen i offentlig tannhelsetjeneste 2007). Av de 40, oppga 33 å ha benyttet seg av tannhelsetilbudet. De som hadde mottatt vederlagsfri tannhelsetjeneste, hadde i gjennomsnitt vært i institusjonen i 18 uker, mens det tilsvarende gjennomsnitt for de sju som ikke hadde benyttet tilbudet var rundt 32 uker. Grunner som ble oppgitt for ikke å ha brukt tannhelsetilbudet, var at de ikke hadde fått informasjon (fire personer), hadde tannbehandlingsangst (to personer) eller at de ikke hadde vært ved institusjonen i tre måneder (to personer).

Av de 33 som hadde benyttet seg av tilbudet, svarte 2/3 at de hadde fått tilstrekkelig informasjon. Gjennomsnittet for hvor lenge de måtte vente på time for utarbeidelse av behandlingsoverslag var syv uker (0 til 19 uker). Ventetid etter behandlingsoverslaget fra den offentlige tannhelsetjenesten til time hos behandlende tannlege var fra 1–14 uker (gjennomsnitt 2,7 uker). Noe over 3/4 oppga at de var fornøyd med tannbehandlingen. Rundt 60 prosent oppga at de kom til å benytte den private tannlegen etter institusjonsoppholdet. De langt fleste (86 prosent) oppga å være

fornøyd med tilbudet slik de hadde opplevd det. Fylkestannlegen i Oslo vurderer dette som et godt resultat.

Det kom også fram at noen av pasientene som inngikk i brukerundersøkelsen selv hadde måttet innhente informasjon om ordningen med tannhelsetjeneste. Noen sa også at ventetiden for å komme i behandling var for lang. Flere ga uttrykk for at behandlingen som ble gitt ikke var omfattende nok. Noen karakteriserte ordningen som veldig bra, mens andre uttrykte misnøye med den tannlegen de hadde benyttet.

Samlet kan vi oppsummere at flertallet av pasientene som har svart på undersøkelsene i Rogaland og Oslo stort sett sier seg fornøyd med tannbehandlingen de har mottatt. Det kan også nevnes at fylkestannlegen i Oslo trekker fram behovet for en forbedring av døgninstitusjonenes informasjon til de aktuelle pasientene.

For de fylkeskommunene som ikke har foretatt egne brukerundersøkelser i den aktuelle pasientgruppa, har noen likevel fått ulike mer eller mindre tilfeldige tilbakemeldinger om hva pasientene synes om tilbudet. Noen slike tilbakemeldinger har kommet direkte fra pasienten til tannlegen, noe har kommet via NAV:

«Det er ikke foretatt noen brukerundersøkelse. Men vi får jo mange positive tilbakemeldinger fra NAV, og spesielt fra ett NAV-kontor da, som vi har hatt mest samarbeid med gjennom FUTT. Men også behandlende tannleger ute gir den tilbakemeldingen at det er en veldig takknemlig gruppe å jobbe med. Jeg har en oppfatning av at tannlegene er positive, de private og. Og at brukerne er veldig glade for dette tilbudet».

En annen fylkestannlege forteller:

«Vi har bare brukerundersøkelser for andre grupper gjennom tannlegeforeningen. Når det gjelder denne gruppa får vi inntrykk av at det er det litt begge deler. Det har ikke vært noe problem å få tannleger til å behandle de. De privatpraktiserende syns det er viktig – de er motivert for å behandle dem. Men det er klart at på de offentlige klinikkene er det ikke alle som ønsker å behandle. De vegrer seg i forhold til smitte. Man må være ekstra påpasselig når man behandler de. Det er en ekstra utfordrende gruppe å behandle. En del av dem blir jo også litt sinna og aggressive når de ikke får det akkurat slik som de ønsker. Det er et problem. Det er en utfordring – men ikke bare negativt. Det er krevende på flere områder.»

En tredje er opptatt av å ha brukerundersøkelse blant pasientene, men er også opptatt av å høre hva samarbeidspartnerne synes:

«Jeg kan tenke at vi bør ha det [brukerundersøkelser]. Men hva er brukeren her? Det er rusmisbrukeren, men det er også sosialtjenesten. Skal vi ha en evaluering, så syns jeg at de samarbeidspartnerne er vel så viktige å få tilbakemelding fra. Kanskje det er vas, men jeg mener at vi må ha en såpass etisk moral at om det er ruspasienter eller noe annet, så skal de ha samme behandlingen når de kommer her. Men hva greier vi å få til av samhandling til det beste for pasienten? Da er det samarbeidspartneren som må være med på det.»

6 Oppsummering og vurdering

Tilbudet er godt i gang

Fylkeskommunene fikk i 2005 ansvar for å gi tilbud om tannhelsetjenester til rusmiddelmissbrukere som oppholdt seg i døgninstitusjon ut over tre måneder. I 2006 ble dette utvidet til å gjelde rusmiddelmissbrukere som mottok tjenester etter sosialtjenesteloven § 4–2 bokstav a-d, jf. § 4–3 (se kapittel 1), og i 2008 til å gjelde pasienter i legemiddelasistert rehabilitering (LAR). Tilbudet om vedelagsfri tannbehandling av rusmiddelmissbrukere er med andre ord relativt nytt, og nye målgrupper har kommet til underveis. Kartleggingen viser at fylkeskommunene har fulgt opp ansvaret de er gitt, selv om det varierer noe «hvor langt en har kommet». Det rapporteres jevnt over om engasjerte medarbeidere og at etablering av tilbudet stort sett har gått greit.

«Vi synes at dette fungerer greit og at det er absolutt nødvendig; vi ser helt klart behovet og er veldig glad for at det har kommet penger til det. Så jeg synes nok at det skal bli en lovlig rettighet og et fast opplegg.»

«En av konklusjonene må jo bli at det har vært mindre belastende for tannhelsetjenesten en vi hadde trodd.»

«Jeg oppfatter det slik at de som arbeider med problemstillingen hos oss, synes dette er spennende og givende og utfordrende... Så dette har vært en positiv utfordring. Det som har vært den største utfordringen er jo at det kom dettende ned en del penger litt uforberedt... Så hvis en senere skal gå inn og evaluere, så tror jeg at det kunne være greit at kriteriene en skal legge til grunn for rapportering kunne vært litt mer ensartet. At det ble gitt noen retningslinjer for hva som bør rapporteres, og hva som en eventuelt skal evalueres på.»

Som pasientgruppe representerer imidlertid også rusmiddelmissbrukerne utfordringer, kanskje spesielt for tannleger med begrenset erfaring slik det her framkommer:

«Det er klart at det er tungt for den uerfarne tannlege. For det første er det vanskelig å møte kravene fra pasientene. Det er mange avgjørelser som må gjøres i et tannsett som dette. Du må ta mange vanskelige valg. Det er som å skrive en god disposisjon i en stil, som kan være krevende for enhver tannlege, og spesielt for uerfarne. Så dermed blir det tungt for de som ikke har erfaring. En annen ting er at pasientene i denne gruppa er takknemlige, de setter pris på den hjelpen de får.»

Det framkom naturlig nok noe ulike holdninger til rusmiddelmissbrukere som pasientgruppe. Mens noen vektla at de skulle behandles på linje med øvrige pasientgrupper, ga andre uttrykk for at behandlingen som skal gis må ses i sammenheng med situasjonen disse pasientene er i. Eksempelvis var noen av den oppfatning at det vil være lite hensiktsmessig å gi samme behandling til rusmiddelmissbrukere som til andre prioriterte grupper, da de ikke ville klare å holde tennene rene. Forskjeller i holdninger hadde i noen grad sammenheng med erfaring. Eksempelvis hadde de som deltok i den forutgående forsøksordningen med utvidet tannhelsetilbud til rusmiddelmissbrukere (FUTT-prosjektet), kommet gjennom mange av oppstartsproblemene.

Intervjuene fikk flere fylkestannleger til å reflektere over egen praksis og utviklingspotensialer. En fikk blant annet tanker om å organisere det forebyggende arbeidet utenfor klinikken, ved å gi institusjonene et oppsøkende tilbud, noe de tidligere ikke hadde gjort. En annen ble satt på ideen om å formalisere skriftlige samarbeidsavtaler, slik mange fylkeskommuner allerede har gjort. En tredje ville vurdere hvorvidt lov om offentlige anskaffelser gjør det nødvendig å lyse ut anbud når de ønsker samarbeid med private tannleger. Det siste er et komplekst tema da mange fylkeskommuner oppgir å ha problemer med å rekruttere private tannleger til det vedtatte tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere (se kapittel 4.8).

Når tilbudet alle?

Det er naturlig nok vanskelig å si i hvilken grad alle rusmiddelmissbrukerne, eller de som trenger det mest, har fått tilbud om tannhelsetjeneste eller den nødvendige bistand til å benytte seg av det. På den ene siden har ikke fylkeskommunene den nødvendige oversikt over antall rusmiddelmissbrukere som omfattes av rettigheten, på den annen side har heller ikke alle fylkeskommunene lagt opp til et rapporteringssystem som kan gi informasjon om hvor mange i de aktuelle pasientgruppene som har mottatt tannbehandling.

For å anslå omfanget av hvor mange rusmiddelmissbrukere som har rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste, er fylkekommunen avhengig av informasjon fra sosialtjenesten i kommunene og behandlingsinstitusjonene i spesialisthelsetjenesten som geografisk ligger innenfor fylkeskommunens grenser. Det vil variere om, og i hvilken grad kommunene har oversikt over hvor mange «*personer som på grunn av et rusmiddelproblem mottar tjenester etter sosialtjenesteloven § 4–2 bokstav a-d, jf. § 4–3 i sosialtjenesteloven*»(Rundskriv I-2/2006). Selv om kommunene har en samlet oversikt over hvor mange klienter som mottar slike tjenester, vil det videre variere hvorvidt det foreligger en systematisk registrering av om det er rusmiddelproblemer som ligger til grunn for at klienten mottar de aktuelle tjenestene. Det vil også by på problemer å ha en jevnlig oppdatert oversikt over antall pasienter i behandlingsinstitusjon som har rett til vederlagsfri tannbehandling. Når det gjelder pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), vil det være noe enklere, da disse er registrert i de regionale LAR-sentrene, og ved at de fleste er i slik behandling over lang tid.

Faller grupper utenfor?

Som vi har gått inn på i kapittel 3.2, er fylkestannlegene av den oppfatning at det er grupper som faller utenfor tannhelsetilbudet slik det er organisert i dag. Når det gjelder rusmiddelmissbrukere som per i dag har rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste etter sosialtjenesteloven, er disse definert som de som mottar tjenester etter § 4–2 bokstav a-d, jf. § 4–3. I forsøksprosjektet (FUTT) inngikk også de som mottok tjenester etter kapittel 6, «*Særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere*», i målgruppa (se kapittel 1). Selv om de fleste av disse trolig også mottar tjenester etter kapittel 4, er det vanskelig å forstå hvorfor kapittel 6 ble utelatt da ordningen ble gjort permanent. Det bør derfor vurderes om ikke rusmiddelmissbrukere som omfattes av sosialtjenesteloven kapittel 6 igjen bør inkluderes. Som nevnt (kapittel 3.1), finner vi at kommuner omdefinerer rusmiddelmissbrukere som mottar tjenester etter sosialtjenesteloven kapittel 6 til å gjelde kapittel 4. Vi finner også at enkelte fylkeskommuner likevel inkluderer personer som omfattes av sosialtjenesteloven kapittel 6.

For de som er i behandling for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten, omfatter tilbudet pasienter i døgnbehandling som har vart i tre måneder og pasienter i LAR. Tilbudet omfatter imidlertid ikke pasienter i medikamentfri poliklinisk behandling, selv om denne behandlingen varer utover tre måneder. LAR foregår stort sett som poliklinisk behandling. Det kan derfor stilles spørsmål ved hvorfor ikke rusmiddelmissbrukere som er i regelmessig medikamentfri

poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten utover tre måneder, også bør inngå i målgruppa.

Som det framkom i FUTT-prosjektet, er dårlig tannhelse et stort problem blant personer med rusmiddelproblemer. Tannhelse er som kjent en viktig sosial markør, og hjelp til å kunne framstå med et «normalt smil» må derfor sies å være en viktig del av en rehabiliteringsprosess uavhengig av om behandlingen finner sted i døgninstitusjon, i LAR eller i poliklinikk uten bruk av medikamenter. Som det sies av en fylkestannlege:

«Vi har brukt de pengene og mer til på veldig mye behandling, fordi vi får tilbakemeldinger også fra brukerne om at det var så viktig for dem å få det smilet tilbake.»

En annen gruppe som en fylkestannlege mener faller utenfor tilbudet, er personer som har kommet seg ut av misbruk og heller ikke er i LAR, og som har dårlig tannsett:

«Det er noen som virkelig trenger tannbehandling. Og den gråsonen som ikke får praktisk bistand lenger, men har helt ødelagt tannsett og skal prøve å komme seg i jobb igjen, det er viktig at de også kommer inn under dette her. Det er en del av den sykdommen som er rus, hvis du kan kalle rus for en sykdom da. Det er en konsekvens, og det krever mye penger å gjøre noe med det, og det greier ikke en som er på vei til å få seg jobb altså. Og hvis de først har klart å komme seg ut av et rusmisbruk, så bør de premieres med å få nye tenner! Om de da får en trygderettighet eller hva de får, det er det samme for meg, men de bør i hvert fall ha muligheten til å få rehabilitert tannsettet sitt. Vi sier jo at de med bulimi skal få reparert via trygd, så rus kunne vært på samme måten.»

Hvor langt skal retten strekke seg?

Som pasient i legemiddelasistert rehabilitering (LAR) har disse rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste. LAR vil for de fleste dreie seg om livslang behandling. Et legitimt spørsmål vil derfor være om retten til vederlagsfri tannbehandling for disse pasientene skal gjelde livet ut, eller om en slik rett skal knyttes til en vurdering av pasientens livssituasjon når det er aktuelt med tannbehandling. Slik vi ser det, kan det stilles spørsmål ved om det er rimelig at en person som er i substitusjonsbehandling, men klarer seg godt økonomisk, skal ha en slik rett, mens det ikke vil gjelde den som har kommet seg ut av rusmiddelmisbruk uten hjelp av medika-

menter. Problemer med dårlig tannhelse vil også gjelde denne gruppa, og for mange bidra til dårlig livskvalitet.

I Vestfold blir for eksempel såkalt stabile LAR-pasienter definert ut av tannhelsetilbudet, og er ansett som ordinære betalende pasienter (se kapittel 3.1). Studier viser at hva som regnes som en stabil eller velfungerende LAR-pasient vil være vanskelig å definere (Gryt 2005). Handler det i dette tilfellet om økonomi alene, eller vil det være en helhetsvurdering av pasientens situasjon?

Det er en utfordrende balansegang å avgjøre hvor langt retten til vederlagsfritt tannhelsetilbud skal strekke seg. Det er samtidig viktig å sikre at trengende pasienter ikke faller utenfor tilbudet.

Organisering

Enkelte fylkestannleger gir uttrykk for at man bør se på måten tilbudet til rusmiddelmissbrukere er organisert. Både hvilke regler som gjelder for hvem som får tilbudet, og hvem som skal administrere tilbudet. Det blir påpekt at NAV/sosialtjenesten innehar en kompetanse som tannhelsetjenesten mangler:

«Det som er karakteristisk for hele denne gruppen er at de har dårlig økonomi, og kanskje dette kunne vært en sosial støtte til denne gruppen, gjennom et annet budsjett enn det offentlige tannhelsetjenestebudsjettet. At de slapp å stå fram som kvalifisert rusmisbruker for å få en rettighet til tannbehandling. Det ville kunne hjelpe den samme gruppen gjennom sosialtjenesteloven, de kunne få økonomisk hjelp gjennom sosialkontoret til nødvendig tannbehandling etter de kriteriene som rår der. Man kan nok si at i oppstarten av et tiltak, så er det nok blitt mye mer fokus på det ved å legge det til tannhelsetjenesten. Men i videreføringen, da er den tjenesten opprettet, og da er det egentlig NAV som er nøkkelen her. De kjenner pasientene og vilkårene rundt pasientene, så det er egentlig en omvei å skulle ta dette via et tannlegekontor. Mange vil si at de vil ha kontroll med det for å kunne tilby dette til de som virkelig trenger det mest, men de som vet hvem som trenger det mest, sitter ikke i tannhelsetjenesten, de sitter på NAV-kontorene.»

Det pekes imidlertid også på problemer med å flytte ansvaret for hva tannbehandlingen skal omfatte over til NAV/sosialtjenesten:

«Faren ved å ta det bort fra tannhelsetjenesten er jo at man får veldig mange behandlingsforslag fra tannleger som ikke kjenner omstendighetene rundt pasientene. Det måtte forutsettes at det var en kontrollinstans, en rådgivende tannlege. Og at tannlegene fikk greie kriterier å forholde seg til.»

Ut fra vår vurdering kan det uansett se ut til at det må være et nært samarbeid mellom NAV/sosialtjenesten og tannhelsetjenesten. NAV/sosialtjenesten kjenner pasientgruppa, mens tannhelsetjenesten har kompetanse på tannhelse.

Bestemmelsene om hvem som faller inn under retten til vederlagsfri tannbehandling kan også føre til at de aktuelle pasientene føler at de må utnytte muligheten mens de har den. Om dette sier en fylkestannlege:

«Det er noen som er der i tre måneder som er livredde for at de ikke skal få med seg alt av behandling. Og vi er ikke akkurat innstilt på å presse på dem veldig ressurskrevende behandling på veldig kort tid. Tvert imot. Så det er noe med systemet her som kanskje burde tenkes gjennom ordentlig.»

Hvem ordningen om vederlagsfri tannhelsetjeneste skal omfatte og hvor langt fylkeskommunens ansvar strekker seg, berører også hvorvidt fylkestannhelsetjenesten ser det som en oppgave å følge opp aktuelle pasienter etter avsluttet tannbehandling:

«Nå er vi i en fase hvor vi mener at vi må tenke på oppfølgingen, og der er vi veldig usikre. Det er mange spørsmålstegn der, om hva som skjer med pasientene etterpå. Som vi faktisk er nødt til å finne ut noe av.»

Som det her påpekes har ordningen nå vart en tid og at det derfor kan være grunn til å se nærmere på oppfølgingen av pasienter som tidligere har fått tannbehandling.

Samhandling – samarbeid

Som nevnt har fylkestannlegene i utgangspunktet ikke oversikt over hvilke personer som inngår i målgruppa. Det vil også variere hvorvidt den offentlige tannhelsetjenesten har kapasitet til selv å gi den nødvendige behandling eller om de må kjøpe tjenester av private tannleger. Fylkestannlegene er derfor avhengig av samarbeid og samhandling med så vel sosialtjenesten i kommunene/NAV, behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, de regionale LAR-sentrene og private tannleger. Dette ser stort sett ut til å gå greit, selv om det naturlig nok rapporteres om visse «gnisninger» og frustrasjoner.

Hvor ligger eksempelvis ansvaret for at den nødvendige samhandling mellom fylkestannlegen på den ene siden og sosialtjenesten og behandlingsenhetene på den andre siden, faktisk finner sted? Hvordan få private tjenesteytere til å inngå i tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere?

Når det gjelder frustrasjon over problemer med samhandling og samarbeid med sosialtjenesten, sier en fylkestannlege det slik:

«Vi opplever at man forventer at tannhelsetjenesten er den som hele tida skal ut og tilby seg selv. Her er det noen andre som har ansvaret for noen grupper; vi er en del av tilbudet og nærmest en spesialisttjeneste i forhold til det. Og vi ville forvente at kommunene som har ansvaret for rusmiddelmissbrukere i kommunene, har ansvaret for å sørge for at de får tannhelsetjenester og samarbeider med oss. Det er ikke vi som nødvendigvis hele tida skal tilby tjenesten; de må også ta kontakt med oss og høre hvordan kan de få et samarbeid med oss, ikke bare omvendt. Det gjelder generelt at vi savner å være etterspurt av kommunene. Og vi føler at vi er flinkest i klassen og pliktoppfyllende i forhold til de krav som loven stiller til oss, og så føler vi, og det tør jeg nesten si med hånda på hjertet, at kommunen slurver grovt på mange områder. Kanskje ikke først og fremst på det området her, men også i forhold til hjemmesjukepleie og sjukehjem.»

Økonomiske forhold

Finansiering av tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere skjer gjennom rammetilskudd, og i forbindelse med oppstarten i 2005/2006 økte Stortinget bevilgningen til fylkeskommunene. Som allerede nevnt, peker alt i retning av at fylkeskommunene har fulgt opp Stortingets vedtak, selv om det naturlig nok vil være ulike oppfatninger om det er gitt stor nok prioritet. Så lenge midlene inngår i rammetilskuddet, er det opp til fylkeskommunene å fordele rammetilskuddet på de områder fylkeskommunen har ansvar for. Dersom det er ønskelig med bedre kontroll med at tannbehandling av rusmiddelmissbrukere gis den nødvendige prioritet, bør det vurderes hvorvidt det er hensiktsmessig med øremerkede midler framfor å la det inngå i rammetilskuddet.

Enkelte fylkestannleger gir uttrykk for bekymring med hensyn til økte kostnader. Som vi ser, øker enhetskostnadene for tannbehandling for de aktuelle pasientgruppene i enkelte fylkeskommuner, samtidig som det også er en økning i antall

pasienter. LAR-pasienter vil stå for en stor del av denne økningen ettersom denne gruppa i de fleste fylkeskommuner først ble inkludert i 2008.

I Hedmark rapporteres det eksempelvis om merforbruk, sammenlignet med budsjett, på omkring en million i 2008. En viktig grunn til merforbruket er et særegent fylkestingsvedtak fra 2005 som sier at alle rusmiddelmissbrukere i Hedmark skal tilbys fri tannbehandling (se kapittel 3.1). Her viser fylkestannlegen også til at pasienter i institusjon får mer omfattende tannbehandling enn de som kommer inn under sosialtjenesteloven. Dette knyttes til at grad av rehabilitering påvirker hvor omfattende tannbehandling som blir igangsatt. Det er også andre fylkeskommuner som oppgir å bruke «rammen og vel så det».

Samtidig er ikke bildet entydig. Det er også fylkestannleger som rapporterer om underforbruk sammenlignet med hva som var budsjettert. Eksempelvis melder en fylkestannlege at det var vanskelig å få brukt opp de avsatte midlene i startfasen. Etter hvert har en imidlertid fått mer erfaring og bedre rutiner, og får utnyttet ressursene bedre, noe som igjen har ført til at flere har fått hjelp til bedre tannhelse.

Som vi har sett, har fylkeskommunene valgt ulike modeller med hensyn til om tannbehandlingen til de ulike gruppene av rusmiddelmissbrukere finner sted i regi av offentlige tannklinikker eller om de også benytter private tjenesteytere. Det er også ulike erfaringer med hvor lett eller vanskelig det har vært å rekruttere private tjenesteytere til denne pasientgruppa, noe som kan ha sammenheng med hvilke økonomiske betingelser som tilbys. I et intervju om tannhelse og rusmiddelmissbruk uttaler eksempelvis leder i Rogaland Tannlegeforening at det er nødvendig med støtteordning til de private tannlegene som har økonomiske tap ved å behandle rusmiddelmissbrukere (rus & samfunn 2009).

Flere av fylkeskommunene har opprettet ulike bonusordninger til tannleger som behandler rusmiddelmissbrukere (se kapittel 3.9). Selv om det reises tvil om lovligheten av slike bonusordninger, gis det uttrykk for at det er nødvendig for å kunne gi stadig nye grupper tilbud om tannhelsetjenester. Inntrykk fra kartleggingen er ellers at det er store forskjeller mellom de lokale tannlegeforeningene om hvorvidt rusmiddelmissbrukere blir sett på som en positiv faglig utfordring eller om det sees på som en gruppe det er vanskelig å behandle, noe som gjør at det er behov for bonusordninger.

Tidligere nevnte leder av Rogaland tannlegeforening uttaler i en artikkel at det bare er ti tannleger i Norge som jobber systematisk med rusmiddelmissbrukere (Gatemagasinet Asfalt 2009). Selv om han trolig bare tenker på private tannleger, tyder kartleggingen på at det er atskillig flere av de private som deltar i ordningen. I tillegg er det i noen fylkeskommuner ansatt egne «rustannleger», mens det i andre tilfeller er tannleger i den offentlige tannhelsetjenesten som jobber store deler av sin tid med målgruppa.

I tilfeller der fylkeskommunen benytter private tjenesteytere, er det så langt vanskelig å avgjøre hva som er mest gunstig ut fra et økonomisk perspektiv; å la rusmiddelmissbrukere inngå som del av ordinær praksis, eller å ha egne «rustannleger». Det kan være lokale forutsetninger som tilsier at en egen «rustannlege» er en god løsning, så vel økonomisk som faglig. For pasientene vil det trolig være positivt å kunne gå til en fast tannlege som er spesielt motivert til å jobbe med denne pasientgruppa.

En annen problemstilling når det gjelder økonomi, er oppgjør mellom fylkeskommunene i tilfeller der en pasient får tannbehandling i annen fylkeskommune enn der hvor vedkommende hører hjemme. Som nevnt i kapittel 4.9, er det her ulik praksis, ved at noen fylkeskommuner har etablert rutiner for slike oppgjør seg i mellom, mens andre ikke har. Det synes å være behov for retningslinjer på dette punktet slik en fylkestannlege gir uttrykk for:

«Det å få avklart dette med når brukerne oppholder seg i andre fylkeskommuner, det er viktig.»

Rapportering

Kartleggingen viser at fylkeskommunene har problemer med å gi fyllestgjørende opplysninger om mange av spørsmålene Stortinget/departementet ønsket besvart. Det kom likevel fram mye informasjon.

Enkelte fylkestannleger gir uttrykk for at sosialtjenesten burde bli spurt dersom en ønsket et godt og dekkende svar på hvem som faller utenfor tilbudet. Sosialtjenesten er de som ser de aktuelle pasientene, og har dermed bedre oversikt over hvem som ikke mottar tilbudet slik avgrensningen av målgruppa er i dag.

Det er naturlig nok store forskjeller mellom små og store fylkeskommuner, mellom de som har mange og de som har få pasienter i den aktuelle målgruppa, med

hensyn til å ha de oversikter som ble etterspurt. I en liten fylkeskommune med få pasienter kan eksempelvis fylkestannlegen redegjøre på individnivå for begrunnelse for «ikke møtt»-timer. I større fylkeskommuner med mange pasienter er forholdene så store at den offentlige tannhelsetjenesten ikke har oversikt over alt som inngikk i kartleggingen.

En fylkestannlege sier dette om problemer med mangelfull rapportering:

«Jeg ser at vi har satset på å få behandlet disse her, og ikke på å rapportere. Jeg tror det er viktig at departementet kommer tilbake med retningslinjer. Hva er det vi skal rapportere på, da kan man jo få det til. Vi har jo prøvd nå i forhold til KOSTRA⁶-rapportering, men det går jo ikke på dette. Og vi prøvde et år, vi var pilotfylke på gruppe C, men det har man gått bort fra for det ga ikke så mye god kunnskap sånn som vi fører journalene i dag.»

En annen sier:

«Vi kunne ønske at det var gitt noen retningslinjer for hva som bør rapporteres, og hva som eventuelt skal evalueres på.»

Det ble imidlertid også reist spørsmål om hvor mye ressurser som skulle brukes på rapportering og at spørsmålene i kartleggingsundersøkelsen var for detaljerte:

«Det er jo bra at de vil se hvordan vi bruker pengene, men min egen refleksjon da: det er veldig mange spesifiserte spørsmål i forhold til en veldig liten gruppe. Vi har borti 40.000 pasienter, og så blir det spørsmål om de 300 her liksom. Trenger man å vite det så detaljert for å få et inntrykk av om fylkeskommunen bruker pengene til det vi hadde tenkt?»

Det som her sies viser at enkelte fylkestannleger kanskje anså kartleggingen mer som kontroll og tilsyn for å avdekke mangler.

Selv om det er ulike oppfatninger om viktigheten av rapportering, viser kartleggingen at det kan være hensiktsmessig å gi informasjon til fylkestannlegene om hva en ønsker

⁶ KOSTRA (KOMMune-STat-RApportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/kommuneokonomi/kostra/om-kostra.html?id=412867>).

at de skal rapportere på. Fylkestannlegene vil da ha mulighet for å legge den ønskede rapportering inn i sine systemer og dermed få ut de ønskede data ved årets utgang uten å bruke unødvendige ressurser på dette.

Brukermedvirkning

Det har de siste årene vært mye oppmerksomhet rundt brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren. Som tidligere beskrevet, er det imidlertid få av fylkeskommunene som kan rapportere om brukermedvirkning og brukerundersøkelser i forbindelse med tannhelsetilbudet til rusmiddelmisbrukere. Det at én fylkeskommune har kontakt med én brukerorganisasjon, kan etter vår vurdering ikke sies å være et sterkt innslag av brukermedvirkning. Samtidig kunne det virke som om fylkeskommunene i noen tilfeller hadde vanskeligheter med å definere hvem som skulle ansees som brukere i denne sammenheng:

«Vi har ikke noe på brukermedvirkning. Vi har hatt noen statusmøter med institusjonene etter at vi hadde holdt på ett års tid, og hørte hva de syntes om dette her. Og da fikk vi stort sett positive tilbakemeldinger. Men det var fra institusjonene, og ikke «brukerne».»

Det at bare to av 19 fylkeskommuner har gjennomført brukerundersøkelse i den aktuelle gruppa av rusmiddelmisbrukere, må sies å være heller beskjedent. Større fokus på brukerundersøkelser og brukermedvirkning vil trolig kunne bidra til å styrke tilbudet.

Referanser

Gatemagasinet Asfalt nr 2/2009

Gryt, Marit. (2005). *Et bedre liv med metadon? En kvalitativ studie av «velfungerende» metadonbrukere i Oslo-området*. Masteroppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo, Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Rammedokument for kartlegging av tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Kommunal- og regionaldepartementet (u.å.) Om KOSTRA. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/kommuneokonomi/kostra/om-kostra.html?id=412867>

Morseth, Marianne. (2009). *Prosjekt ERT (Ernæring, Rus og Tannhelse)*. Oslo: Kommunen - Folkehelse i Oslo

Den norske tannlegeforening (2001) NTFs kriterier for nødvendig tannbehandling. Hentet fra <http://www.tannlegeforeningen.no/cda/viewfile.aspx?id=1718&ver=1>

Rus & samfunn nr 5/2009

Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001–2003: Futt-prosjektet: samlerapport* (Rapport / Sosial- og helsedirektoratet IS-1231). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001–2003: Futt-prosjektet: sluttrapport* (Rapport / Sosial- og helsedirektoratet IS-1230). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

St. meld. nr 35 (2006–2007). *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Tannhelsetjenesteloven. *Lov om tannhelsetjenesten*. 3. Juni 1983 nr 54

Tannhelsetjenesten Oslo KF. (2007). *Personellressurser i offentlig tannhelsetjeneste. Rapport. Spørreundersøkelse blant pasienter, behandlere og helseinstitusjoner*. Oslo: Kommunen

Ådnanes, Marian et al. (2008). *Lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige – skadereducerende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat*. (SINTEF rapport A4638). Trondheim: Sintef Helse.

Vedlegg 1

Personer intervjuet

Fylkeskommune	Tittel	Navn	Annet
Østfold	Underdirektør	Hans Erik Pedersen	
Akershus	Direktør	Kirsten Ahlsen	
Oslo	Overtannpleier	Hilde Vogt Toven	
Hedmark	1) Rådgiver 2) Tidligere f.tannlege 3) Tannhelsesjef	Arnhild Sunde Seim Ola Johan Basmo Clæs Nesheim	
Oppland	Fylkestannlege	Bjørn Ellingsæter	+ tannlege
Buskerud	1) Ass.fylkestannlege 2) Overtannpleier	Marianne Moi Eva Rydgren Krona	
Vestfold	1) Fylkestannlege 2) Rådgiver	Bengt Berger O. Hansen	
Telemark	1) Fylkestannlege 2) Sekretær	Tor Hildre S. Bjørge	
Aust-Agder	Fylkestannlege	Jan Ask	+ rådgiver
Vest-Agder	1) Fylkestannlege 2) Ass.fylkestannlege	Per Kvinlaug A. Dalsmo	
Rogaland	Fylkestannlege	Magnar Torsvik	
Hordaland	Fylkestannlege	Inge Magnus Bruvik	
Sogn og Fjordane	Tannpleier	Britt Sønnesyn	
Møre og Romsdal	Assisterende tannhelsesdirektør	Anna Karin Lunden	Intervjuet per telefon
Sør-Trøndelag	Fylkestannlege	Inger T. Melø	
Nord-Trøndelag	Fylkestannlege	Kari Strand	+ distr.overtannlege
Nordland	1)Fylkestannlegen 2)Nestleder	Tove Broback Knut Wikstrand	+ tannhelsesjef og fag- sjef i 3 distrikter (3*2=6 personer)
Troms	Fylkestannlege	Peter Marstrander	
Finmark	Fylkestannhelsesjef	Torill Lauritzen	

Vedlegg 2

NTFs kriterier for nødvendig tannbehandling

Den norske tannlegeforening anbefaler at følgende kriterier legges til grunn ved utbetaling av sosialstønad og annen tredjepartsfinansiering til tannbehandling:

Helsemål

Akseptabel oral helse innebærer at brukeren:

- ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen,
- har tilfredsstillende tyggefunksjon,
- kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene.
(Statens helsetilsyn, 1999)

Kriterier

1. Akuttbehandling.
2. Klinisk undersøkelse inkludert røntgenbilder i den utstrekning det anses nødvendig, diagnose og behandlingsalternativer. Pasienten skal informeres og delta i en diskusjon av behandlingsalternativene innenfor de gitte økonomiske rammer.
3. All kirurgisk behandling som er nødvendig for å fjerne patologiske tilstander i kjeve og munnhule.
4. Forebyggende behandling er en nødvendig del og forutsetning for enhver vellykket tannbehandling. Dette innbefatter både informasjon og instruksjon i munnhygiene og at pasienten får forståelse av eget ansvar for sin tannhelse.
5. Tannkjøttsbehandling forutsetter at hygienefase fullføres før en ev. korreksjonsfase. Etter omfattende behandlinger er det viktig med vedlikehold av behandlingen. Tannkjøttsbehandling skal, dersom det er nødvendig, alltid være utført før restorativ behandling.
6. Konvensjonell fyllingsterapi benyttes der det er faglig forsvarlig, og valg av fyllingsmaterialer foretas etter anerkjente faglige retningslinjer. Dersom vanlig fyllingsterapi er vanskelig å utføre og prognosen usikker, bør kroner være et alternativ.
7. Fast erstatning er førstevalg ved mindre og enkeltstående luker i front- og premolarregionen, men hvis bro eller ev. implantat skal velges, må prognosen for pilartenner og de hygieniske forhold være gode. Støpt partiell protese kan være et tilfredsstillende alternativ. Klammer-protoser benyttes bare som en overgangsprotese, der pasienten innen relativt kort tid må forventes å få en helprotese.

8. Helprotese er førstevalg for tannløse, men implantatforankret protetik kan i spesielle tilfeller være et alternativ.
9. Rotbehandling av molarer vurderes ut fra tannens betydning for tannsettet.
10. Behov for tannregulering er definert gjennom folketrygdens gruppeinndeling, der gruppe b og c gir rett til refusjon opp til 18 år mens gruppe a ikke har noen slik begrensning.

Godt dokumentert faglig argumentasjon kan føre til valg av andre løsninger enn her skissert. Pasientens behov, ønsker og medvirkning i valg av behandling står sentralt. På den annen side må tannlegens vurdering av pasientens evne til oppfølging og vedlikehold legges til grunn for prognosevurderingen.

Den norske tannlegeforening, august 2001

Vedlegg 3

Intervjuguide

Kartlegging av tannhelsetilbudet til rusmiddelmissbrukere

Målgrupper

Hvordan har dere avgrenset målgruppa?

- Hvilke kriterier er brukt for at en rusmiddelmissbruker skal få tilbud om vederlagsfri tannhelsetjeneste?

Er det grupper av rusmiddelmissbrukere som burde ha tilbud om tannhelsetjeneste, men som faller utenfor?

- Hvorfor faller de eventuelt utenfor?

Hva med pasienter som har mottatt tannhelsetjeneste mens de er i døgninstitusjon, men som siden er utskrevet?

- I hvilken grad bidrar fylkeskommunen til oppfølging av tannbehandling som er gitt og viderefører et tannhelsetilbud til disse pasienter?
- Er det i slike sammenhenger etablert samarbeid med annet hjelpeapparat?

Hvem samarbeides det med når det gjelder det å yte et tannhelsetilbud til rusmiddelmissbrukere – hvilke andre deler av hjelpeapparatet?

Hvor mange rusmiddelmissbrukere i henholdsvis 2006, 2007 og 2008:

- a) var det planlagt skulle motta vederlagsfri tannhelsetjeneste,
- b) ble gitt et slikt tilbud og
- c) tok faktisk i mot tilbudet/ble undersøkt/behandlet?

Kan dere si noe om eventuelle organisatoriske synergieffekter av å gi rusmiddelmissbrukere et tannhelsetilbud slik det er skissert i rundskriv?

Har det vært noen organisatoriske hindringer?

Hva vil dere si om informasjonsflyten mellom tannhelsetjenesten og ulike tjenester for rusmiddelmissbrukere (kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten)?

Organisering

Hvordan har fylkeskommunen organisert tannhelsetilbudet til rusmiddel-misbrukere?

Hvordan formidles tilbudet til de aktuelle rusmiddelmisbrukerne?

Hvem er tjenestetilbyder? Offentlig, privat eller frivillig tannhelsetjeneste?

Hvis det gis tannhelsetilbud fra privat og/eller frivillig tannhelsetjeneste, kan dere gi en beskrivelse av hvordan samarbeidet foregår?

Kan dere si noe om koordinering mellom ulike tannhelsetiltak, er det f. eks. ulike inngangsvilkår med hensyn til å tilby tannhelsetjenester til:

- rusmiddelmisbrukere som mottar tjenester etter sosialtjenesteloven kap 4 og 6 (er i kommunal «rusomsorg»)
- rusmiddelmisbrukere under behandling i helseinstitusjon (tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer)
- personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Er samarbeid med andre tjenestetilbydere formalisert eller foregår det mer tilfeldig etter behov?

Hva innholder tilbudet?

Vi vil gjerne ha en beskrivelse og oppsummering av innholdet i tannhelsetilbudet til rusmiddelmisbrukere.

Hvor mange behandlinger/pasienter var det for hvert av årene 2006–2008 i kategoriene:

- akuttbehandling,
- forebyggende behandling
- konserverende behandling

Hvordan er forebyggende behandling i klinikk organisert i henholdsvis privat og offentlig tannhelsetjeneste?

- Er det for eksempel ansatt egne tannpleiere for å ta seg av disse gruppene?
- Drives det oppsøkende forebyggende arbeid?

Er det grunnlag for å si at det er forskjell på tannbehandling til de aktuelle målgruppene etter hvorvidt tilbudet gis av offentlig eller privat tannhelsetjeneste? Foretas det for eksempel vurdering av den enkelte pasients behov i den offentlige tannhelsetjenesten, som så bestiller selve behandlingstjenesten i privat tannhelsetjeneste, eller foretas både vurdering av behov og behandling hos den private tannhelsetjenesten når denne er tjenesteyter?

Hva er gjort av forebyggende tiltak utenfor klinikk:

- kompetansetiltak, kurs, møter, opplæringstiltak for samarbeidende personell
- informasjon til målgruppa om hvordan ta vare på tannhelse
- i hvilken grad brukes det formaliserte samarbeidsmøter og samarbeidskontrakter?

Er det gitt særskilte føringer for tannbehandling til målgruppa? Skiller det seg fra andre grupper som fylkeskommunen yter tilbud til? Er det ulike føringer for de aktuelle gruppene (rusmiddelmisbrukere i henholdsvis kommunal «rusomsorg», døgninstitusjon i spesialisthelsetjenesten og LAR)?

Økonomiske og administrative aspekter

Hva var enhetskostnadene når tjenesten ble gitt av den offentlige tannhelsetjenesten for hvert av årene 2006, 2007 og 2008?

Hva var enhetskostnader når tjenesten ble kjøpt av private for hvert av årene 2006, 2007 og 2008?

Hva var omfanget av tanntekniske kostnader for hvert av årene 2006, 2007 og 2008?

Hva er brukt av økonomiske midler til planlegging og kompetansehevende tiltak for hvert av årene 2006, 2007 og 2008?

Hva med andre kostnader for hvert av årene 2006, 2007 og 2008?

Hva er stipulert gjennomsnittlig tidsbruk per pasient?

Hva er fakturerte av ikke-møtt kostnader for hvert av årene 2006, 2007 og 2008).

Hva foreligger av samarbeidsavtaler med ulike instanser?

- Hvor mange?
- Med hvem er de inngått?

- Hva inneholder samarbeidsavtalene?

Konkurransesetting

- Når/hvis kjøp av tjenester av private, hvordan har dette foregått?

Omfang av «ikke møtt – pasienter» for hvert av årene 2006, 2007 og 2008).

- Eventuelle beregninger på tidstap og kostnader ved «ikke møtt» (2006, 2007 og 2008).

Foreligger det vedtak iht Lov om tannhelsetjenesten § 1–3 e når det gjelder de aktuelle målgruppene?

- Hva består vedtaket i?

I hvilken grad foretas det oppgjør mellom fylkeskommuner i tilfeller der pasient har bosted i annet fylke enn der hvor tannhelsetilbudet blir gitt?

Hvordan håndteres gråsoneproblematikk der pasienten tilsynelatende kan ha rettigheter etter Folketrykkeloven?

Hvordan håndteres gråsoneproblematikk der pasienten har rett til sosial stønad som også kan dekke tannbehandling?

Hvordan håndteres gråsoneproblematikk der hjemfylkeskommunen eller oppholdsfylkeskommunen ikke dekker tannbehandling, fordi pasienten ikke er «hjemmehørende» i fylkeskommunen?

Kreves det/betaler noen av de aktuelle målgruppene egenandel?

Foreligger det kontroll- og rapporteringsrutiner ved samhandling med private?

- Rapporteres det f. eks. på tannhelsesdata ved tannregistrering og behandling hos private?

Er det rutiner for «recall oppfølging» av pasientene?

- Hvis ja, hvordan er disse?

Brukermedvirkning/-undersøkelse?

Er det gjort noe mht brukermedvirkning i den aktuelle målgruppa?

Er det foretatt noen brukerundersøkelse? I så fall ønsker vi å få tilgang til denne.

Vedlegg 4

Rundskriv I-12/2005

I-12/2005 - regjeringen.no

Side 1 av 2



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Rundskriv, 15.07.2005

Rundskriv I-12/2005

Økte midler til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere

Adresseliste

Nr.	Vår ref	Dato
I-12/2005	200503119-/HL	08.07.2005

Økte midler til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere

Stortinget vedtok revidert nasjonalbudsjett den 17. juni 2005. Dette innebærer økte midler til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere i institusjon (8 mill. kroner) og til tannbehandling gjennom lavterskel helsetilbud. (5 mill. kroner).

Rusmiddelmissbrukere har høy sykdomsfrekvens i tenner og munnhule, med smerter og ubehag ved tygging. Bedre tannhelseforhold og tannhelsestatus er et viktig ledd i sosial og arbeidsrettet rehabilitering.

Rusmiddelmissbrukere i institusjon

Det ble bevilget 8. mill. kroner til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere i institusjon.

Rusinstitusjoner er fra 1. januar 2004 hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og er å anse som statlige helseinstitusjoner. Dette gir pasienter på rusinstitusjon rettigheter etter lov om tannhelsetjenesten. Av loven følger blant annet at "eldre og uføre i og utenfor institusjon" skal ha et oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I henhold til forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten hjemlet i tannhelsetjenesteloven, har pasienter på helseinstitusjoner som står på offentlig budsjett (kommunalt, fylkeskommunalt eller statlig), rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester forutsatt at oppholdet i institusjon har en varighet på minst tre måneder.

Det var om lag 1500 institusjonsplasser innenfor rusfeltet i 2004. Antall pasienter årlig som har opphold i disse plassene ut over tre måneder er beregnet til ca 2000. Årlig behandlingstid beregnes å være gjennomsnittlig 8000,- kroner (basert på erfaringer fra forsøksordningen med utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud). Dette medfører en årlig kostnad på ca. 16 mill. kroner, og 8 mill. kroner som halvårsvirkning fra 1. juli 2005.

Midlene fordeles fra Kommunal- og regionaldepartementet (KRD) som et rammetilskudd til fylkeskommunene over kapittel 572 post 60. Det vises til rundskriv H-16/05 fra KRD datert 30. juni 2005. Brevet er sendt til kommunene, fylkeskommunene og fylkesmennene og omhandler en orientering om kommuneproposisjonen 2006 og revidert nasjonalbudsjett 2005. Fordelingen av tilskudd til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere i institusjon er beregnet etter institusjonenes antall døgnplasser som tilbyr behandling over en lengre periode. Pengene er fordelt til institusjonsfylke og ikke etter det fylket pasienten er hjemmehørende i. En oversikt over fordelingen for 2005 er vedlagt.

Lavterskel helsetilbud mv.

Stortinget vedtok også 5 mill. kroner over kapittel 726 post 61 til akutt tannbehandling for brukere av lavterskel helsetilbud i kommuner og til oppstart av kjøp av nødvendig tannbehandling for tidligere rusmiddelmissbrukere under rehabilitering.

Sosial- og helsedirektoratet vil forvalte de økte midlene for inneværende år til kommuner som har mottatt tilskudd til lavterskel helsetiltak i 2005. Det vil bli sendt et brev til de aktuelle kommunene som blir bedt om å oppgi hvor mye de har brukt på tannbehandling til rusmiddelmissbrukere inneværende år. Videre vil det bli bedt om et anslag over antallet rusmiddelmissbrukere med behov for slik behandling resten av året. På bakgrunn av dette vil direktoratet foreta en vurdering av behovet for å øke tilskuddsrammen til lavterskeltilbudet i kommunen.

Departementet forutsetter at fylkeskommunene samarbeider med kommuner som har organisert lavterskel helsetiltak til rusmiddelmissbrukere.

Forslag til tiltak som følge av økte midler til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere

<http://www.regjeringen.no/nb/dcp/hod/dok/rundskriv/2005/-i-122005.html?id=445638> 04.02.2010

Utvidet tilbud om tannhelsetjenester til rusmiddelmisbrukere i institusjon og gjennom lavterskel helsetilbud vil kreve innsats fra fylkeskommunene. I forbindelse med samarbeidet med aktuelle rusinstitusjoner, kommuner m.v., oppfordrer Helse- og omsorgsdepartementet fylkeskommunene til blant annet å:

- Kartlegge målgruppens omfang i det enkelte fylke
- Innlede aktuelt samarbeid med privatpraktiserende tannleger om kjøp av tjenester
- Iverksette kompetansetiltak innenfor den offentlige tannhelsetjenesten og privatpraktiserende tannleger som skal utføre tannbehandlingen

Rapporten fra Sosial- og helsedirektoratet om forsøksordningen med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001 - 2003 kan være til hjelp i planleggingen og gjennomføringen av tannhelsetilbudet til de aktuelle gruppene.

Med vennlig hilsen

Andreas Disen e.f
ekspedisjonssjef

Hanne Lundemo
rådgiver

Adresseliste:

Landets fylkeskommuner
Regionale helseforetak
Sosial- og helsedirektoratet
Statens helseinsyn
Landets fylkesmenn
KS
Den Norske tannlegeforening
Norsk tannpleierforening
Det odontologiske fakultet, UiO
Det odontologiske fakultet, UiB
Det medisinske fakultet, UiTø
Kommunal- og regionaldepartementet
Arbeids- og sosialdepartementet

Vedlegg:

Fordeling av rammetilskudd til fylkeskommunene 2005

Vedlegg 5

Rundskriv I-2/2006



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Rundskriv

Se adresseliste

Nr. I-2/2006

Vår ref

200601686 HL

Dato

10.02.2006

UTVIDET FYLKESKOMMUNALT TANNHELSETILBUD I 2006

Helse- og omsorgsdepartementet gir med dette en orientering om Stortingets budsjettvedtak om å iverksette et nytt tannhelsetilbud til rusmisbrukere. Samtidig informerer vi om videreføring av midler til tannbehandling for rusmisbrukere gitt i 2005, jf. rundskriv I-12/2005. Vi viser til St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005-2006) Endring av St.prp. nr. 1 om statsbudsjettet 2006, jf. B.innst.S. nr. 11 (2005-2006). Helse- og omsorgsdepartementet har omtalt midlene under kapittel 761 post 63 Tilskudd til rusmiddeltiltak.

1. NYTT TANNHELSETILBUD TIL RUSMISBRUKERE

Bakgrunnen for ny ordning

Erfaringer fra en forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud (FUTT-prosjektet), har vist at personer som mottar andre kommunale tjenester enn hjemmesykepleie, har et stort tannbehandlingsbehov.

FUTT-prosjektet ble i perioden 2001-2003 gjennomført i regi av fylkene Vest-Agder, Hedmark og Nord-Trøndelag. Det ble gitt tilbud om tannhelsetjenester i enkelte kommuner i disse fylkene. De som fikk tilbud om tannhelsetjenester var:

- Eldre, langtidssyke og uføre med kommunale hjemmetjenester, men ikke hjemmesykepleie.
- Eldre, langtidssyke og uføre som pleies av pårørende, men som kvalifiserer for

Postboks 8011 Dep, 0030 Oslo
Telefon 22 24 90 90 Telefaks 22 24 95 78

- kommunale hjemmetjenester, hjemmesykepleie eller institusjonsplass.
- Personer i rusmiddelomsorgen
- Personer under psykisk helsevern

Rapporten fra Sosial- og helsedirektoratet om forsøksordningen med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001 - 2003 kan lastes ned via direktoratets nettsider på <http://www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/>

Stortingets vedtak innebærer at personer i rusmiddelomsorgen skal gis et tilbud på landsbasis. Bevilgningen til formålet er et ledd i regjeringens samlede satsing på tiltak for rusmisbrukere.

Gjennomføring

Iverksetting av tannhelsetilbudet krever forberedelser i fylkeskommunen, blant annet kartlegging av antall personer, etablering av samarbeid med helse- og sosialtjenesten i kommunene, eventuell inngåelse av avtaler med private behandlere (tannleger og tannpleiere) og kompetansetiltak for tannhelsepersonell som skal stå for tannhelsehjelpen.

Med henvisning til både det nye tannhelsetilbudet, og øvrige tilskudd til tannbehandling av rusmisbrukere, vil vi oppfordre fylkeskommunene til et faglig samarbeid med relevante kompetansetilgjør innenfor rusfeltet.

Avgrensning av målgruppen

I forsøksordningen var målgruppen personer i rusmiddelomsorgen. Denne ble avgrenset til rusmisbrukere under kommunal rusomsorg, definert som hjelp fra kommunen i henhold til kapittel 4 og 6 i sosialtjenesteloven.

Ved iverksetting av tilbudet på landsbasis har departementet fastsatt målgruppen som: "Personer som på grunn av et rusmiddelproblem mottar tjenester etter sosialtjenestelovens § 4-2 bokstav a-d, jf § 4-3 i sosialtjenesteloven".

Organisering av tilbudet

Departementet har lagt til grunn i sine kostnadsberegninger for budsjettvedtaket, at tjenestene skal ytes vederlagsfritt. Prinsippene i § 2 i forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten skal legges til grunn så langt det er mulig. Dette innebærer at rusmisbrukere som mottar de nevnte tjenester i sammenhengende 3 måneder eller mer, skal gis vederlagsfrie tannhelsetjenester. Eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider skal inkluderes, og tilbudet skal gis så lenge tjenestene vedvarer.

Det forutsettes at fylkeskommunene sørger for at det gis et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til målgruppen. Omfanget av tannhelsetilbudet skal basere seg på en individuell vurdering av den enkeltes behov. Behandlingen skal følge den standard fylket legger til grunn for nødvendig tannhelsehjelp til de prioriterte grupper etter lov om tannhelsetjenesten.

For å sikre at Stortingets bevilgningsvedtak blir fulgt opp, vil departementet oppfordre fylkeskommunene om å vurdere behovet for et lokalt vedtak om å innlemme gruppen i tannhelsetjenestelovens § 1-3, gruppe e.

Bevilgningsrammen

Stortinget har bevilget 37,5 mill. kroner til formålet i 2006. Innenfor dette beløpet er det anslått et behov for 10 mill. kroner til forberedelse av fylkeskommunalt tannhelsetilbud til personer under kommunal rusomsorg, og 27,5 mill. kroner til iverksetting av tilbudet. Midlene fordeles etter inntektssystemets kostnadsnøkkel og gis som økt rammetilskudd til fylkeskommunene fra Kommunal- og regionaldepartementet. Det legges til grunn at midler videreføres i 2007. Fordelingen for 2006 fremgår av vedlegg 1.

Tidspunkt for iverksetting

Som det fremgår av Stortingets budsjettvedtak, skal iverksetting av tjenestetilbudet skje så snart som mulig og senest innen 1. juli 2006.

2. VIDEREFØRING I 2006 AV MIDLER GITT TIL TANNHELSETILBUD TIL RUSMISBRUKERE I 2005

Rusmisbrukere under behandling i helseinstitusjon

Det fremgår av departementets rundskriv I-12/2005, at rusmisbrukere i helseinstitusjon har lovhemlet rett til tannhelsetjenester etter § 1-3 c i tannhelsetjenesteloven. Midler for 2006 inngår i Kommunal- og regionaldepartementets rammetilskudd. Beløpet fra 2005 er justert til en bevilgning på årsbasis på omlag 16,5 mill kroner i 2006. Vedlegg 2 viser en oversikt over fordelingen i 2006.

Lavterskel helsetiltak i kommuner

Sosial- og helsedirektoratet forvalter midler til lavterskel helsetiltak som tildeles kommuner etter søknad. Midlene kan dekke tannhelsehjelp som inngår i slike tiltak. Rusmisbrukere som ikke greier å gjøre seg nytte av vanlige helsetjenester, skal få et tilgjengelig og gatenært helsetilbud gjennom lavterskel helsetiltak. Dette skal bidra til å bedre tunge rusmisbrukeres helse, livssituasjon og redusere faren for overdoser. Kommuner som mottar slikt tilskudd, står fritt til å velge hvordan de vil organisere tannhelsehjelpen. De kan for eksempel samarbeide med den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunen, eller kjøpe tjenester av private behandlere.

Tilskudd til kommuner hvor tannbehandling inngår i lavterskel helsetilbud, er i utgangspunktet ment å dekke utgifter til akutt tannhelsehjelp (fjerne smerter og infeksjoner).

Øremerket tilskudd til tannbehandling for innsatte i fengsel

Som en del av styrkingen av rusfeltet i 2006, har også Stortinget økt bevilgningen til det øremerkede tilskuddet til tannbehandling for innsatte i fengsel med 4 mill. kroner. Bakgrunnen er at en høy andel av innsatte er rusmisbrukere og/eller har psykiske

problemer. Midlene skal sikre nødvendig tannbehandling til langtidsinnsatte. Det vises for øvrig til rundskriv om tannhelsetjenesten for innsatte i fengsler (IK-28/89) fra Helsedirektoratet. Rundskrivet finnes på nettsidene til Statens helsetilsyn: <http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks.....5435.aspx>.

Med vennlig hilsen

Kjell Røynesdal e.f.
avdelingsdirektør

Hanne Lundemo
rådgiver

2 vedlegg

Vedlegg 6

Rundskriv I-4/2008



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Rundskriv I-4/2008

se adresseliste

Nr.	Vår ref	Dato
I-4/2008	200800407-/HL	12.02.2008

Vederlagsfrie tannhelsetjenester for personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fra 2008 – økning av rammebevilgningen til fylkeskommunene for 2008

Helse- og omsorgsdepartementet viser til Rundskriv I-2/2006 om utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006. Rundskrivet omhandlet nytt tannhelsetilbud til rusmisbrukere fra 2006 og videreføring av midler gitt til tannhelsetilbud for rusmisbrukere i 2005. Bevilgningene til den fylkeskommunale tannhelsetjenesten ble økt begge årene, for at rusmiddelavhengige skulle få gratis tannbehandling hvis de var under langvarig behandling i helseinstitusjon eller under kommunal rusomsorg. Det gis også gratis tannbehandling til innsatte i fengsel. I enkelte kommuner er det i tillegg etablert lavterskel helsetilbud for rusmiddelavhengige, som omfatter tannbehandling.

Tannbehandling til rusmiddelavhengige ble vurdert i St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, som ble lagt fram i juni 2007. I meldingen fremgikk det at Regjeringen ville komme tilbake til en ytterligere styrking av tannhelsetilbudet til rusmiddelavhengige i senere budsjettssammenheng.


Opptrappingsplan for rusfeltet ble omtalt i Helse- og omsorgsdepartementets forslag til statsbudsjett for inneværende år. I budsjettproposisjonen foreslo Regjeringen å videreutvikle tannhelsetilbudet til rusmiddelavhengige.

Som følge av Stortingets budsjettvedtak for 2008, ble rammebevilgningen til fylkeskommunene økt med til sammen 6,7 mill kroner for å sikre tannbehandling for rusmiddelavhengige under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fra 1. januar 2008.

Postboks 8011 Dep, 0030 Oslo
Telefon 22 24 90 90 Telefaks 22 24 95 78

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon kap. 718 og kap. 727, samt vedlegg III, kap. 8, om Opptreppingsplan for rusfeltet. Den økte bevilgningen er også omtalt i Kommunal- og regionaldepartementets budsjettproposisjon del 1 punkt 2.9.

Med vennlig hilsen


Kjell Røynesdal e.f.
avdelingsdirektør


Hanne Lundemo
seniorrådgiver

English summary

Background

In 2005 the county councils were given responsibility for the provision of dental healthcare for drug-users living in institutions for periods of more than three months. This responsibility was widened in 2006 to include drug users in receipt of social welfare provisions pursuant to section 4–2, letters a–d, cf. section 4–3 of the Social Services Act, and in 2008 to patients undergoing drug substitution treatment (LAR – *legemiddelassistert rehabilitering*). The Ministry of Health and Care Services (HOD) asked SIRUS to investigate and specify service delivery. The data on which the study is based include interviews with the directors of dental health in all nineteen county councils and relevant records submitted by the directors.

Overall, the county councils found it difficult to respond in full to many of the questions the Ministry wanted answered. This should be seen in connection with the absence of special reporting routines beyond what generally applies for block grants. It might therefore make sense to inform the directors of dental health what exactly one would prefer them to include in their reports in future.

Well under way

The investigation shows that the county councils have followed through on the responsibilities given them despite certain variation in «how far one has got». They speak of enthusiastic employees and a mostly problem-free introduction of the service. The directors of dental health also state that the target group overall has been easier to treat than anticipated beforehand.

Does the service reach all?

It is naturally difficult to say exactly how far the service has been able to reach the drug users in question. This is partly because the county councils lack the necessary information on the number of eligible drug users, partly because some county councils have not organised a reporting system which includes information on how many individuals in the patient group in question have received dental care. The directors of dental health do mention several groups who, they believe, fall outside the service's eligibility criteria, as they are defined today. They include people subject to intervention under the Social Services Act, chapter 6 and people undergoing drug-free out-patient treatment of more than three months' duration.

Organisation

Some county councils have chosen to give the patient groups in question treatment in the public dental service, while others have made use of private dentists. Experiences are varied with regard to how easy or difficult it has been to recruit private dentists for this group of patients. This may on the one hand have something to do with the financial incentives offered and, on the other, how many private dentists are actually practising in the county. To set up an operating service, several county councils introduced different bonus schemes for dentists treating drug users. Collaboration with the municipal social services/NAV (Norwegian Labour and Welfare Organisation), treatment institutions and the regional LAR centres appears to have proceeded without major incident.

Economy

A certain worry is expressed with regard to costs. We see a rise in costs per unit for dental treatment for the patient groups in question in some counties, while the number of patients has grown at the same time. LAR patients will comprise a significant share of this rise since this group in most counties were not eligible until 2008.

Settlement between counties in cases in which a patient is given dental treatment in another county than the county of residence has, in some cases, resulted in problems. Procedures vary, in that some county councils have instituted routines for settlements between counties, while others have not.

User survey

Only two of the nineteen county councils had conducted user surveys in connection with the dental service for drug users.

SIRUS-rapporter

Følgende rapporter er kommet ut i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-rapporter, se www.sirus.no under publikasjoner:

1/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow & Jostein Rise *Alkoholpolitikken og opinionen – Endringer i befolkningens holdninger og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler i perioden 2005–2009*. 68 s. Oslo 2010

9/2009 Rossow, Ingeborg, Inger Synnøve Moan & Henrik Natvig *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?*. 65 s. Oslo 2009

8/2009 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge*. 65 s. Oslo 2009

7/2009 Skretting, Astrid & Hilgunn Olsen *Nye lokaler – andre resultater? – videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo*. 72 s. Oslo 2009

6/2009 Lund, Karl Erik *A tobacco-free society or tobacco harm reduction? Which objective is best for the remaining smokers in Scandinavia?* 85 s. Oslo 2009

5/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008*. 87 s. Oslo 2009.

4/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser*. 84 s. Oslo 2009.

3/2009 Aarø, Leif Edvard, Karl Erik Lund, Tord Finne Vedøy & Simon Øverland *Evaluering av myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobakksrelaterte sykdommer i perioden 2003 til 2007*. 140 s. Oslo 2009.

2/2009 Lund, Karl Erik *Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon? Hvilken målsetning tjener de gjenstående røykerne?* 80 s. Oslo 2009.

1/2009 Baklien, Bergljot & Tonje Wejden *Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon»*. 135 s. Oslo 2009.

1/2008 Vedøy, Tord & Ellen J. Amundsen *Rusmiddelbruk blant personer med innvandrerbakgrunn. Oversikter fra befolkningsundersøkelser*. 76 s. Oslo 2008.

8/2007 Lund, Marte K. Ødegård, Astrid Skretting & Karl Erik Lund *Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21–30 år. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002 og 2006.* 107 s. Oslo 2007.

7/2007 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom.* 169 s. Oslo 2007.

6/2007 Baklien, Bergljot, Hilde Pape, Ingeborg Rossow & Elisabet E. Storrø Regionprosjektet – *Nyttig forebygging? Evaluering av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging.* 216 s. Oslo 2007.

5/2007 Lauritzen, Hege Cesilie & Bergljot Baklien *Overskjenking i Bergen. En oppfølgingsevaluering av Ansvarlig vertskap i Bergen.* 98 s. Oslo 2007.

4/2007 Tefre, Ellen M., Arvid Amundsen, Sturla Nordlund & Karl Erik Lund *Studenter og rusmidler. Bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill blant studenter ved Universitetet i Oslo.* 130 s. Oslo 2007

3/2007 Ihlebæk, Camilla & Ellen J. Amundsen *Majoritet og minoritet. Alkoholbruk blant ungdom utenfor storbyen.* 54 s. Oslo 2007.

2/2007 Horverak, Øyvind & Elin K. Bye *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004.* 245 s. Oslo 2007.

1/2007 Snertingdal, Mette Irmgard *Kalkulerende kjeltringer eller offer for omstendighetene? En kvalitativ studie av heroinomsetningens utvikling og aktører.* 140 s. Oslo 2007.

5/2006 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Omfang av sprøytemisbruk i Norge.* 83 s. Oslo 2006.

4/2006 Buvik, Kristin V. & Bergljot Baklien *Skal det være noe mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim.* 112 s. Oslo 2006.

3/2006 Nøkleby, Heid & Grethe Lauritzen *Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie.* 165 s. Oslo 2006.

2/2006 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Ingen enkle løsninger: Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum.* 166 s. Oslo 2006.

1/2006 Solbakken, Bjørn H. & Grethe Lauritzen *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. 150 s. Oslo 2006.

6/2005 Berg, Frid Fjose & Anne Line Bretteville-Jensen *Ungdoms etterspørsel etter alkohol. En empirisk analyse basert på intervjudata 1990–2004*. 75 s. Oslo 2005.

5/2005 Solbakken, Bjørn H., Grethe Lauritzen & Marte K. Ødegård Lund *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. 124 s. Oslo 2005.

4/2005 Bretteville-Jensen, Anne Line *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993–2004*. 176 s. Oslo 2005.

3/2005 Østhus, Ståle *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken. En analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og fram til i dag*. 120 s. Oslo 2005.

2/2005 Amundsen, Ellen J., & Robert Lalla *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003*. 44 s. Oslo 2005.

1/2005 Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storvoll *Evaluering av alkoholkampanjen «Alvorlig talt»*. 128 s. Oslo 2005.

SIRUS-skrifter

Følgende publikasjoner er utkommet i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-skrifter, se www.sirus.no under publikasjoner:

1/2008 Lund, Karl Erik & Jostein Rise *Kunnskapsgrunnlag for forslaget om et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer*. 83 s. Oslo 2008.

5/2007 Hetland, Jørn, Leif Edvard Årø & Simon Øverland *Røykfrie serveringssteder. Samlerapport fra en prospektiv undersøkelse blant ansatte i serveringsbransjen*. 43 s. Oslo 2007.

4/2007 Frøyland, Kjetil *Med arbeidslivet som arena. Om kunnskaps- og utviklingsbehov i arbeidslivsrelatert rusmiddelforskning*. 65 s. Oslo 2007.

3/2007 Lund, Marianne & Rita Lindbak *Norwegian Tobacco Statistics 1973–2006*. 43 s. Oslo 2007.

2/2007 Lund, Karl Erik (red.), Rune Ottesen, Jostein Rise, Sidsel Graff-Iversen & Kjell Bjartveit: *Grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved sigarettøyking i 1950- og 60 årene i Norge*. Erklæringer til Norges Høyesterett i forbindelse med søksmål fra skadelidt om erstatning fra tobakksprodusent. 231 s. Oslo 2007.

1/2007 Melberg, Hans Olav *Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005*. 29 s. Oslo 2007.

5/2006 Rise, Jostein *En sosialpsykologisk analyse av et fryktvekkende budskap. En kvasieksperimentell undersøkelse*. 68 s. Oslo 2006.

4/2006 Larsen, Elisabeth, Jostein Rise & Pål Kraft *En evaluering av tobakkskampanjen «Hver eneste sigarett skader deg»*. 53 s. Oslo 2006.

3/2006 Larsen, Elisabeth, Karl Erik Lund og Jostein Rise *Evaluering av tobakkskampanjen «Røyken tar pusten fra deg»*. 116 s. Oslo 2006.

2/2006 Lund, Karl Erik *The introduction of smoke-free hospitality venues in Norway. Impact on revenues, frequency of patronage, satisfaction and compliance*. Evaluation of public tobacco control work in Norway 2003–2007. 110 s. Oslo 2006.

1/2006 Lund, Karl Erik *Innføring av røykfrie serveringssteder i Norge. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse*. 121 s. Oslo 2006.

6/2005 Larsen, Elisabeth, Marianne Lund & Karl Erik Lund: *Evaluering av helseadvarslene på tobakkspakkene*. 33 s. Oslo 2005.

5/2005 Amundsen, Ellen J. *Alkohol- og tobakksbruk blant ungdom: Hva betyr innvandrerbakgrunn? Resultater fra en helseundersøkelse blant 10 klassinger i Oslo 2000/2001*. 92 s. Oslo 2005.

4/2005 Lund, Karl Erik *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument*. 60 s. Oslo 2005.

3/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykfrie serveringssteder. Luftkvalitet, helse og trivsel blant ansatte i serveringsbransjen.* 46 s. Oslo 2005.

2/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykevaner, holdninger til innføring av røykfrie serveringssteder og opplevelse av håndhevingsproblemer i serveringsbransjen. En prospektiv panelundersøkelse.* 75 s. Oslo 2005.

1/2005 Hetland, Hilde & Leif Edvard Aarø *Hva kan forbedres i VÆR røykFri-programmet? Intervjuer med elever, lærere og rektorer.* 59 s. Oslo 2005.