

FINANSIELL REVISJON | FORVALTNINGSREVISJON | FINANSFORVALTNING | SELSKAPSKONTROLL | RÅDGIVNING



## Den offentlige tannhelsetjenesten

- tjenester til prioritert og betalende klientell -

Sør-Trøndelag fylkeskommune

Mars 2010



## Forord

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført på oppdrag av Sør-Trøndelag fylkeskommunes kontrollutvalg i perioden oktober 2009 - mars 2010.

Undersøkelsen er utført i henhold til NKRFs standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisjon Midt-Norge IKS vil takke alle som har bidratt konstruktivt med informasjon i undersøkelsen.

Trondheim, 26.3.2010

Anna Ølnes /s/  
Ansvarlig forvaltningsrevisor

Anne Gråberg/s/  
Prosjektmedarbeider



## Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har Revisjon Midt-Norge IKS gjennomgått den offentlige tannhelsetjenesten, og vurdert om de yter tilstrekkelige tjenester til prioriterte grupper. Vi har også sett på om balansen mellom voksent betalende klientell og det prioriterte klientellet er tilfredsstillende. Konklusjonen er at den offentlige tannhelsetjenesten i Sør-Trøndelag utfører tjenestene de er forpliktet overfor prioriterte grupper. Det er likevel noen svakheter.

Revisor har inntrykk av at tannhelsetjenesten strekker seg langt for å gi de prioriterte gruppene et tilfredsstillende tilsyn og behandling. Utfordringen er å få oversikt over aktuelle klienter, for de gruppene som har kommunale tjenester. Kommunene er restriktive med å gi seg pasientoversikter, og det går særlig utover klientene i gruppe C2 (eldre og langtidssyke, som får hjemmesykepleie). Dette ble påpekt i en forvaltningsrevisjon i 2003 også. Det gjør det nødvendig med tett samarbeid, og fylkestannlegen har satt i gang et arbeid med å inngå samarbeidsavtaler med alle kommunene. Fylkestannlegen er ennå ikke i mål med det, men det skyldes i hovedsak treghet fra kommunenes side.

Når det gjelder oppfølgingen av de andre gruppene kan det se ut til at gruppe A, B og D<sup>1</sup> blir godt fulgt opp, men at det er noen utfordringer knyttet oppmøte for gruppe D. For denne gruppen er det en høyere andel som ikke møter til avtalt time. Det er dessuten mer uoversiktlig hvem som tilhører gruppen, og hvem som har flyttet. Ellers vil tannhelsetjenesten stå overfor utfordringer ved at gruppe C vil vokse, med det økende antallet eldre. Behandlingsbehovene for denne gruppen vil også øke, både i omfang og utfordringer, p.g.a. av at flere har sine egne tenner.

Når det gjelder problemstillingen om balansen mellom prioritert og betalende klientell, er det ikke grunnlag i denne forvaltningsrevisjonen for å konkludere med at det betalende klientellet systematisk fortrenger det prioriterte klientellet. I den grad det er svakheter rundt oppfølgingen av og tilsynet med det prioriterte klientellet er det andre årsaksforklaringer til det, som er påpekt ovenfor. Det som det er grunn til å rette oppmerksomheten på, er balansen mellom inntektsmålene, basert på undersøkelse og behandling av betalende klientell. De fleste distriktene har problem med å nå inntektsmålene.

Konklusjonene bygger på tallmateriale som revisor har fått oversendt fra fylkestannlegen. Det gjelder økonomitall og tjenestetall. Videre er det gjennomført intervju med alle fem overtannlegene (distriktovertannleger), fylkestannlegen og rådgivere i fylkestannhelstjenesten.

Rapporten er bygget opp med et innledende kapittel, som tar for seg situasjonen innen tannhelse nasjonalt og den generelle situasjonen for tannhelsetjenesten i Sør-Trøndelag. Videre presenteres problemstillinger, revisjonskriterier og metode i kapittel to, mens kapittel tre og fire presenterer resultat fra intervju og annet datamateriale, i tillegg til revisors vurdering. I kapittel fem følger revisors konklusjon og anbefalinger.

---

<sup>1</sup> A: barn og unge 0 - 18 år, B: psykisk utviklingshemmede over 18 år utenfor institusjon, D: ungdom 19-20 år (75 % prisreduksjon).

Revisor anbefaler fylkesrådmannen å:

- Videreføre folkehelsearbeidet som har vært rettet mot gruppene A og D til de andre gruppene, og særlig arbeidet med samarbeidsavtaler og veiledningsmateriale rettet mot kommunene
- Synliggjøre og følge opp tidsressurs til folkehelsearbeid
- Redusere etterslep på grunn av manglende kapasitet for de prioriterte gruppene
- Vurdere innkallingsmetoder, som gjør at flere møter til avtalt time, og som reduserer uheldige konsekvenser for tidsbruken, når pasienter ikke møter
- Vurdere innkallingsintervall, og at de er i samsvar med hensiktsmessig undersøkelse og behandling og faglig forsvarlig tilsyn
- Videreføre og legge til rette for rekruttering og arbeidsdeling som er hensiktsmessig ut fra kompetanse og effektiv ressursbruk
- Vurdere inntektsmål, og at disse er realistiske i forhold til kapasitet

## Innhold

Forord .....	3
Sammendrag.....	5
1 Innledning .....	8
1.1 Bestilling .....	8
1.2 Organisering av tannhelsetjenesten.....	8
1.3 Tjenestene.....	10
1.4 Tannhelse i Norge .....	10
2 Undersøkelsesopplegg .....	12
2.1 Avgrensing .....	12
2.2 Problemstillinger.....	12
2.3 Metode for datainnsamling og analyse .....	12
2.4 Revisjonskriterier.....	12
3 Tannhelsetjenester til prioritert klientell .....	13
3.1 Revisjonskriterier.....	13
3.2 Generell forebygging .....	14
3.3 Forebygging, tilsyn og behandling av gruppe A .....	15
3.4 Forebygging, tilsyn og behandling av gruppe B.....	17
3.5 Forebygging, tilsyn og behandling av gruppe C.....	18
3.6 Forebygging, tilsyn og behandling av gruppe D .....	20
3.7 Forebygging, tilsyn og behandling av rusmiddelbrukere med vedtak.....	21
3.8 Revisors vurdering .....	22
4 Tannhelsetjenester til voksent betalende klientell.....	24
4.1 Revisjonskriterier.....	24
4.2 Økonomisk resultat for tannhelsetjenesten.....	24
4.3 Tidsressurser til prioritert klientell.....	26
4.4 Tilsyn med det betalende klientellet .....	27
4.5 Revisors vurderinger .....	28
5 Høring .....	29
6 Konklusjon og anbefalinger .....	30
6.1 Konklusjon .....	30
6.2 Anbefalinger .....	31
Kilder .....	32
Vedlegg 1: Referat fra høringsmøte .....	i

# 1 Innledning

Denne rapporten oppsummerer en forvaltningsrevisjon av tannhelsetjensten i Sør-Trøndelag, og hvorvidt de gruppene som, i henhold Lov om tannhelsetjenester, har rett til gratis, eller prisreduerte, tannhelsetjenester får tilfredsstillend tilbud.

## 1.1 Bestilling

Forvaltningsrevisjonen har vært gjennom en omfattende bestillingsprosess. I utgangspunktet var prosjektet satt opp på plan for forvaltningsrevisjon for 2008. Den 3.3. 2009 ble det fremmet en sak til kontrollutvalget (KU) om å bestille en forvaltningsrevisjon av tannhelsetjenesten. KU vedtok at sekretariatet skulle uforme en bestilling på bakgrunn av innspill som kom fram i møtet. Den 9.9.2009 var det igjen en sak i KU om bestilling av forvaltningsrevisjon om dette temaet. I saksfremstillingen argumenterte sekretariatet for at prosjektet skulle innrettes mot om tjenestene utføres i henhold til prioriterte grupper. KU vedtok innstillingen, men ba om å få seg forelagt en utredning fra revisjonen, om hvordan prosjektet skulle konkretiseres. I brev av 15.9. fra Konsek, fikk revisjonen i oppdrag å gjennomføre en forvaltningsrevisjon på bakgrunn av KUs bestilling. På møte i KU, den 13.10., orienterte revisjonen om mulige problemstillinger. Revisjonen foreslo følgende innretning på prosjektet:

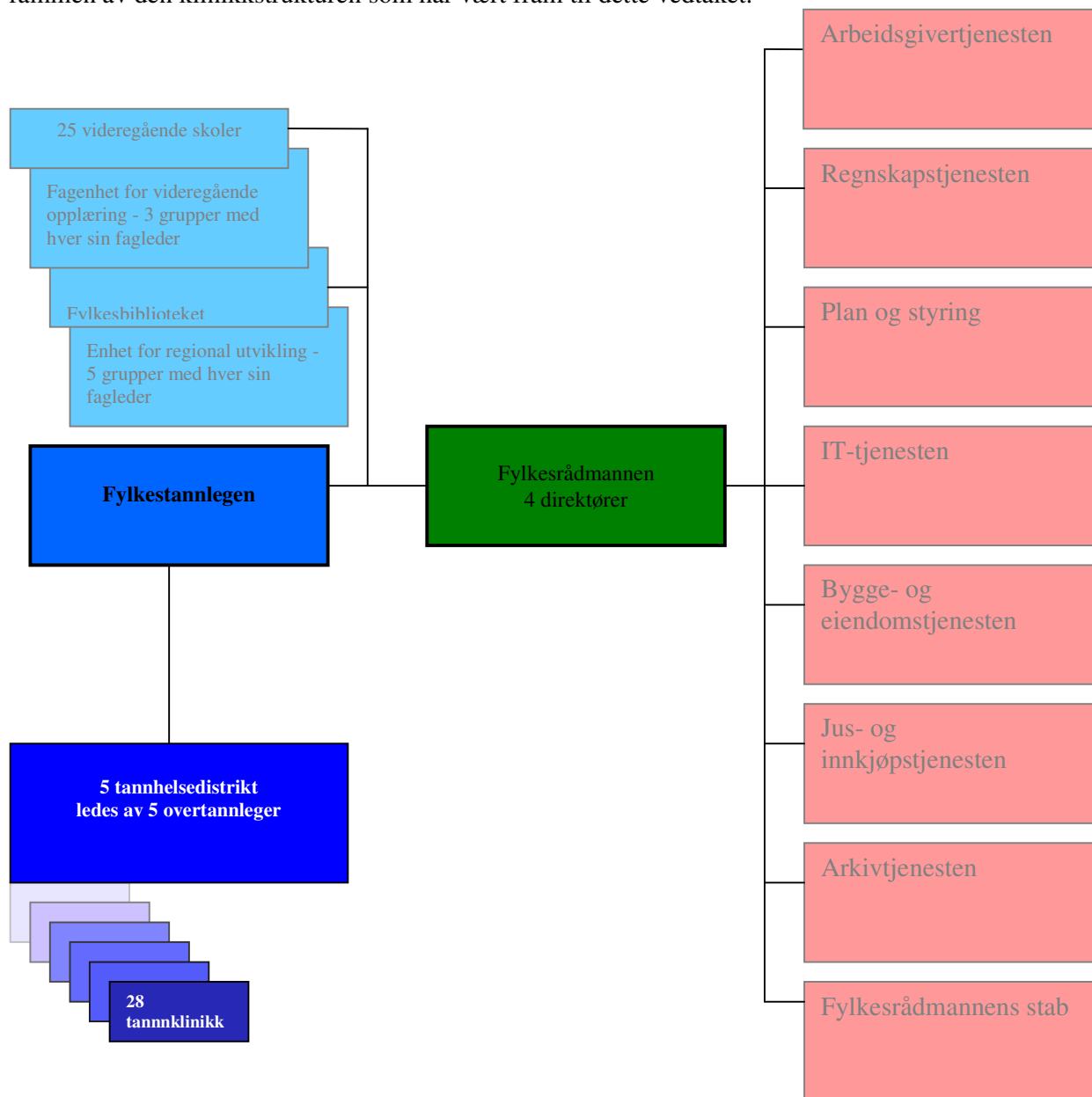
- Er det en bærekraftig prioritering mellom voksent betalende klientell og de, jf. tannhelseloven, prioriterte gruppene? Herunder:
  - Får de prioriterte gruppene de tannhelsetjenestene de har krav på jfr. tannhelseloven:
    - Forbygging
    - Behandling

Fylkeskommunens utfordringsdokument for 2009, som ble vedtatt fylkestinget i juni samme år, viser til at øvre tak for tidsbruk på voksent betalende klientell skal være ca 50 %, men at enkelte tannhelsedistrikt har problem med å holde seg innenfor denne grensen. De samme tannhelsedistriktene har problem med å holde budsjettbalanse. Fylkesrådmannen forklarer dette med bemanningssituasjonen i en del av tannhelseklinikker. Mange tannleger står foran pensjoneringsalder, rekrutteringen er vanskelig, unge tannleger er der for kort tid, og det er manglende kontinuitet i tjenestene. Behandlingen blir derfor ikke så effektiv som for de tannhelsedistriktene som har mer rutinert personale. Spørsmålet blir derfor om de makter å yte de tjenestene de er forpliktet til overfor de prioriterte gruppene?

## 1.2 Organisering av tannhelsetjenesten

Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Fylkestinget har det øverste ansvaret og fylkesrådmannen det øverste administrative ansvaret for tjenesten. Fylkestannlegen er enhetsleder for tannhelsetjenesten. I Sør-Trøndelag er tannhelsetjenesten delt inn i fem tannhelsedistrikt, som ledes av hver sin overtannlege: Det er distriktene Øst, Vest, Nord, Sør og Innlandet. Totalt er det 28 tannklinikker i Sør-Trøndelag, som til daglig ledes av en klinikkssjef. I tillegg er det fire biklinikker, som ambuleres av respektive hovedklinikker. Med det mens det at tannklinikken er uten fast bemanning, og at personalet ved hovedklinikken har besøksdager ved biklinikken en eller flere dager i uken. Fylkestinget

vedtok i mars 2010 ny klinikkstruktur. Denne forvaltningsrevisjonen er gjort innenfor rammen av den klinikkstrukturen som har vært fram til dette vedtaket.



Organiseringen av tannhelsetjenesten avviker fra resten av fylkeskommunens organisasjon, siden det er tre ansvarsnivå. Det fjerde nivået, klinikkene, har ansvar for den inntektsbaserte aktiviteten ved klinikken.

I følge Strategiplan for 2010-2013: Utfordringsdokumentet var det pr. mai 2009 183 årsverk i tannhelsetjenesten i STFK, hvorav 85 tannhelsesekretærer, 20,5 tannpleiere, 72 tannleger og 5,5 i andre stillinger (administrasjon, teknisk og renhold).

### 1.3 Tjenestene

Den offentlige tannhelsetjenesten har sin hjemmel i Lov om tannhelsetjenester. Den skal sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Til dette ansvaret hører det også med å iverksette forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den offentlige tannhelsetjenesten skal sørge for å organisere et oppsøkende behandlingstilbud til de prioriterte gruppene. Med oppsøkende tilbud menes her at de, på bakgrunn av oversikter over personer med rettigheter, skal kalle personer i prioriterte gruppene inn til undersøkelse, og eventuelt foreta nødvendig behandling ut fra hva som anses å være faglig forsvarlig innkallingsintervall og behandling.

De prioriterte gruppene er prioritert i rekkefølgen A-D, og forebyggende arbeid skal prioriteres før behandling. Gruppe A er delt i to: Gruppe A1 er barn fra 0 -2 år, og gruppe A2 er barn fra 3 - 18 år. Gruppe C er også delt i to: Gruppe C1 som er eldre og langtidssyke i institusjon, og gruppe C2 som er eldre og langtidssyke som får hjemmesykepleie. Gruppe D er unge mellom 19-20 år. Gruppe D får 75 % prisreduksjon på tannhelstjenester. Gruppe F er ikke en prioritert gruppe, på samme måte som de andre gruppene. Denne gruppen får tjenester mot betaling, etter takster fastsatt av fylkestinget. I tillegg har fylkestannhelsetjenesten ansvar for at rusmiddelbrukere utenfor institusjon, med vedtak om sosialtjenester får et tilbud om tannhelsetjenester.

### 1.4 Tannhelse i Norge

I en forholdsvis ny rapport fra Norsk folkehelseinstitutt, *Tannhelsestatus i Norge*, går det fram at nordmenns tannhelse varierer kraftig, blant annet avhengig av hvilken aldersgruppe de tilhører (Rapport 2009:5, Norsk folkehelseinstitutt). Tannhelsen har bedret seg over tid i flere grupper. Samtidig finnes det ikke god nok kunnskap om tannhelsen til mange grupper i befolkningen.

I rapporten kommer det fram at den offentlige tannhelsetjenesten gir rutinemessige data om barns tannhelse, men det er ingen regelmessig innsamling av slike data i den voksne befolkningen. Det finnes heller ikke noe sentralt register som kan fortelle hvordan det står til med befolkningens tannhelse.

Rapporten fra Folkehelseinstituttet oppsummerer data fra studier som per i dag finnes på området tannhelse/tannsykdommer. Rapporten er basert på data fra studier av barn og unge, rekrutter, voksne og eldre, samt enkelte spesielt utsatte grupper. Folkehelseinstituttet tar forbehold om at alle studiene er representative for hele befolkningen. Den understreker også at det på enkelte områder er faglig uenighet bruken og tolkningen av indikatorene som er brukt. Noen resultater som kommer fram i rapporten oppsummeres nedenfor:

- På landsbasis ser det ut til at andelen kariesfrie 3- og 5-åringene i 2007 er større en noen gang tidligere; ca 85-90 % av 3-åringene og 75 % av 5-åringene.
- Blant 12-åringene var under 20 % kariesfri i 1985, mens andelen kariesfri 12-åringene har ligget over 40 % siden 1995, med en del svingninger.
- Gjennomsnittsrekrutten hadde i 1968 13,7 tenner med fyllinger, mens gjennomsnittet i 2008 var 4,8. Imidlertid økte andelen med erosjonsskader på tennene blant rekruttene fra 3 % i 1990 til 7 % i 1999.
- Tannhelsen hos de undersøkte gruppene som representerer den voksne normalbefolkningen har forbedret seg betydelig i løpet av de siste tiårene.

Trøndelagsundersøkelsene viste bl.a. at i aldersgruppen 34-44 år ble andelen tenner med hull halvert i perioden 1973-2006.

- Andelen eldre som kun hadde egne tenner, har økt fra 1996 til 2004, dvs. det sees en bedring også blant eldre som i utgangspunktet vokste opp i en tid preget av begrenset tilbud og oppfølging av tannhelsen. Samtidig har en betydelig andel av de eldre smerter og/eller spisevansker
- Tilbud om tannbehandling for grupper med spesielle behov varierer mellom fylkene, ettersom det er opptil den enkelte fylkeskommune å velge hvilke grupper som skal prioriteres.
- FUTT-undersøkelsen (**F**orsøksordning med **u**tvidet fylkeskommunalt **t**ilbud om **t**annhelsetjenester) viste at nær 100 % av de rusmiddelavhengige hadde behov for tannbehandling. En annen undersøkelse av 227 pasienter med dobbeltdiagnose rus-psykiatri i 2006-2008 avdekket store behandlingsbehov – for eksempel hadde aldersgruppen 30-39 år i snitt nesten 8 tenner med karies, ti ganger så mange som en lignende aldersgruppe i Trøndelagsundersøkelsen i 2006.
- Rapporten gir også en oppsummering av data på faktorer knyttet til andre sykdommer i munnhulen.
- Basert på den kunnskapen som finnes per i dag er det vanskelig å konkludere med i hvilken grad det er sosiale ulikheter i tannhelse i Norge.

## 2 Undersøkelsesopplegg

I dette kapitlet gjøres det rede for hvordan undersøkelsen er gjennomført, med tanke på avgrensning, problemstillinger, metode og revisjonskriterier.

### 2.1 Avgrensning

Kontrollutvalget har, i sin bestilling, avgrenset forvaltningsrevisjonen til å gjelde det prioriterte klientellet, og om disse får tjenester i henhold til loven. Videre ønsket kontrollutvalget å se på balansen mellom betalende klientell og det prioriterte klientellet. Klinikstruktur, rekruttering og arbeidsmiljø er ikke berørt i dette prosjektet.

### 2.2 Problemstillinger

Ut fra ovenstående avgrensning, har forvaltningsrevisjonen hatt følgende problemstilling:

***Problemstilling 1:***

*Utfører tannhelsetjenesten de forebyggende tjenestene som de er forpliktet til overfor de prioriterte gruppene?*

***Problemstilling 2:***

*Er det en riktig balanse mellom tilsyn og behandling av prioriterte grupper og behandling av voksent betalende klientell?*

### 2.3 Metode for datainnsamling og analyse

Det er gjennomført intervju med fylkestannlegen, sammen med rådgiver (oppstartsmøte), alle overtannlegene (ledere for fem tannhelse-distrikt) og koordinator for folkehelsearbeidet. Alle har verifisert referatene. Revisor har mottatt innkallings- og behandlingsstatistikk for årene 2008 og 2009, økonomiske resultat for 2008 og 2009, og statistikk som viser tidsbruk på pasienter for 2007 og 2008. Dette tallmaterialet er oversendt fra fylkestannlegen. I høringsmøtet ble det presisert at det er usikkerhet knyttet til en del av tallmaterialet.

### 2.4 Revisjonskriterier

Utgangspunktet for revisors vurderinger har vært tannhelseslovens bestemmelser om tjenester til det prioriterte klientellet og det betalende klientellet. Lov om tannhelsetjenesten (1983) har bestemmelser om fylkeskommunens ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten, og å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for de som bor i fylket. I lov om tannhelsetjenester går det også fram hvem fylkeskommunen skal prioritere å gi tannhelsetjenester til. Det vises til kapittel 3.1 for nærmere gjennomgang av gruppene.

I tillegg til de prioriterte gruppene kan fylkeskommunen yte tannhelsetjenester til voksent betalende klientell.

I tillegg til tannhelsesloven er styringsdokumenter som fylkestinget har vedtatt for den offentlige tannhelsetjenesten i Sør-Trøndelag sentralt grunnlag for revisjonskriterier. I strategidokumentene er det lagt føringer på hvilken andel tannklinikker maksimalt skal ha med voksent betalende klientell. I budsjettet for 2009 går det fram at ca 50 % av tidressursen skal gå til behandling av voksent betalende klientell. Bonusavtalen, som inneholder kriterier for å kunne ta ut bonus, er også brukt som kriteriekilde. Denne inneholder bestemmelser om minste omfang på tjenestene til det prioriterte klientellet.

### 3 Tannhelsetjenester til prioritert klientell

I dette kapitlet belyses problemstillingen om tannhelsetjenesten utfører lovpålagte tannhelsetjenester til det prioriterte klientellet.

#### 3.1 Revisjonskriterier

Det er tannhelseloven som regulerer de offentlige tannhelsetjenestene. I denne forvaltningsrevisjonen er lovens kapittel 1, § 1-1 - 1-3, og kapittel 2, § 2-1, brukt som kriterier.

I § 1-1 er det bestemmelser om *fylkeskommunens ansvar for å at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.*

Videre framgår det at *fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten.*

*Og den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i § 1-3 enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannlege som har inngått avtale med fylkeskommunen etter § 4-1.*

Revisor har holdt tilgangen på spesialisttjenester og avtaler med private tannleger utenom denne forvaltningsrevisjonen.

I § 1-2 går fylkeskommunens ansvar for forebygging fram. *Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen, og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling. Den skal spre opplysning om, og øke interessen for hva den enkelte selv, og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.*

§1-3 inneholder nærmere bestemmelser om omfanget av tjenester til de prioriterte gruppene, og hvilket ansvar som gjelder for tilsyn, forebygging og behandling av disse gruppene.

*Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til:*

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

*Gruppene (a-e) er listet opp i prioritert rekkefølge. Hvis ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud til alle gruppene skal denne prioritering følges. Forebyggende tiltak prioriteres foran behandling.*

*I tillegg kommer rusmiddelbrukere som har vedtak om sosialhjelp og som ikke er i institusjon.*

Fra tannhelsetjenestens bonusavtale, er følgende kriterier hentet, for innkallingsintervall og tidsbruk på ulike pasientgruppene:

*Innkalling skal skje i henhold til rutiner som er beskrevet i Kvalitetssystemet. Andel planlagt ikke innkalt skal ikke overstige 25 % av antall under tilsyn.*

*Lengste innkallingsintervall for å være under tilsyn settes til 24 mnd. 1- og 2-åringer (barn født 2004/2005) kan medregnes under tilsyn uten undersøkelse på tannklinikken dersom det er etablert andre tilsynsordninger (f. eks på helsestasjon).*

*Pasienter i gruppe B og C skal tilbys årlig undersøkelse, med unntak for de som ikke har egne tenner (helprotesebærere). I tillegg må bonusenheten (team, som består av tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær) dokumentere at den har en tilfredsstillende oppfølging av risikopasienter.*

### 3.2 Generell forebygging

Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere det forebyggende arbeidet for hele befolkningen, ikke bare de prioriterte gruppene. Mesteparten av det forebyggende arbeidet foregår ved individuell veiledning når klientene er inne til undersøkelse, men for å nå ut til hele befolkningen, må forebyggende arbeid organiseres på andre måter også. Dette er veiledning av grupper, for eksempel fremmedspråklige, og prosjekt og kampanjer av ulike slag. Fylketannhelsetjenesten har dessuten lenge hatt et vannprosjekt i videregående skoler. Flere skoler har fått friskvannskraner, colaautomater er tatt bort. I forbindelse med dette arbeidet har den offentlige tannhelses rolle vært å informere og inspirere skoleledelsen og elevråd til å motivere til mer vannbruk. Det er også jobbet inn mot idrettslag, blant annet har det vært samarbeid med rosenborgspillere som har stilt opp. Fylkestannhelsetjenesten har hatt dessuten deltatt med egen stand på Verdens vanddag.

Fylkestannhelsetjenesten er med i statens og fylkeskommunenes folkehelsesatsing. Det er opprettet 50 % stilling som folkehelsekoordinator i tannhelsetjenesten, og det er oppnevnt folkehelsekontakter i alle distrikter. Folkehelsearbeidet tar utgangspunkt i en strategisk plan, som er godkjent av overtannlegene og fylkestannlegen. Oppfølgingen av planen har foreløpig resultert i en tiltaksplan, rettet mot gruppene A og D. Blant annet er det utarbeidet veiledningsmateriale for helsestasjonene, og det er underskrevet en samarbeidsavtale mellom tannklinikkene og helsestasjonene. Det er også brent en cd med bilder av hva de skal se etter. Det er folkehelsekoordinator som sammen med folkehelsekontaktene i distriktene, samler informasjon som skal inn i permene. Det skal utarbeides tilsvarende materiale og avtaler i forhold til de andre gruppene også.

Fylkestannlegen har som målsetting å inngå samarbeidsavtale med alle kommunene på rådmannsnivå. Det er inngått samarbeidsavtale med flere kommuner, men noen gjenstår, og fylkestannlegen ga i intervju uttrykk for at det er en litt tung prosess, og at det er vanskelig å få respons fra rådmennene. Det er gjerne kommuner ute i distriktene som ikke følger opp initiativet fra fylkestannlegen. Trondheim kommune trekkes fram som flinke når det gjelder forebyggende arbeid. Fylkestannlegen har utarbeidet samarbeidsperm, for samarbeidet mellom klinikker og institusjonene. Klinikkerne driver opplæring i sykehjemmene. I hjemmetjenestene er det vanskeligere. Det er mye utskiftning, og det er vanskelig å få gitt samlet opplæring. Der avdelingslederne er innstilte på samarbeid er det bedre oppfølging. Det er også inngått avtale med Trondheim om brukere av helse- og sosialetjenester. I de andre kommunene er opplæringssektoren inkludert. Det er opprettet samarbeidsutvalg, og Fosengkommunene ble særlig trekt fram som entusiastiske. Med samarbeidsavtalene er det også et mål om å nå flere enn de som er prioritert i loven, folkehelsearbeid er viktig i den sammenheng

Tannpleierne har en viktig funksjon når det gjelder forebygging. I tillegg til at det er tannpleiere som er folkehelsekontakter i distriktene, er det de som står for mesteparten av veiledningen i helsestasjoner, sykehjem og andre institusjoner som har en viktig funksjon overfor prioriterte grupper innen tannhelse. Det er dessuten tannpleiere som står for en stor del av veiledningen overfor pasienter som er inne til undersøkelse, og som ikke trenger behandling. Det er tannpleiere ved nesten alle klinikkene. Det er lettere å rekruttere tannpleiere enn tannleger, men likevel er det noen av klinikkene i distriktene som har hatt problem med å få tannpleiere.

Folkehelsearbeidet er lagt opp slik at overtannlegene godkjenner planer for arbeid med folkehelse. Folkehelsekontaktene i distriktene legger så fram tilsvarende for klinikk møtet (klinikksjefene). Det er klinikksjefene som har ansvar for at folkehelsearbeidet blir gjort av klinikkene. Det er en utfordring å få de til å ta ansvar for folkehelsearbeidet, da knappe ressurser gjør at driftsoppgavene prioriteres. Stillingen som folkehelsekoordinator har blitt oppjustert fra 20 % stilling i 2006, til 50 % per mars 2010. Etter det revisor har fått tilbakemelding om er det ikke definert noen bestemt tidsressurs for folkehelsekontaktene i distriktene. Det virker heller ikke som at det har vært definert konkrete mål for folkehelsearbeidet i tannhelsetjenesten fra begynnelsen, men veien har blitt til mens man har gått, og slik har det vært i de fleste fylkene.

### 3.3 Forebygging, tilsyn og behandling av gruppe A

Gruppe A består av to undergrupper: gruppe A1, som er barn fra 0 - 2 år, og gruppe A2, som er barn fra 3 - 18 år. Utfra aldersspenn utgjør gruppe A2 hoveddelen av gruppe A. Også utfra forsvarlig behandling utgjør de den største gruppen for tannhelsetjenesten.

#### 3.3.1 Gruppe A1

Gruppe A1 blir kalt inn unntaksvis, dersom det kommer melding fra helsestasjon eller foreldre om risiko. Det er helsestasjonene som har oversikt over denne gruppen, og sender henvisning hvis de ser behov. En forsvarlig tannhelsetjeneste for denne gruppen er således avhengig av et godt samarbeid med helsestasjoner og den offentlige tannhelsetjenesten. Måltallet for hvor høy andel i denne gruppen som skal har vært innkalt og behandlet er 20 %.

**Tabell 1: Tall for gruppe A1, 2008 og 2009.**

	Innlandet		Syd		Øst		Vest		Nord	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Totalt i gruppen under tilsyn	1133	1159	1393	1416	1692	1709	1041	980	1797	1901
Andel planlagt ikke innkalt av alle i gruppen under tilsyn	97 %	97 %	82 %	97 %	65 %	99 %	78 %	89 %	95 %	98 %
Ferdig behandlet av alle i gruppen under tilsyn	2 %	2 %	16 %	2 %	1 %	1 %	21 %	9 %	4 %	1 %
Andel etterslep av alle i gruppen som er planlagt innkalt	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %
Andel ikke møtt av innkalte pasienter	0 %	0 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5 %	0 %
Andel us/behandlet 2 siste år av alle i gruppen under tilsyn <sup>2</sup>	8 %	7 %	30 %	2 %	1 %	1 %	33 %	23 %	7 %	2 %
Andel us/behandlet 3 siste år av alle i gruppen under tilsyn	10 %	7 %	30 %	0 %	2 %	1 %	35 %	27 %	7 %	2 %

Kilde: fylkestannlegen.

Tabell 1 viser at det er stor variasjon distriktene i mellom, når det gjelder andel innkalte i denne gruppa. For tre av distriktene var andelen planlagt ikke innkalt en god del lavere i 2008,

<sup>2</sup> Andel undersøkt / behandlet

enn i 2009. Vi ser dessuten at andelen ferdig behandlet varierte en god del mellom distriktene 2008, og litt mindre i 2009.

Normalt er maksimum innkallingsintervall 2 år jf. faglig forsvarlig tannhelsetjeneste. For denne gruppen er det litt annerledes, ettersom de unntaksvis kalles inn. Vi ser likevel av tabellen at det er stort sprik distriktene i mellom, når det gjelder andel i denne gruppen som har blitt undersøkt og eventuelt behandlet de to og tre siste årene.

### 3.3.2 Gruppe A2

A2 er den største gruppen blant det prioriterte klientellet, og den som i realiteten har høyest prioritet med tanke på forebygging og behandling. Fylkestannlegen mottar lister over personer i de ulike aldersgruppene fra folkeregisteret. Disse mottas årlig, slik at til- og fraflytting i løpet av året oppdateres en gang i året. Oversiktene settes i et recallsystem (klientsystem for innkalling). De kalles ofte inn første gang som treåringer, deretter settes det opp individuelle innkallingsintervall etter risikosituasjon.

**Tabell 2: Tall for gruppe A2, 2008 og 2009.**

	Innlandet		Syd		Øst		Vest		Nord	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Totalt i gruppen under tilsyn	12193	12226	11822	11598	12404	12444	9813	9268	13201	13387
Andel planlagt ikke innkalt av alle i gruppen under tilsyn	20 %	20 %	16 %	31 %	18 %	24 %	15 %	14 %	20 %	23 %
Ferdig behandlet av alle i gruppen under tilsyn	69 %	68 %	71 %	52 %	64 %	59 %	64 %	60 %	66 %	59 %
Andel etterslep av alle i gruppen som er planlagt innkalt	2 %	3 %	0,3 %	7 %	7 %	7 %	8 %	12 %	0 %	9 %
Andel ikke møtt av innkalte pasienter	3 %	3 %	6 %	7 %	6 %	4 %	2 %	1 %	6 %	5 %
Andel us/behandlet 2 siste år av alle i gruppen under tilsyn	95 %	95 %	95 %	92 %	88 %	70 %	93 %	94 %	95 %	94 %
Andel us/behandlet 3 siste år av alle i gruppen under tilsyn	96 %	96 %	99 %	92 %	92 %	69 %	95 %	105 %	97 %	96 %

Kilde: fylkestannlegen.

Faglig forsvarlig innkallingsintervall har vært inntil to år, men i følge fylkestannlegen kan de strekkes enda lenger. Det er litt variasjoner distriktene imellom som planlagt ikke blir innkalt ikke blir innkalt, og varierer fra år til år innad i distriktet. I utgangspunktet skal 100 % være undersøkt og eventuelt behandlet de to og tre siste årene. Likevel er det viktig å presisere at noen, også i gruppe A, kan foretrekke andre tilbud enn den offentlige tannhelsetjenesten, og det kan være mulig at registrene ikke har fanget opp alle som er under tilsyn. Tabell 2 viser, med ett unntak, at det har vært i underkant av 100 % som har vært undersøkt og eventuelt behandlet begge årene, både i løpet av siste toårsperiode og siste treårsperiode<sup>3</sup>. Det var Øst som hadde den laveste andelen undersøkt/behandlet, både de to siste årene og tre siste årene i 2008 og 2009. Fylkestannlegen påpekte i høringsmøtet at tallgrunlaget for undersøkt og behandlet siste tre år er usikkert. Etterslepet har også variert, og var over 12 % i Vest i 2009. Ser vi etterslepet og andel undersøkt/behandlet siste to og tre årene, samvarierer ikke det nødvendigvis. Øst, som hadde den laveste andelen undersøkt og behandlet, både i 2008 og 2009, hadde ikke etterslep i 2009, men et relativt høyt etterslep i 2008. Vest hadde det høyeste etterslepet av alle distriktene i 2009, men andelen undersøkt/behandlet var over 100 %. Andelen klienter som ikke har møtt til undersøkelse har ligget på inntil 6 % disse to årene.

Måltallet for årlig innkalt og behandlet for denne gruppen er ca 60 %. Vi ser av tabell 2 at andelen som var innkalt og ferdig behandlet var stort sett høyere enn det. Ved alle distriktene

<sup>3</sup> Helsedirektoratet: kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten, 2008

er tilbakemeldingen at denne gruppen får forsvarlig og tilstrekkelig tilsyn og behandling, så sant de møter. Etterslepet forklares med at det kan være pasienter som er kalt inn ved slutten av året, men som ikke kommer inn til undersøkelse før på nyåret. Det er også individuelle forklaringer, knyttet til enkeltklinikker. Både i Trondheim og ute i distriktene er det klinikker som har hatt vakanser, og som har fått etterslep. Likevel er det, i følge tilbakemeldinger revisor har fått, sjelden at man går utover toårsintervallet for denne gruppen.

Revisor har fått tilbakemelding om at det har vært en tendens til overbehandling i denne gruppen. Tidligere har det vært gitt ganske mye tid på pasienter under tilsyn. Det var vanlig at alle i gruppen ble kalt inn årlig, men det har vært jobbet målrettet med å strekke innkallingsintervallene. Ut fra statlige føringer for hva som regnes som forsvarlig behandling har innkallingsintervallene blitt forlenget, og årlig innkalling regnes ikke lenger som minimum forsvarlig tilsyn lenger. De skal ikke inn for ofte. De som er friske, og ikke har noe, skal inn annet hvert år, andre skal inn oftere. I følge fylkestannlegen har kommet signaler fra statlig om at innkallingsintervall kan vurderes i et treårsperspektiv.

En av konklusjonene som kom fram forrige gang det var en forvaltningsrevisjon om tannhelsetjenesten (Rapport fra fylkesrevisjonen i Sør-Trøndelag i 2003) var at pålegget, som den gangen gjaldt, om at melketannsbehandlingen skulle reduseres, ble oppfattet som problematisk, av tannlegefaglige grunner.

Denne restriksjonen er opphevet, men likevel er det et viktig prinsipp at melketenner som skal ut innen ca et år ikke skal behandles. Det er tannlegenes faglige skjønn som ligger til grunn for hvor lenge en skal behandle melketenner. Det kreves erfaring for å se når tannfelling vil skje. Revisor har ikke fått opplysninger som tyder på at restriksjonene som gjaldt for 4-5 år siden har fått konsekvenser.

Selv om ideelt sett 100 % av gruppen skulle vært undersøkt og behandlet ihverfall innen tre år, forklares manglende måloppnåelse med at pasienter ikke har møtt eller at de har flyttet, og at det ikke har kommet med i systemene. Noe kan også være etterslep. Dessuten kan tallene for undersøkt og behandlet etter tre år være usikre.

Forebygging for denne gruppen, utover det som er omtalt i kapittel 2.2, er individuell veiledning når de er inne til undersøkelse. Ikke alle distrikter har tannpleiere ved alle klinikkene, men der det er bra tannpleierressurser, følges prinsippet om at arbeidsfordelingen skal skje i forhold til kvalifikasjoner: Tannlegene gjør kun det som tannlegene kan gjøre, tannpleierne gjør det de kan gjøre, og tannhelsesekretærene gjør det de kan gjøre ut fra sine kvalifikasjoner. Tannpleierne står for det meste av det forebyggende arbeidet og veiledningen til klientene. Ved noen klinikker er det sekretærene som gjør slikt arbeid; pusser tenner, informerer om kosthold osv. Det gjøres helst av sekretærer som har vært mange år i etaten, og som har erfaring til å kunne gi slik informasjon. De får veiledning fra tilstedeværende tannlege. Tannleger veileder også, når de har pasienter inne til behandling.

### 3.4 Forebygging, tilsyn og behandling av gruppe B

Denne gruppen består av psykisk utviklingshemmede over 18 år, som ikke er i institusjon. Anbefalt innkallingsintervall er inntil ett år for denne gruppen. Klinikken får oversikt over denne gruppen ved at de fleste har vært i gruppe A, og blir værende i recallsystemet. Eller har de fleste i denne gruppen kommunale tiltak, og blir fanget opp i det systemet. Da er man avhengig av at kommunen henviser pasienten til tannhelsetjenesten. Kommunene er

restriktive med å gi fra seg oversikter over aktuelle klienter, av personvern hensyn. Dette er et problem som gjelder de prioriterte gruppene som har vedtak om kommunale tjenester.

**Tabell 3: Tall for gruppe B, 2008 og 2009.**

	Innlandet		Syd		Øst		Vest		Nord	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Totalt i gruppen	204	209	161	160	141	140	207	219	207	203
Andel planlagt ikke innkalt av alle under tilsyn	4 %	8 %	4 %	8 %	2 %	11 %	8 %	8 %	5 %	11 %
Ferdig behandlet av alle i gruppen under tilsyn	81 %	76 %	80 %	65 %	75 %	60 %	64 %	58 %	71 %	67 %
Andel etterslep av alle i gruppen som er planlagt innkalt	5 %	2 %	1 %	3 %	1 %	10 %	10 %	14 %	1 %	2 %
Andel ikke møtt av innkalte pasienter	1 %	3 %	1 %	4 %	4 %	5 %	1 %	2 %	6 %	5 %
Andel us/behandlet 2 siste år av alle i gruppen under tilsyn	96 %	92 %	97 %	94 %	69 %	71 %	87 %	100 %	86 %	91 %
Andel us/behandlet 3 siste år av alle i gruppen under tilsyn	97 %	94 %	102 %	94 %	86 %	73 %	91 %	115 %	89 %	90 %

Kilde: fylkestannlegen.

Tilbakemeldinger revisor har fått fra overtannlegene er at så og si alle i gruppen blir kalt inn årlig, eller oftere. Dette bekreftes i tabell 3. Maks andel, som ikke ble innkalt, var 11 %. Det var en høyere andel planlagt ikke innkalt i 2009 enn i 2008. Høyeste etterslep var i Vest, i 2009, på 14 %. Ser vi på andelen som var undersøkt/behandlet de to siste årene, var det tildels store variasjoner begge årene, og var med noen unntak lavere enn 100 %.

Denne gruppen kan være vanskelig å behandle. Mange i gruppen trenger narkose, tilbakemeldinger revisor har fått er at det er litt dårlig kapasitet på det. I tillegg til St. Olavs hospital, er det kun i tilknytning til sykehuset på Røros at det er ressurser og kompetanse til å utføre behandling i narkose i Sør-Trøndelag.

Det forebyggende arbeidet overfor denne gruppen er i all hovedsak 1:1 når de er inne til undersøkelse. Som det kom fram i kapittel 2.2 er planen at arbeidet innen folkehelsesatsingen skal rettes inn mot denne gruppen etter at A og D er klart.

### 3.5 Forebygging, tilsyn og behandling av gruppe C

Gruppe C er også delt i to undergrupper. Gruppe C1 er eldre og langtidssyke i institusjon. I tillegg til eldre, finner vi her rusmiddelbrukere i institusjon, psykisk utviklingshemmede i institusjon og pasienter med langtidsopphold i psykiatriske og andre institusjoner. Gruppe C2 er de samme gruppene, men har hjemmesykepleie i stedet for institusjonsplass. Også for disse klientene er faglig forsvarlig innkallingsintervall inntil 2 år.

#### 3.5.1 Gruppe C1

For å få oversikt over denne gruppen er tannhelsetjenesten avhengig av samarbeid med institusjonene. Alle distriktene gir tilbakemelding om at klinikkene får lister en gang i året fra institusjonene. De fleste overtannlegene opplyste dessuten om at tannpleierne ved klinikkene besøker institusjonene årlig, og får da ajourført pasientlisten. Utover det, er oversiktene basert på at institusjonene melder fra ved dødsfall eller når nye pasienter får langtidsplass. Det er likevel sannsynlig at oversiktene til enhver tid ikke er à jour i forhold til innflytta og døde pasienter. En av overtannlegene sa at de forsøkte å følge med på dødsannonser for å ha oversikt. I følge fylkestannlegen er målsettingen at 90 % av gruppen skal ha vært undersøkt/behandlet i løpet av et år. Tabell 4 nedenfor viser oversikt innkallings- og undersøkelsesdata for gruppe C1, eldre og langtidssyke i institusjon.

**Tabell 4: Tall for gruppe C1, 2008 og 2009.**

	Innlandet		Syd		Øst		Vest		Nord	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Totalt i gruppen under tilsyn	559	557	307	306	643	546	599	584	898	887
Andel planlagt ikke innkalt av alle i gruppen under tilsyn	14 %	12 %	0 %	0 %	13 %	8 %	8 %	10 %	9 %	10 %
Ferdig behandlet av alle i gruppen under tilsyn	72 %	72 %	78 %	75 %	53 %	64 %	58 %	55 %	61 %	57 %
Andel etterslep av alle i gruppen som er planlagt innkalt	5 %	2 %	0 %	1 %	4 %	7 %	10 %	6 %	1 %	3 %
Andel ikke møtt av innkalte pasienter	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	3 %	2 %
Andel us/behandlet 2 siste år av alle i gruppen under tilsyn	109 %	108 %	117 %	112 %	72 %	103 %	91 %	94 %	101 %	104 %
Andel us/behandlet 3 siste år av alle i gruppen under tilsyn	133 %	132 %	132 %	112 %	102 %	137 %	115 %	116 %	124 %	123 %

Kilde: fylkestannlegen.

Tabell 4 viser at den maksimale andelen som planlagt ikke ble innkalt 14 %, Innlandet i 2008, mens det var så og si ingen begge årene i Syd. Andelen ferdig behandlet varierer fra distrikt til distrikt, og fra det ene året til det andre innad i distriktene. Det er Syd som har hatt høyest andel ferdig behandlet. Etterslepet har for denne gruppen vært inntil 10 %, men jevnt over har det ligget på ca 5 %. Syd hadde lavest etterslep begge årene, mens distriktene Innlandet og Syd hadde høyest etterslep i 2009, og Øst hadde høyest etterslep i 2009. I denne gruppen har nesten alle distriktene over 100 % ferdig undersøkt og eventuelt behandlet i løpet av de to og tre siste årene.

Det er økende utfordringer med denne gruppen. For det første er en stor del av klientene i gruppen nokså syke, og ved undersøkelse og behandling må det av og til gjøres ved institusjonen. De aller fleste kommer likevel til tannhelsetjenesten. Stadig flere i gruppen beholder sine egne tenner, så undersøkelses- og behandlingsbehovet øker.

Behandlingen som gruppe C1 får er forsvarlig i følge alle overtannlegene, men utfordringen er at den i stadig større grad krever tanntekniske ressurser, som tannhelsetjenesten har knappe ressurser for å gi. Gruppen har krav på gratis tannteknikk og protetisk behandling. Den største utfordringen er likevel behandlingen i seg selv. Flere av tilbakemeldingene revisor fikk i intervjuene gikk ut på at det er et dilemma hvor mye behandling som skal gis utover det faglig forsvarlige, og hvor mye smerte en skal påføre pasientene, i tillegg til de plagene de har fra før.

En viktig del av det forebyggende arbeidet for denne gruppen er rettet mot personalet, når tannpleierne er ute på institusjonene. Det er en målsetting ved alle klinikkene, at det forebyggende arbeidet skal skje på den måten, men det varierer med ressursituasjonen ved klinikkene (vakanser, tilgang på personell) i hvor stor grad det gjøres. Ansvar for at pasienter ved institusjon får i varetatt nødvendig tannhygiene ligger til institusjonseieren. Det er institusjonseiers ansvar å sørge for at pasientene får oppfylt nødvendige helsetjenester. Det er tannhelsetjenestens ansvar å veilede institusjonseier i hvordan dette ansvaret skal ivaretas, og det er tannhelsetjenestens ansvar pasienter som blir henvist blir satt inn i et system som gjør det mulig å yte faglig forsvarlig tannhelsetjenester til dem. Tannpleierne lager kort for hver pasient, med informasjon om pasienten og hvilket daglig og annen oppfølging det er behov for å ivareta tilfredsstillende tannhygiene og tannhelse.

### 3.5.2 Gruppe C2

Gruppe C2 består, i likhet med C1, for en stor del av eldre klienter, bare at de har behov for hjemmesykepleie. I fylkesrevisjonens forvaltningsrevisjon av tannhelsetjenesten i 2003 var det denne gruppen forvaltningsrevisjonen rettet oppmerksomheten mot, i tillegg til gruppe A2. Konklusjonen for denne gruppen var problemer knyttet til at det er to forvaltningsnivåer som har ansvar for det totale helsetilbudet til denne gruppen. Fylkesrevisjonen anbefalte at det ble arbeidet målrettet med skriftlige samarbeidsavtaler mellom fylkeskommunen og kommunehelsetjenesten, som forplikter begge nivåene til å gi et best mulig tilbud til pasientene.

Tilbakemeldingene i intervjuene har vært at dette er en av gruppene som det er vanskeligst å få oversikt over. Det er variabelt hvorvidt det er inngått samarbeidsavtaler med hjemmetjenestene. Til tross for samarbeidsavtaler er kommunene restriktive med å gi fra seg lister. Dette begrunnes med taushetsplikt<sup>4</sup>. Tilbakemeldinger revisor fikk tyder på at den beste måten å sørge for at denne gruppen får ivaretatt sine rettigheter til gratis tannhelsetjenester er at tannhelsetjenesten følger opp med veiledning overfor personalet i hjemmesykepleien, og at det blir inngått gjensidig forpliktende avtaler med alle kommunene. I de distriktene det er et visst omfang av private klinikker, er det en relativt høy andel i denne gruppen som takker nei til den offentlige tannhelsetjenesten, og fortsetter ved samme tannklinikk som de har hatt som voksen betalende.

**Tabell 5: Tall for gruppe C2, 2008 og 2009. Kilde: fylkestannlegen.**

	Innlandet		Syd		Øst		Vest		Nord	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Totalt i gruppen	792	735	361	389	547	556	892	908	1110	972
Andel planlagt ikke innkalt av alle i gruppen under tilsyn	14 %	13 %	2 %	6 %	4 %	5 %	6 %	8 %	10 %	10 %
Ferdig behandlet av alle i gruppen under tilsyn	46 %	47 %	54 %	39 %	39 %	39 %	34 %	30 %	36 %	39 %
Andel etterslep av alle i gruppen som er planlagt innkalt	4 %	2 %	0 %	5 %	4 %	3 %	11 %	7 %	1 %	7 %
Andel ikke møtt av innkalte pasienter	1 %	2 %	4 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	5 %	3 %
Andel us/behandlet 2 siste år av alle i gruppen under tilsyn	71 %	69 %	79 %	67 %	51 %	66 %	54 %	59 %	62 %	66 %
Andel us/behandlet 3 siste år av alle i gruppen under tilsyn	80 %	81 %	86 %	67 %	65 %	74 %	60 %	71 %	69 %	79 %

I følge fylkestannlegen er det en målsetting at 50 % av alle i denne gruppen skal ha fått behandling i løpet av et år. Det er kun ett distrikt som har oppnådd måltallet ett år, ellers er andelen pasienter i denne gruppen som er ferdig behandlet mellom 30 % - 47 %. Det varierer distriktene i mellom hvor stor andel av gruppen som blir kalt inn. Andelen klienter som ble undersøkt og behandlet i løpet av siste og treårsperiode var for alle distriktene godt under 100 %.

Denne gruppen får den samme behandlingen som gruppe C1, og tannhelsetjenesten står overfor de samme utfordringene for denne gruppen, som får gruppe C1. Det forebyggende arbeidet er individuell veiledning.

### 3.6 Forebygging, tilsyn og behandling av gruppe D

Gruppe D består av unge fra 19- 20 år. Denne gruppen har ikke helt gratis tannhelsetjenester, men får 75 % prisreduksjon ut året de fyller 20 år. Denne gruppen har inntil nylig vært A2,

<sup>4</sup> Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger, 2001, §§ 14 og 15

dermed er det lettere å holde oversikt over dem. Likevel er det en del flytting i denne alderen, så helt å jour er det vanskelig å være. Så lenge de ikke har meldt flytting i folkeregisteret, er det tannhelsetjenesten i hjemkommunen som har ansvar for dem. Det kan se ut til at distriktene har forskjellige måter å holde tilsyn med denne gruppen på. Enkelte klinikker i Syd sender brev med tilbud om behandling, men forutsetter at den enkelte bruker bestiller time selv. Det sparer tannklinikkerne for uteblivelse fra timer. De mener at de oppfyller lovens minstekrav, ved å opplyse om tilbudet, men løser kapasitetsproblemer ved at de selv aktivt må bestille. En del varsler ikke, mens noen sier de vil ta kontakt senere. Disse har status som "ikke under tilsyn". Gruppene har et tilbud, men de registreres ikke som etterslep dersom de ikke takker ja.

I andre distrikt, som Innlandet, kalles de inn på samme måte som for A2, etter de intervallene de har. Det er satt i gang tiltak i 2009 for å få inn flere. Øst har hatt samme praksis som Syd, med å sende ut et generelt brev, og at klientene må ta kontakt innen gitte frister. Det er likevel mange som ikke har møtt til oppsatt tid. Det tar unødvendig mye tid, og klinikkene taper inntekter. Distrikter som har gått over til individuell innkalling mener det har gitt resultater i forhold til at flere klienter har møtt.

**Tabell 6: Tall for gruppe D, 2008 og 2009. Kilde: fylkestannlegen.**

	Innlandet		Syd		Øst		Vest		Nord	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Totalt i gruppen	1556	1588	1594	1599	1652	1612	1314	1350	1890	2013
Andel planlagt ikke innkalt av alle i gruppen under tilsyn	18 %	17 %	23 %	21 %	20 %	14 %	15 %	13 %	17 %	22 %
Ferdig behandlet av alle i gruppen under tilsyn	53 %	54 %	46 %	37 %	36 %	42 %	40 %	34 %	45 %	40 %
Andel etterslep av alle i gruppen som er planlagt innkalt	5 %	2 %	2 %	17 %	8 %	9 %	13 %	17 %	1 %	4 %
Andel ikke møtt av innkalte pasienter	8 %	8 %	8 %	8 %	5 %	5 %	4 %	1 %	13 %	13 %
Andel us/behandlet 2 siste år av alle i gruppen under tilsyn	81 %	82 %	79 %	79 %	69 %	55 %	75 %	66 %	70 %	75 %
Andel us/behandlet 3 siste år av alle i gruppen under tilsyn	85 %	88 %	42 %	79 %	72 %	58 %	82 %	83 %	74 %	79 %

Av tabell 6 ser vi at mellom 14 - 23 % av klientene i gruppen planlagt ikke ble innkalt begge årene sett under ett. Vi ser videre at det er stort sprik i etterslep, distriktene i mellom, og at Vest hadde størst etterslep, begge årene under ett. Nord hadde lavest etterslep. Andelen som ikke har møtt er nokså høy for denne gruppen klienter, og var høyest i Nord begge årene, og lavest i Vest. Andelen som er undersøkt/behandlet de siste to og tre årene er noe lavere enn for gruppe A2 (tabell 2). I Syd var det under halvparten i gruppen, som var undersøkt og behandlet i løpet av de tre siste årene i 2008. I 2009 var andelen undersøkt/behandlet lavest i Øst.

Det kan være overganger i livssituasjonen for klienter i denne gruppen som får negative følger for tannstellet. Mange i denne gruppen har flyttet for seg selv for første gang, og rutiner med tannhygiene og kosthold har gitt store konsekvenser for tannhelsen. Det drives ikke spesielt forebyggende virksomhet overfor denne gruppen, utover den veiledningen de får når de er inne til undersøkelse.

### 3.7 Forebygging, tilsyn og behandling av rusmiddelbrukere med vedtak

Denne gruppen består av rusmiddelbrukere med kommunalt vedtak om sosialtjenester. Også for denne gruppen er en prisgitt kommunene, og at de informerer klientene om rettighetene. Også for denne gruppen ser det ut til at klinikkene har ulik praksis med innkalling. De fleste overtannlegene gir tilbakemelding om at klientene tar inngår i innkallingssystemet når de har

tatt kontakt første gang. De utgjør relativt få personer, men i Nord, som stort sett utgjør store bydeler i Trondheim, er det en del i denne gruppen. Klientene i gruppen også ta kontakt med private tannklinikker, og får likevel gratis behandling.

**Tabell 7: Tall for rusmiddelbrukere, 2008 og 2009. Kilde: fylkestannlegen.**

	Innlandet		Syd		Øst		Vest		Nord	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Totalt i gruppen	17	31	45	66	30	51	29	39	132	172
Andel planlagt ikke innkalt av alle i gruppen under tilsyn	6 %	0 %	2 %	3 %	3 %	6 %	0 %	3 %	3 %	5 %
Ferdig behandlet av alle i gruppen under tilsyn	24 %	29 %	42 %	21 %	20 %	33 %	24 %	13 %	46 %	33 %
Andel etterslep av alle i gruppen som er planlagt innkalt	0 %	3 %	0 %	5 %	3 %	0 %	0 %	0 %	4 %	3 %
Andel ikke møtt av innkalte pasienter	6 %	5 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5 %	2 %
Andel us/behandlet 2 siste år av alle i gruppen under tilsyn	55 %	68 %	62 %	74 %	97 %	39 %	110 %	103 %	84 %	81 %
Andel us/behandlet 3 siste år av alle i gruppen under tilsyn	88 %	81 %	73 %	74 %	127 %	61 %	110 %	118 %	90 %	100 %

Tabell 6 viser at to av distriktene har en viss andel i denne gruppen som ikke har møtt, mens de tre andre ikke har noen som ikke har møtt. Alle distriktene har hatt en viss andel etterslep i ett av de to årene, og Nord hadde etterslep både i 2008 og 2009. Andelen som har blitt undersøkt/behandlet varierer klinikkene imellom, og fra år til år. I Vest har over 100 % blitt undersøkt/behandlet de siste to og tre årene, både i 2008 og 2009.

Det kan være store behandlingsbehov i denne gruppen, og mange kommer med problemer som har vokst gjennom flere år. Det gjøres ikke spesielle forebyggende tiltak utover individuell veiledning.

### 3.8 Revisors vurdering

I dette kapitlet vurderer revisor om tannhelsetjenesten driver forebyggende arbeid overfor befolkningen generelt, og de prioriterte gruppene spesielt, i tillegg vurderer revisor om tilsynet overfor det prioriterte klientellet er tilfredsstillende i forhold til regelverk og faglige føringer.

Generelt virker det som at tannhelsetjenesten har fått i gang et utstrakt forebyggende arbeid mot befolkningen gjennom folkehelsearbeidet. Foreløpig er det for gruppene A og D at det er konkretisert tiltak, gjennom samarbeidsavtaler og veiledningsmaterieell. Revisor antar at dette arbeidet videreføres med minst samme intensitet overfor de andre gruppene blant det prioriterte klientellet. En svakhet ved folkehelsearbeidet kan være at det blir prioritert ned ved stramme tidsressurser. Folkehelsearbeidet ute i klinikkene og distriktene kan komme i bakgrunn i forhold til andre presserende oppgaver.

Fylkestannlegen har utarbeidet samarbeidsavtaler med rådmennene i flere kommuner. Målet er å få til samarbeidsavtaler med alle kommunene, men dette har vist seg å være vanskelig. Revisor tar til etterretning at det hviler på kommuneledelsen å få avtaler med alle kommunene. Samtidig er det viktig å påpeke at dette er viktig å få gjennomført, ettersom mye av ansvaret for at klientene skal kjenne til sine rettigheter til tannhelsetjenester, ligger til kommunene.

Det meste av det forebyggende arbeidet skjer likevel gjennom individuell veiledning når pasientene er inne ved klinikken. Det varierer hvor ofte gruppene kalles inn.

Gruppe A1 er den gruppen som i minst grad kalles inn til tannklinikken, noe som er i tråd med faglige anbefalinger. Her er det viktig med godt samarbeid med helsestasjonene, ved at disse blir veiledet i å informere foreldre om god tannhelse for gruppen, og at de får kunnskap om hva som er risikotegn, og som krever henvisning til tannhelsetjenesten. Revisor har inntrykk av at samarbeidet med helsestasjonene er bra, ikke minst gjennom det som er gjort gjennom folkehelsearbeidet.

Revisor har inntrykk av at tannhelsetjenestene som gis gruppe A2 er tilfredsstillende, ut fra anbefalt faglige kriterier. Dette er den gruppen som har høyest prioritet, og det er derfor grunn til å merke seg at det også for denne gruppen er etterslep på grunn av manglende kapasitet. Det er særlig ved de klinikkene som har problem med å holde oppe tilstrekkelig med fagpersonell at det blir etterslep. Dette gjelder særlig tannleger, men også tannpleiere. Det er også en viss andel som ikke møter til oppsatt tid. Med de knappe tidressursene flere tannklinikker har, er dette uheldig og bortkastet tid.

Revisor merker seg at det er et potensial i denne gruppen, når det gjelder forlenging av innkallingsintervall, uten at det går utover faglig forsvarlig behandling. Det får først og fremst konsekvenser for ressurs situasjonen, dersom innkallingsintervallene forlenges noe.

Når det gjelder fylkesrevisjonens påpekning i forvaltningsrevisjon i 2003, om at restriksjoner på melketannbehandling kan være problematisk av faglige årsaker, gjelder ikke denne restriksjonen lenger. I den grad melketenner trekkes, er det ut fra faglige vurderinger.

Det individuelle forebyggende arbeidet i denne gruppen er viktig, fordi det vil legge grunnlag for tannhelsen på lang sikt. Revisor har inntrykk av at tannklinikkene vektlegger dette. Her er det imidlertid viktig å bruke riktig kompetanse til de riktige oppgavene. Tannpleiere har faglig og pedagogisk kompetanse til å gjøre disse oppgavene. Revisor har inntrykk av at arbeidet fordeles rasjonelt ved klinikkene, så sant de har de aktuelle personalressursene.

Gruppe B får også forsvarlige tannhelsetjenester, etter det revisor kan se. Utfordringen er at de får informasjon om sine rettigheter. Dette gjelder også for andre grupper som har rettigheter i tannhelseloven gjennom kommunale vedtak og tjenester. Pasientene i denne gruppen kan dessuten være krevende å behandle, og er blant de som i størst grad får behandling under narkose. Denne er det noe ventetid på, som blant annet medfører at enkelte pasienter må reise langt for å få utført tjenesten.

Gruppe C er en voksende gruppe, ettersom det blir forholdsvis flere eldre. Utfordringene i behandling øker også, siden stadig flere eldre beholder tennene sine. Etter revisors vurdering vil behovet for å øke ressursene til denne gruppen vokse, dersom kravene til forsvarlig behandling skal ivaretas. For gruppe C1 er behandlingssituasjonen krevende, ettersom de er nokså syke. I tillegg til at det er ressurskrevende, er det et dilemma hvor mye behandling som skal gis til pasienter som har mange andre plager i tillegg. Når det gjelder gruppe C2 er de friskere, og behandlingssituasjonen er mindre krevende enn for C1. Her er utfordringen å få oversikt over alle som tilhører gruppen. Dette var et problem som var mye berørt i fylkesrevisjonens forvaltningsrevisjon fra 2003 også. På grunn av taushetsplikt, er kommunene restriktive med å gi ut pasientlister. Det er derfor viktig at arbeidet med å få istand samarbeidsavtaler, både på ledernivå og institusjonsnivå, intensiveres, slik at personalet i hjemmesykepleien sørger for at klientene er informerte om rettighetene, og at det legges til rette for at klientene i gruppen gir seg til kjenne.

Gruppe D er i en overgangsfase, og tannhelsetjenestene er ikke helt gratis lenger. Etter revisors vurdering får de tilfredsstillende tilsyn og behandling. Likevel er det viktig å ha oppmerksomhet på at klientene i denne gruppen er sårbare i forhold til at mange av de har endret livssituasjon, og at det fort kan få konsekvenser for tannhelsen. Revisor vil også påpeke at denne mange i denne gruppen som ikke møter til avtalt tid. Dette kan henge sammen med at en stor andel i gruppen har flyttet. Dette er dårlig ressursutnyttelse. Enkelte distrikt har valgt å informere klientene i denne gruppen om rettighetene, og at de selv tar kontakt. På den måten reduseres problemet med at de ikke møter.

Rusmiddelbrukere skiller seg fra gruppene ved at fylkeskommunen får ekstrabevilgning for undersøkelse og behandling av rusmiddelbrukere med vedtak om sosialtjenester. Det er utfordringer knyttet til gruppen, både i forhold til behandlingsbehov, og i forhold til ustabilitet i oppmøte.

## 4 Tannhelsetjenester til voksent betalende klientell

I dette kapitlet beskrives og vurderes balansen mellom prioritert klientell og voksent betalende klientell.

### 4.1 Revisjonskriterier

Hvordan balansen skal være mellom prioritert og betalende klientell er fastsatt i strategidokumentene. De økonomiske rammene for tannhelsetjenesten er basert på at fordelingen av tid på prioritert og betalende klientell skal ligge på rundt 50 % hver for tannhelsetjenesten som helhet.

### 4.2 Økonomisk resultat for tannhelsetjenesten

Resultatene for tannhelsetjenesten når det gjelder økonomi har vært merforbruk de siste årene. Nedenfor presenteres de samla resultatene for tannhelsetjenesten, og noen variabler i 2007 og 2008. Variablene er lønn og sosiale utgifter, bonusutbetaling, pasientinntekter og totalt for distriktet. Beløpene er basert på resultater for klinikkene og distriktet.

**Tabell 8: Økonomiske resultat for tannhelsetjenesten samlet, 2008 og 2009.**

Fylkestannlegen	2008			2009		
	Resultat	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik
Lønn og sosiale utgifter	109 409 274	105 406 000	-4 003 274	109 878 514	112 859 000	2 980 486
Ref trygd	-4 078 859	-3 672 000	406 859	-4 912 104	-6 515 000	-1 602 896
Bonus	8 375 662	9 582 000	1 206 338	8 224 197	9 755 000	1 530 803
Andre driftsinntekter	-2 888 290	-830 000	2 058 290	-2 593 149	-830 000	1 763 149
Andre driftsutgifter	36 429 445	39 055 062	2 625 617	37 081 618	43 216 208	6 134 590
Netto pasientinntekter	-52 847 717	-61 112 000	-8 264 283	-56 390 523	-62 596 000	-6 205 477
MVA	-873 750	-3 764 750	-2 891 000	-288 641	0	288 641
Finansinntekter	-181 957	0	181 957	3 114 226	3 044 164	-70 062
Finansutgifter	4 033 250	4 275 360	242 110	-98 522	-2 893 000	-2 196 642
Regpremie KLP	6 390 608	0	-6 390 608	2 196 642	0	-2 196 642
Overføring av underskudd	0	-866 000	-866 000	0	-9 071 000	-9 071 000
<b>Totalt</b>	<b>103 767 665</b>	<b>88 073 671</b>	<b>-15 693 993</b>	<b>96 212 258</b>	<b>86 969 372</b>	<b>-9 242 886</b>

Kilde: Fylkestannlegen

Resultatet for tannhelsetjenesten samlet viser et overforbruk på mer nesten 15,7 millioner i 2008, og ca 9,2 millioner i 2009. Dersom vi ser bort fra budsjettert overføring av underskudd disse årene var underskuddene på henholdsvis 14,8 millioner i 2008, og nesten 172 tusen i 2009. Kostnadene til lønn og sosiale utgifter var nest tre millioner lavere enn budsjettert i 2009, og bonusutbetalingene var ca 1,5 millioner lavere enn budsjettert. På inntektssiden er pasientinntektene største inntektskilde, og disse var omlag 6,2 millioner lavere enn budsjettert.

**Tabell 9: Økonomisk resultat for Innlandet. 2008 og 2009.**

Innlandet	2008			2009		
	Resultat	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik
Lønn og sosiale utgifter	26 510 792	25 260 059	-1 250 733	27 686 118	27 676 319	-9 799
Bonus	2 232 740	2 500 669	267 929	2 211 694	2 477 103	265 409
Netto pasientinntekter	-16 344 356	-18 335 000	-1 990 644	-18 412 133	-20 050 000	-1 637 867
Totalt	18 447 239	15 271 167	-3 176 072	18 425 217	16 118 422	-2 306 795

Kilde: Fylkestannlegen

Tabellen viser at Innlandet hadde et merforbruk på ca 3,1 millioner i 2008, og 2,3 millioner i 2009. Pasientinntektene var nesten 2 millioner lavere enn budsjettet i 2008, og 1,6 millioner lavere i 2009. Distriktet hadde over 1,2 millioner høyere lønnskostnader enn budsjettet 2008, mens de i 2009 var i underkant av kr 10 000 over budsjett. Bonusutbetalingene var lavere enn budsjettet begge årene.

**Tabell 10: Økonomisk resultat for Nord. 2008 og 2009.**

Nord	2008			2009		
	Resultat	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik
Lønn og sosiale utgifter	23 593 812	21 531 046	-2 062 766	23 391 700	22 815 113	-576 587
Bonus	2 008 420	2 249 430	241 010	2 594 765	2 906 147	311 382
Netto pasientinntekter	-10 607 021	-10 107 000	500 021	-10 764 021	11 047 000	-282 039
Totalt	19 830 993	18 924 777	-906 216	20 365 922	19 514 750	-851 172

Kilde: Fylkestannlegen

Tabell 10 viser at Nord hadde et merforbruk på kr 906 216 og kr 851 172, i henholdsvis 2008 og 2009. Pasientinntektene ved klinikkene i distriktet var, samlet, en halv million høyere enn budsjettet i 2008, og to hundre og åtti tusen lavere i 2009. Distriktet hadde høyere lønnskostnader begge årene, enn hva som var budsjettet med. Bonusutbetalingene var lavere enn budsjettet.

**Tabell 11: Økonomisk resultat for Syd. 2008 og 2009.**

Syd	2008			2009		
	Resultat	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik
Lønn og sosiale utgifter	18 821 065	17 949 973	-871 092	18 555 281	19 878 058	1 322 777
Bonus	1 164 973	1 304 769	139 796	1 089 524	1 220 266	130 742
Netto pasientinntekter	-10 089 485	-11 076 000	-986 515	-9 754 146	-11 932 000	-2 177 854
Totalt	14 196 151	11 921 742	-2 274 409	12 620 158	12 796 324	176 166

Kilde: Fylkestannlegen

Syd hadde et merforbruk på henholdsvis omlag 2,2 millioner i 2008, og et mindreforbruk på hundre og syttiseks tusen i 2009. Klinikken i distriktet hadde lavere pasientinntekter begge årene enn budsjettet. Syd hadde høyere lønnsutgifter enn budsjettet, både i 2008 og 2009. Bonusutbetalingene var lavere enn budsjettet.

**Tabell 12: Økonomisk resultat for Vest. 2008 og 2009.**

Vest	2008			2009		
	Resultat	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik
Lønn og sosiale utgifter	22 318 269	21 410 024	-908 245	20 997 673	22 319 816	1 322 143
Bonus	1 101 355	1 233 518	132 163	497 331	557 360	60 029
Netto pasientinntekter	-10 956 436	-16 461 000	-5 504 564	-11 271 407	-13 567 000	-2 295 593
Totalt	17 305 292	11 233 542	-6 071 750	14 424 658	13 250 176	-1 174 482

Kilde: Fylkestannlegen

Vest hadde et overforbruk på over seks millioner i 2008, og et overforbruk i 2009, men det var nokså mye lavere, 1,1 million. Distriktet hadde høyere utgifter til lønn i 2008, enn budsjettet, mens det i 2009 hadde lavere lønnsutgifter enn budsjettet. Pasientinntektene 5,5 millioner lavere enn budsjettet i 2008, og ca 2,3 millioner lavere i 2009. Distriktet hadde

lavere bonusutbetalinger enn budsjettet begge årene, og budsjettet bonus var i 2009 ca halvparten av budsjettet bonus i 2008.

**Tabell 13: Økonomisk resultat for Øst. 2008 og 2009.**

Øst	2008			2009		
	Resultat	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik
Lønn og sosiale utgifter	14 458 164	14 982 622	524 458	14 779 697	14 806 760	27 063
Bonus	1 511 334	1 692 694	181 360	1 605 942	1 757 155	151 213
Netto pasientinntekter	-4 850 419	-5 133 000	-282 581	-6 187 877	-6 000 000	187 877
Totalt	14 563 406	14 759 319	195 913	14 017 461	13 963 918	-53 543

Distrikt Øst hadde et mindreforbruk på nesten 200 000 i 2008, og et merforbruk på kr 53 543 i 2009. Distriktets klinikker hadde tilsammen lavere pasientinntekter i 2008, enn budsjettet, mens de i 2009 hadde høyere pasientinntekter enn budsjettet. Lønnsutgiftene var lavere, både 2008 og 2009, enn budsjettet, men lavest i forhold til budsjett i 2008. Bonusutbetalingene var lavere enn budsjettet begge årene, og budsjettet bonus lå på omtrent samme nivå begge årene.

Når det gjelder bonus, er avtalen slik at det er fastsatt et tidsbehov i forhold til hvor mange pasienter bonusenhetens har under tilsyn i bonusåret arbeid med prioriterte grupper, og en tidsressurs pr. pers for behandling av prioritert klientell. Bonuspotten skapes av den inntjening bonusenheten får for behandling av det betalende klientellet. Beregning av bonus skal bygge på regnskapet for regnskapsåret.

### 4.3 Tidsressurser til prioritert klientell

Tabellene 14 og 15 nedenfor viser totalt antall ferdigbehandla pasienter i 2007, og det totale timetallet pr. gruppe. De viser videre det totale timetallet ikke møtt de to årene, og summen av timerressurser til behandla pasienter og ikke møtt. Dette er fordelt på timer pr. pasient, både inklusive og eksklusive ikke møtt.

**Tabell 14: Antall ferdigbehandla pasienter og timer til pasientbehandling og ikke-møttimer i 2007**

2007	Antall ferdigbehandlet	Timer til pasient behandling	Timer ikke møtt	Pasientbehandling +ikke møtt
Gruppe A	38 560	40 117	5 939	46 056
Gruppe B	678	1 217	139	1 356
Gruppe C1	2 011	1 933	171	2 104
Gruppe C2	1 362	2 925	312	3 237
Gruppe D	3 265	4 450	848	5 298
Rusmiddelbrukere	467	519	102	620
Sum prioritert	46 343	51 161	7 510	58 671
% prioritert	73 %	59 %	77 %	61 %
Betalende	17 468	34 886	2 193	37 079
% betalende	27 %	41 %	23 %	39 %
Alle grupper	63 811	86 047	9 704	95 750

Vi ser av tabell 14 at 59 % av den totale tiden den offentlige tannhelsetjenesten gikk med til prioritert klientell i 2007, og at 41 % gikk med til betalende klientell. Dersom tiden som gikk med til pasienter som ikke møtte inkluderes, var fordelingen 61 % til prioritert klientell og 39 % betalende klientell. Det prioriterte klientellet utgjorde 73 % av det behandla klientellet, mens det betalende utgjorde 27 %.

**Tabell 15: Antall ferdigbehandla pasienter og timer til pasientbehandling og ikke-møttimer i 2008**

2008	Antall ferdigbehandlet	Timer til pasientbehandlet	Timer ikke møtt	Pasientbehandling +ikke møtt
Gruppe A	41 274	39 194	6 364	45 558
Gruppe B	712	1 360	157	1 517
Gruppe C1	1 949	2 208	184	2 392
Gruppe C2	1 520	3 587	416	4 003
Gruppe D	3 717	5 182	975	6 158
Rusmiddelbrukere	259	1 074	189	1 262
Sum prioritert	49 431	52 605	8 286	60 890
% prioritert	72 %	57 %	77 %	59 %
Betalende	18 922	40 414	2 533	42 947
% betalende	28 %	43 %	23 %	41 %
Alle grupper	68 353	93 018	10 819	103 837

I 2008 var andelen timer brukt på betalende klientell 43 %, dersom ikke-møttimene holdes utenom, og 41 % dersom ikke-møttimene inkluderes. Det prioriterte klientellet utgjorde 57 % uten, og 59 % med ikke-møttklientellet. I 2008 utgjorde det prioriterte klientellet 72 % av alt ferdigbehandla klientell, mens det betalende klientellet utgjorde 28 %.

#### 4.4 Tilsyn med det betalende klientellet

**Tabell 16: Tall for gruppe F, 2008 og 2009.**

	Distrikt Innlandet		Distrikt Syd		Distrikt Øst		Distrikt Vest		Distrikt Nord	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Totalt i gruppen	19298	20843	14 366	15570	5364	6262	13581	12270	12179	13123
Andel planlagt ikke innkalt	6 %	5 %	7 %	8 %	8 %	8 %	3 %	4 %	9 %	9 %
Ferdig behandlet	32 %	35 %	23 %	19 %	38 %	38 %	18 %	23 %	35 %	29 %
Andel etterslep	8 %	7 %	0 %	2 %	3 %	3 %	8 %	6 %	1 %	8 %
Andel ikke møtt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %
Andel us/behandlet 2 siste år	56 %	41 %	36 %	41 %	55 %	44 %	39 %	38 %	61 %	60 %
Andel us/behandlet 3 siste år	61 %	168 %	73 %	41 %	64 %	48 %	46 %	46 %	71 %	73 %

Kilde: fylkestannlegen.

Vi ser av tabellen at andelen planlagt ikke innkalt er lavere for det betalende klientellet enn for de andre gruppene. Det kan henge sammen med at det ikke er så mange som er i innkallingssystemet. Ellers varierer det distriktene imellom, når det gjelder etterslep, men ikke-møttandelen er nesten ingen for alle distriktene. Ellers er det jevnt over en lavere andel som er undersøkt og ferdigbehandla de to og tre siste årene, enn de andre gruppene

Tannhelsetjenesten i Sør-Trøndelag er blant de som behandler mest betalende i landet, betydelig mer enn andre, noe fylkestannlegen også bekrefter. Målet om 50 % har kommet fram av seg selv, på bakgrunn av klinikkstruktur og timebruk. Når timene er fordelt til det prioriterte klientellet ut fra tannhelsefaglige normer, går resten til det betalende klientellet.

Tilbakemeldingene fra de som ble intervjuet var nokså entydige når det gjelder betydningen av å ha mulighet for å behandle voksent betalende klientell. Det er nødvendig med et visst omfang av betalende klientell for å rekruttere og beholde tannleger. Det betalende klientellet representerer variasjon i faglige utfordringer for fagpersonalet. Det er viktig for omdømmet til klinikkene at de også tar imot folk som kommer frivillig. For å beholde kvalifiserte og erfarne tannleger er det nødvendig med et variert tjenestetilbud. De som er flinke klinikere vil ikke bare behandle prioritert klientell. Det ble sagt at tidligere, så lenge den offentlige

tannhelsetjenesten kun behandlet prioritert klientell, ble den oppfattet som lite faglig utfordrende, og det var vanskelig å rekruttere tannleger. Den offentlige tannhelsetjenesten er lovpålagt å sørge for at innbyggerne får tannhelsetjenester i rimelig nærhet av der de bor. I de fleste kommunene er det private tannklinikker, men i noen av de minste kommunene er den offentlige tannklinikken det eneste og nærmeste tilbudet. I de kommunene den offentlige tannhelsetjenesten er eneste tilbudet er det eneste tilbudet, er det høyt press på tjenestene. Tilbakemeldinger revisor har fått fra overtannlegene er at det betalende klientellet prioriteres ned dersom det er høyt etterslep på det prioriterte klientellet. En stor del av distriktsklinikkerne når ikke opp i forhold til budsjetterte inntjeningskrav. Dette henger sammen med personellsituasjonen. På grunn av vakanser blir det etterslep i de prioriterte gruppene, og klinikkene får ikke tatt inn det omfanget av betalende klientell, som trengs for å oppnå inntektskravene. Unge, urutinerte tannleger trenger lengre tid pr. pasient enn de eldre og erfarne tannlegene.

Timefordelingen mellom betalende og prioritert klientell varierer distriktene i mellom. Enkelte distrikt, som Øst, har en målsetting om at 25 % av inntektene skal skaffes fra betalende klientell. Den lave andelen henger sammen med at det er få antall behandlingsenheter.

Muligheten for å oppnå inntektskravene, og ha et høyt omfang betalende klientell, har også sammenheng med personalsammensetningen og arbeidsfordeling. De klinikkene som har god tilgang på tannpleiere, og der tannlegenes oppgaver i stor grad er behandling, har mulighet til å ta inn flere voksent betalende. Der det er full bemanning er det større måloppnåelse for inntjening. Der det er vakanser nås ikke inntjeningsmålene.

Måloppnåelse i forhold til inntektskravene er en utfordring og et dilemma. En av tilbakemeldingene revisor fikk var at dersom en ensidig fokuserer på inntjeningsmål, kan en ta inn utelukkende kunne betalende klientell de siste månedene, for å nå inntjeningsmålene. Enkelte ga uttrykk for at det er en avveining om klinikkene skal jobbe for å nå målet om nødvendig og adekvat behandling på det prioriterte klientellet, eller om de skal nå inntektsmålet.

Omfanget på betalende klientell kan også sette klinikkene i en sårbar situasjon, dersom det er for høyt og det blir vakanser. Dette er noe av situasjonen ved enkelte klinikker.

#### 4.5 Revisors vurderinger

I dette kapitlet vurderer revisor balansen mellom det betalende klientellet og det prioriterte klientellet, og om omfanget av voksent betalende klientell fortrenger det prioriterte klientellet.

I kapittel 3.2 ble det vist oversikter over de økonomiske resultatene i tannhelsetjenesten som helhet, og for hvert enkelt distrikt. Tannhelsetjenesten har de siste årene hatt tildels betydelig merforbruk. Ser vi bort fra den budsjetterte overføringen av underskudd var merforbruket begrenset til 170 000 i 2009 (med forbehold om bekreftet regnskap). Pasientinntektene var omlag 6 millioner lavere enn budsjettert, men lønnsutgiftene var også lavere enn budsjettert. Går vi på distriktsnivå har situasjonen vært slik at samtlige distrikt, bortsett fra Øst, har hatt merforbruk de siste to årene. Øst hadde et lite merforbruk i 2009. Det er kun Øst som har hatt høyere pasientinntekter enn budsjettert i løpet av disse årene (2009). Alle distriktene har dessuten hatt høyere lønnsutgifter enn budsjettert begge årene, bortsett fra Vest som, som hadde lavere lønnsutgifter enn budsjettert i 2009, og Øst som hadde lavere lønnsutgifter enn budsjettert begge årene. Både Vest og Øst hadde mye vakanser, men etter som Øst

budsjetterte med lavere andel pasientinntekter enn de andre distriktene, har ikke vakansene påvirket økonomieresultatet så mye.

Tidsbruken på det betalende klientellet lå i 2008 på 43 %, mens den var 57 % for det prioriterte klientellet. Ut fra normen om +/- 50 % av de totale timeressursene er var tidsbruken på betalende klientell under den normen.

Revisor har ikke inntrykk av at tannhelsetjenesten tar inn betalende klientell på bekostning av det prioriterte klientellet. I den grad det er personer som har rett til gratis, eller sterkt rabatterte tannhelsetjenester, som ikke er under tilsyn, det er etterslep for, eller ikke blir innkalt, har dette sammenheng med andre faktorer enn det betalende klientellet. Revisor vil likevel påpeke at det er sider ved dagens inntektsmål som gjør at det er utfordrende for mange klinikker å nå målene. Jo høyere inntektsmålene er, jo mer sårbare er klinikkene ved vakanser.

## 5 Høring

Et utkast til rapport har vært på høring hos fylkesrådmannen. Fylkesrådmannen ønsket et høringsmøte. Godkjent referat fra møtet er vedlagt rapporten, og fungerer som fylkesrådmannens høringsuttalelse.

Når det gjelder tallmaterialet, og usikkerheten rundt det, har revisor allerede i metodekapitlet tatt forbehold om feilkilder. Revisor har fått tallmaterialet tilsendt fra tannhelsetjenesten, og tallene er gjennomgått med fylkestannlegen.

De fire påfølgende kommentarene (t.o.m. kommentar s. 14) er korrigert. Når det gjelder kommentar om overbehandling opprettholdes informasjonen, slik den gikk fram av høringsutkastet. Setningen som neste kommentar gjelder, er noe omformulert.

De fire neste kommentarene er korrigert. Kommentaren etter det, om prioritering av tidsressurser til folkehelsearbeid er tatt til etterretning, og det presiseres at det bør settes av tid til folkehelsearbeid i forhold budsjett.

De to neste kommentarene tas til etterretning, men revisor har ikke funnet det nødvendig med endringer i rapporten som følge av kommentarene. Revisor vil understreke at hensikten med de distriktvis økonomiske oversiktene ikke er å rangere distriktene i god og dårlig drift. Det er mange faktorer som spiller inn når det gjelder de økonomiske resultatene i tannhelsedistriktene.

Kommentaren til tabell 13, på s. 25, er til tatt til følge, og korrigert. Neste kommentar (om tabellene 9-13) tas til etterretning, men det er ikke gjort endringer i rapporten som følge av kommentaren.

Neste kommentar, konklusjon vedrørende gruppe D på side 29: Revisor har presisert at bekymringen gjelder problemer med å ha full oversikt over gruppa, og at det er en relativt høy andel "ikke møtt".

Når det gjelder kommentarer til anbefalinger har revisor gjort korrigeringer i anbefaling to i forhold til høringsutkastet. De øvrige kommentarene til anbefalingene tas til etterretning, men justeres ikke.

## 6 Konklusjon og anbefalinger

I dette kapittelet konkluderer revisor på om tannhelsetjenesten utfører de tjenestene de er forpliktet til overfor grupper av klienter som har rett til gratis, eller prisreduerte, tannhelsetjenester. Utfra vurderinger og konklusjoner kommer revisor i kapittel 6.2 med noen anbefalinger overfor fylkesrådmannen om forbedring av tjenestene.

### 6.1 Konklusjon

I denne forvaltningsrevisjonen om tannhelsetjenestene har vi undersøkt tjenestene utfra to problemstillinger: *Om tannhelsetjenesten utfører de tjenestene som de er forpliktet til overfor de prioriterte gruppene* og *om det er en riktig balanse mellom tilsyn og behandling av prioriterte grupper og behandling av voksent betalende klientell.*

Når det gjelder den første problemstillingen, om tannhelsetjenesten utfører de tjenestene de er forpliktet til overfor de prioriterte gruppene, er svaret at det gjør den i all hovedsak. Tannhelsetjenesten driver forebyggende arbeid, mest som individuell veiledning når pasientene er inne til undersøkelse og behandling. Tannhelsetjenesten driver dessuten forebyggende arbeid mot innbyggerne, eller grupper av innbyggere. Folkehelsesatsingen har et viktig potensial i å nå ut til kommuner og statlige institusjoner, og andre samarbeidspartnere og innbyggergrupper.

Forvaltningsrevisjonen har avdekket noen svakheter, både rundt det forebyggende arbeidet og tilsynet med det prioriterte klientellet.

Fremdeles har tannhelsetjenesten ikke nådd målsettingen om å inngå avtaler med kommuneledelse og institusjoner i kommunene. Dette skyldes i hovedsak kommunene, som er seine med å gi respons på dette initiativet. Når det gjelder institusjonene, er det muligheter gjennom folkehelsearbeidet, og det arbeidet folkehelsekontaktene gjør ute i distriktene, for formelt og uformelt samarbeid. Det forutsettes at det defineres tilstrekkelig med tidsressurser til dette arbeidet.

Revisor har inntrykk av at tannhelsetjenesten strekker seg langt for å gi de prioriterte gruppene et tilfredsstillende tilsyn og behandling. Utfordringen for de gruppene som har kommunale tjenester, er å få oversikt over aktuelle klienter. Dette gjelder særlig brukere av hjemmesykepleie, der kommunene er restriktive med gi fra seg pasientoversikter. Dette ble påpekt i en forvaltningsrevisjon i 2003 også.

Det kan se ut til at det er mer å gå på i forhold til strekking av innkallingsintervall for gruppe A2, uten at det går utover kravene til faglig forsvarlig behandling. Revisor mener dessuten at det er svakheter ved oppfølgingen av gruppe D. Gruppen får tilfredsstillende tilsyn og behandling, men det er en høyere andel som ikke møter til avtalt time. Det er dessuten utfordringer knyttet til hvem som tilhører gruppen, og hvem som har flyttet. Når det gjelder problemene rundt melketannsrestriksjoner (A2), som ble påpekt i forvaltningsrevisjonen i 2003, så gjelder ikke de lenger. Ellers vil tannhelsetjenesten stå overfor utfordringer ved at gruppe C vil vokse, med det økende antallet eldre. Behandlingsbehovene for denne gruppen vil også øke, både i omfang og utfordringer, p.g.a. av at flere har sine egne tenner.

Når det gjelder problemstillingen om balansen mellom prioritert og betalende klientell, er det ikke grunnlag i denne forvaltningsrevisjonen for å si at det betalende klientellet systematisk fortrenger det prioriterte klientellet. I den grad det er svakheter rundt oppfølgingen av og

tilsynet med det prioriterte klientellet er det andre årsaksforklaringer det, som er påpekt ovenfor.

Det som er grunn til bekymring for, er balansen mellom inntektsmålene og undersøkelse og behandling av betalende klientell. De fleste distriktene har problem med å nå inntektsmålene. I verste fall kan det gå utover de prioriterte gruppene dersom klinikkene tilstreber å redusere store gap mellom budsjetterte inntekter og resultatprognoser. Revisor har ikke grunnlag for å si at det skjer idag.

## 6.2 Anbefalinger

På bakgrunn av informasjonen som ligger til grunn for vurderinger og konklusjon i denne forvaltningsrevisjonen, vil revisor vil anbefale fylkesrådmannen å:

- Videreføre folkehelsearbeidet som har vært rettet mot gruppene A og D til de andre gruppene, og særlig arbeidet med samarbeidsavtaler og veiledningsmateriale rettet mot kommunene
- Synliggjøre og følge opp tidsressurs til folkehelsearbeid
- Redusere etterslep på grunn av manglende kapasitet for de prioriterte gruppene
- Vurdere innkallingsmetoder, som gjør at flere møter til avtalt time, og som reduserer uheldige konsekvenser for tidsbruken, når pasienter ikke møter
- Vurdere innkallingsintervall, og at de er i samsvar med hensiktsmessig undersøkelse og behandling og faglig forsvarlig tilsyn
- Videreføre og legge til rette for rekruttering og arbeidsdeling som er hensiktsmessig ut fra kompetanse og effektiv ressursbruk
- Vurdere inntektsmål, og at disse er realistiske i forhold til kapasitet

## Kilder

### **Lover og forskrifter:**

Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om tannhelsetjenesten, 1983.

Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten, 1984.

Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgssektoren. 2003

Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). 2001.

### **Styrende dokument i Sør-Trøndelag fylkeskommune:**

Hovedtariffavtalen: Bonusavtale for personell i tannhelsetjenesten, Sør-Trøndelag fylkeskommune, 2009.

Sør-Trøndelag fylkeskommune: FT 72/08: Vedtatt strategiplan for 2009 - 2012, med budsjett for 2009.

Sør-Trøndelag fylkeskommune: Utfordringsdokumentet. Rammer og forutsetninger for det videre arbeid med strategiplan 2010-2013.

### **Andre kilder:**

Helsedirektoratet: Kvalitetsindikatorer i tannhelsetjenesten. 2008

Folkehelseinstituttet, rapport 2009:5: Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap. 2009

## Vedlegg 1: Referat fra høringsmøte

<b>Referat fra høringsmøte</b>
Fra rådmannen: Milan Myraunet (fylkesrådmann), Inger Melø (fylkestannlege) og Kirsten Kringstad (rådgiver)
Fra Revisjon Midt-Norge: Anna Ølnes og Anne Gråberg (referent).
Dato og sted: Trondheim 26.3.2010.
Tema: Forvaltningsrevisjon av tannhelsetjenestene.

Fylkesrådmannen innledet med at rapporten fra et lederståsted var god og nyttig, og at anbefalingene ikke var overraskende. Det ble også påpekt at det arbeides med flere av de områdene som rapporten omhandler.

### **Nedenfor kommenteres enkeltheter i rapporten med sidehenvisninger til høringsutkastet:**

Generelt ønsket fylkesrådmannen å påpeke at totalantallet for de enkelte gruppene i tallmaterialet er usikre. Feil i tallmaterialet skyldes i all hovedsak feil i programmet og kvaliteten på tallene avhenger av om det er rydda i databasen. Hvorvidt dette er gjennomført varierer fra distrikt til distrikt.

*Forside:* Fylkestannhelsetjenesten erstattes med Den offentlig tannhelsetjeneste.

*S 9: Korrigering av 2. avsnitt:* Ingen pasienter i Sør-Trøndelag tilhører gruppe E. De defineres internt som gruppe E grunnet manglende oversikt over antallet og dermed vanskelig å gi tidsressurs for. Ressurs til klinikkene for disse pasientene gis ved interne økonomiske transaksjoner. Dette medfører korrigering av samme forhold på s. 12.

*S 9: Korrigering av 2. avsnitt:* Siste setning (*Disse tjenestene refunderes av NAV*) fjernes.

*S 14: Korrigering av 2. avsnitt:* Det er lett å rekruttere tannpleiere til trondheimsområdet, men vanskeligere dess lengre unna Trondheim klinikken ligger. Dette skyldes ikke deltidsstillinger.

*S 16: Kommentar 2. avsnitt:* Fylkesrådmannen stilte spørsmål ved informasjon om overbehandling. Revisor viste til at tilbakemeldinger på overbehandling var fra flere kilder.

*s. 16: Kommentar til 2. avsnitt:* Setning *Ut fra statlige føringer for hva som regnes som forsvarlig behandling har innkallingsintervallene blitt forlenget og årlig innkalling regnes ikke slenger som forsvarlig* er utydelig og bør presisere og underbygges.

*s. 17: Korrigering av 3. avsnitt:* Gruppe A2 erstattes med gruppe A.

*s. 20: Korrigering av 2. avsnitt:* I 3. setning erstattes *innlandet* med *syd*.

*s. 20: Korrigering av overskrift 3.7:* *Gruppe E* erstattes med *rusmiddelbrukere med vedtak etter sosialtjenesteloven*.

s. 21: *Innpill3. avsnitt*: Det presiseres at noen av pasientene i denne gruppa behandles privat og at flere også inngår i gruppe C

*S 21 Kommentar til vurdering*: Folkehelsearbeid prioriteres ved at det over flere år er satt av tid per behandlet pasient ved alle klinikkene til forebyggende arbeid; spesielt er gruppe A prioritert. Tannklinikene melder om at det er vanskelig å få tid til dette arbeidet grunnet press både for inntjening og for å få tilstrekkelig antall behandlede pasienter. Fylkerådmannen gir uttrykk for at dette i stor grad handler om at tannklinikene ønsker større budsjett; tid til forebyggende arbeid er allerede avsatt i eksisterende ramme.

Fylkerådmannen vil forøvrig synliggjøre tidsressurs for folkeheleskontaktene.

S. 23. *Presisering 3. avsnitt*: Fylkeskommunen får ekstra bevilgninger for undersøkelse og behandling av denne gruppa.

s. 23. *Presisering av tabell 8 med kommentarer*: Revisor ønsker å synliggjøre inntektssituasjon og viktige ressurstall for tannklinikene. Fylkerådmannen påpeker at mange faktorer forklarer tallene og at tallene framstår som noe unyanserte og bør forklares noe bedre. Fylkerådmannen viser til at overtannlegene er opptatt av rettferdighet for å ha et rimelig likt handlingsrom. Det er godtatt en ordning med en viss grad av reduserte krav til uerfarne tannleger. Økonomisk måloppnåelse på distriktsnivå, kan ikke uten videre gi grunnlag for å rangere distriktene god eller dårlig drift. Det arbeides med å forbedre kriteriene for fordeling av ressurser

s. 23: *Presisering av siste avsnitt*: KLP tilpasninger innen regnskap.

s 25. *Korrigerer tabell*: Skrivefeil i tabell og i kommentar: 2 millioner erstattes med 200 000.

s. 27: *Kommentar til 2 avsnitt*: Fylkerådmannen påpeker at det ikke er et mål at fordelingen mellom prioritert og betalende klientell skal være likt mellom tannklinikene. Det er viktig med bredde i behandlingen for å beholde kompetansen.

s. 29: *Kommentar nest siste avsnitt*: Det er ikke svakheter i oppfølgingen av gruppe D, Det kan være vanskelig å "følge" gruppa ved flytting, men man har data på gruppa og de som ønsker behandling, får det. Frigitte ressurser vil bli brukt for bedre tilbud til gruppe C.

s 30: *Kommentar til anbefalinger*:

- Fylkerådmannen stilte spørsmål om tiden blir brukt til andre oppgaver, tross for at det er gitt tid til folkehelsearbeid. De vil i større grad vil synliggjøre tidsressurs for folkeheleskontaktene.
- Fylkerådmannen presiserer at prioritert klientell prioriteres..
- Fylkerådmannen presiserer at ved konflikt mellom budsjettet og behov, skal budsjettet være retningsgivende for drift. Det er viktig med balanse mellom inntekt og behandling av prioriterte gruppe for å nå budsjett. Mange forhold påvirker inntjeningsmulighetene og dette bildet bør nyanseres.





Postadresse: Postboks 216, 7302 Orkanger  
Hovedkontor: Orkdal rådhus, Bårdshaug  
Tlf. 907 30 300 - [www.revisjonmidtnorge.no](http://www.revisjonmidtnorge.no)