

Institutt for klinisk odontologi

# Samarbeidet mellom hjemmetjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten i Troms

Hanna Aksnes Berntsen, Inger-Ann Pedersen og Eirik Samuelsen Bremer

*Masteroppgave i Odontologi Mai 2018*

Veileder: Kirsten Solemdal





## Forord

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder, Kirsten Solemdal, for god hjelp og veiledning i forbindelse med vår masteroppgave.

## Innholdsfortegnelse

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Sammendrag.....                            | 1  |
| 2     | Innledning.....                            | 2  |
| 2.1.1 | Hva er DOT og hjemmetjenesten pålagt?..... | 2  |
| 2.2   | Dagens situasjon.....                      | 4  |
| 2.3   | Fremtidens eldre.....                      | 7  |
| 2.4   | Eldres utfordringer.....                   | 9  |
| 3     | Mål.....                                   | 10 |
| 4     | Material og metode.....                    | 11 |
| 4.1   | Studietype.....                            | 11 |
| 4.2   | Materialinnsamling.....                    | 11 |
| 5     | Resultater.....                            | 13 |
| 5.1   | Tannklinikk 1.....                         | 13 |
| 5.2   | Tannklinikk 2.....                         | 14 |
| 5.2.1 | Tannpleier 1.....                          | 14 |
| 5.2.2 | Tannpleier 2.....                          | 15 |
| 5.2.3 | Tannpleier 3.....                          | 16 |
| 5.3   | Tannklinikk 3.....                         | 16 |
| 5.4   | Tannklinikk 4.....                         | 17 |
| 5.5   | Tannklinikk 5.....                         | 17 |
| 5.6   | Tannklinikk 6.....                         | 17 |
| 5.7   | Oppsummering av resultater.....            | 18 |
| 6     | Diskusjon.....                             | 22 |
| 6.1   | Samarbeid og rutiner.....                  | 22 |
| 6.2   | Andel som benytter seg av tilbud.....      | 24 |
| 6.3   | Mangel på kunnskap.....                    | 26 |
| 6.4   | Svakheter med studien.....                 | 27 |
| 7     | Konklusjon.....                            | 28 |
| 8     | Litteratur/referanser.....                 | 29 |
| 9     | Vedlegg.....                               | 32 |
| 9.1   | Vedlegg nr. 1: Infoskriv DOT og HT.....    | 32 |
| 9.2   | Vedlegg nr. 2: Spørreskjema HT.....        | 33 |
| 9.3   | Vedlegg nr.3: Spørreskjema DOT.....        | 35 |

## 1 Sammendrag

**Bakgrunn:** Personer som mottar hjemmesykepleie har ifølge Lov om tannhelsetjenesten rett til gratis tannbehandling fra den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Samtidig viser tall fra Statistisk sentralbyrå at på landsbasis er det under en fjerdedel som benytter seg av dette tilbudet. Man vet at levealderen har steget jevnt siden 1950-tallet og man forventer at den fremdeles kommer til å stige de kommende årene. Andelen av eldre i befolkningen vil bli større, noe som vil bety et forventet økt behovet for hjemmetjenester. Følgelig vil også få rett på gratis tannbehandling i DOT.

**Mål:** Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan samarbeidet med DOT og den kommunale hjemmetjenesten fungerer når det kommer til å innfri tilbudet om gratis tannbehandling til gruppe C2 i Troms fylke.

**Material og metode:** Materialet ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema. Deltakerne var ansatte på ulike tannklinikker i DOT og ansatte i tilknyttede hjemmetjenestesoner i Troms fylke. Totalt ble det samlet inn henholdsvis syv spørreskjema fra DOT og tretten spørreskjema fra hjemmetjenestesonene. Spørsmålene omhandlet i hovedsak opplevelsen av samarbeidet og rutinene mellom partene.

**Resultater:** I følge denne studien varierer andelen som er «undersøkt/behandlet» i DOT i 2016 mellom 37-79%. Rutinene for samarbeid varierer innad i Troms fylke. Opplevelsen av samarbeidet beskrives fra «bra» til «ikke eksisterende». Tre av syv tannpleiere og åtte av tretten hjemmetjenestesoner opplever samarbeidet som bra. Tannpleierne oppgir manglende prioritering fra hjemmetjenestesonene som den viktigste årsak til at samarbeidet ikke fungerer bra. Hjemmetjenestesonene oppgir i hovedsak mangel på tid som årsak. Tre hjemmetjenestesoner opplever at taushetsplikten er problematisk.

**Konklusjon:** Vår studie viser tydelig at samarbeidet mellom DOT og hjemmetjenesten i Troms fylke er for dårlig, og preget av tilfeldig rutiner, mangelfull kommunikasjon og i noen grad mangel på tid og ressurser. Dette bidrar til at kun i underkant av 40 % av brukere med hjemmesykepleie og som har krav på gratis tannpleie i DOT, er «under tilsyn». Andelen «undersøkt/behandlet» i vår studie er noe høyere enn KOSTRA-tallene og varierer mellom 37-79 %. Fortsatt har tannklinikkene langt igjen til at alle C2-pasienter faktisk får tilbudet de har krav på.

## 2 Innledning

Interessen for temaet i denne masteroppgaven ble vekket da vi hadde sommerjobber innenfor eldreomsorg, både i hjemmetjenesten og på sykehjem. Da erfarte vi hvor lett tannhelsen kan glemmes blant både ansatte og pasienter i den travle hverdagen.

Personer som mottar hjemmesykepleie har ifølge Lov om tannhelsetjenesten (1) rett på å få gratis tannbehandling fra den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Samtidig viser tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) (2) at under en fjerdedel (23%) benytter seg av dette tilbudet på landsbasis. Man vet at levealderen har steget jevnt siden 1950-tallet (3), og man forventer at den fremdeles kommer til å stige de kommende årene (4). Andelen av eldre i befolkningen vil dermed bli større, og det vil medføre et økende behov for hjemmetjenester. Følgelig vil også flere få rett til gratis tannbehandling i DOT.

Med dette som bakgrunn ønsket vi å se på hvordan samarbeidet oppleves og fungerer mellom hjemmetjenesten og DOT. Etersom vi studerer i Tromsø, ble det naturlig å se på samarbeidet innad i Troms fylke.

### 2.1.1 Hva er DOT og hjemmetjenesten pålagt?

I «Lov om tannhelsetjenesten» (1) §1-3 står det:

*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.*

Gruppe C deles i to deler: C1 tar for seg eldre, langtidssyke og uføre på institusjon, mens C2 tar for seg de med hjemmesykepleie. Helsedirektoratet har stilt et krav om at gruppen av eldre i hjemmetjenesten må ha mottatt hjemmetjenester i mer enn 3 måneder og minst én gang i uken, før de har rett på gratis tannbehandling. Unntaket er dersom det forespeiles at det vil bli et langvarig vedtak om hjemmetjenester (5). DOT er dermed pålagt å drive et oppsøkende og

regelmessig tilbud til brukere av hjemmetjenester, som vil ha rett på gratis tannbehandling i DOT. Siden DOT er pålagt dette, kan de ikke overlate alt ansvaret til ansatte i hjemmetjenesten.

I «Lov om helsepersonell», kapittel 2 § 10 (6) står det:

*Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4.*

I «Pasient- og brukerrettighetsloven» §§ 3-2 (7) står det:

*Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.*

Lov om helsepersonell gjelder både for tannhelsepersonell og ansatte i hjemmetjenesten.

Dette betyr i praksis at begge parter er pålagt å gi brukere informasjon om hva de har krav på. DOT har ikke direkte tilgang til opplysninger om brukere i hjemmetjenesten eller hvorvidt de tilfredsstiller kravene for tilbudet. Det skyldes delvis at DOT er organisert på fylkeskommunalt nivå, mens hjemmetjenesten er kommunalt organisert. Ansatte i hjemmetjenesten må derfor informere DOT om hvilke brukere som har krav på tilbudet. Her kommer spørsmålet om taushetsplikt inn i bildet. Noen ansatte i hjemmetjenesten kan oppleve dette som et problem fordi de må oppgi personopplysninger om brukere til DOT (8).

I «Lov om helsepersonell», kapittel 5 § 21 står det om taushetsplikt:

*Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.*

Videre i § 25 står det at:

*Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.*

I praksis betyr dette at så lenge man kan vise at brukere ikke motsetter seg det, er det mulig å utveksle opplysninger om brukere til DOT. Her vil skriftlig dokumentasjon på brukerens samtykke være viktig for at hjemmetjenesten uproblematisk skal kunne oppgi opplysninger til DOT.

I «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting» § 3 (9), står det at:

*For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a. (...) nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene.*

Dette betyr at hjemmetjenesten er lovpålagt å tilrettelegge og for å ha prosedyrer for at brukers tannhelse blir ivaretatt, herunder også dokumenteringsrutiner.

## 2.2 Dagens situasjon

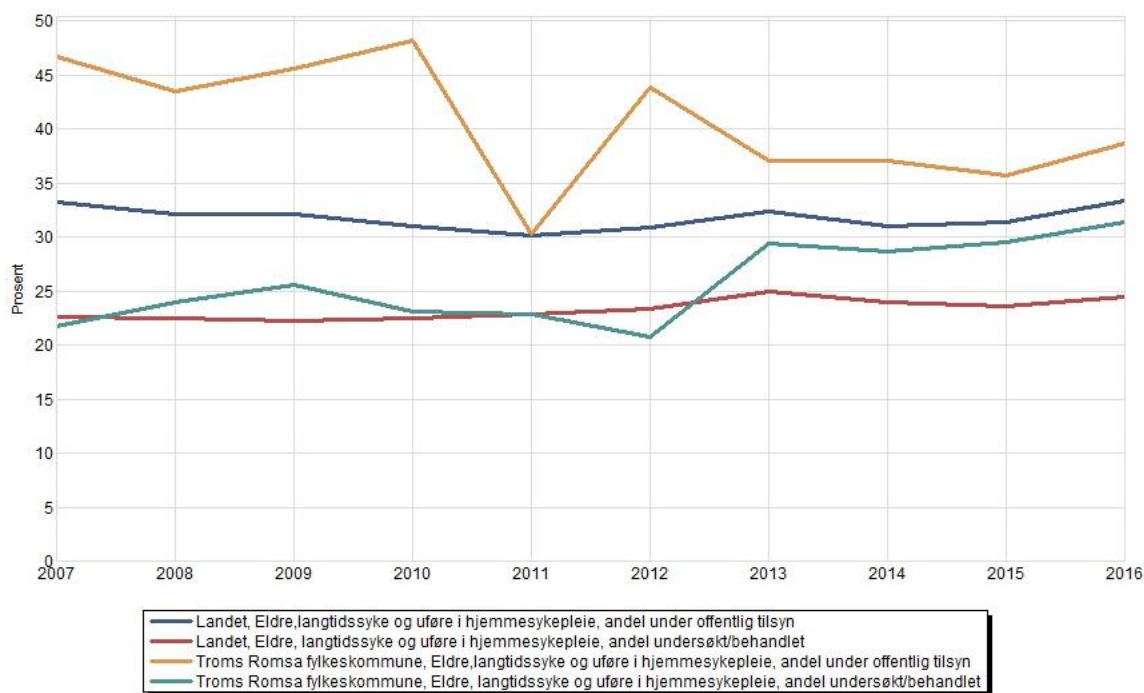
Undersøkelser viser varierende antall brukere av hjemmetjenester som benytter seg av tilbud om gratis tannhelsetjeneste. En rapport fra SSB (2), som tar for seg bruk av tannhelsetjenester i 2015, viser at landsgjennomsnittet for bruk av tilbudet i denne gruppen lå på 23 %. Trenden med å benytte seg av tannhelsetjenester har holdt seg stabil fra 2008-2015 rundt 22-25%. En oppdatert rapport fra SSB i 2017(10) viser økning i antall C2-pasienter som er undersøkt/behandlet.

Tannhelsetjenesten er pliktig til å rapportere inn data til Kommune-stat-rapportering (KOSTRA). Det innrapporteres blant annet hvor mange pasienter tilhørende de ulike prioriterte gruppene, tannklinikker har «under tilsyn» eller «undersøkt/behandlet». Begrepet «under offentlig tilsyn» står sentralt innen tannhelsetjenesten og forklares i en rapport fra Helsetilsynet (11). Det skal oppfylles noen kriterier for at en person kan sies å være under «offentlig tilsyn». Disse er:

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

Begrepet «undersøkt/behandlet» omhandler derimot alle i pasientgruppen som har vært undersøkt eller behandlet i løpet av kalenderåret.

Figur 1 viser KOSTRA-tallene for Troms fylke og landet som helhet, i perioden 2007-2016 (12). Det finnes ikke tilgjengelige tall før 2007. Variablene som er lagt inn er; andel i gruppe C2 «undersøkt/behandlet» og «under offentlig tilsyn».



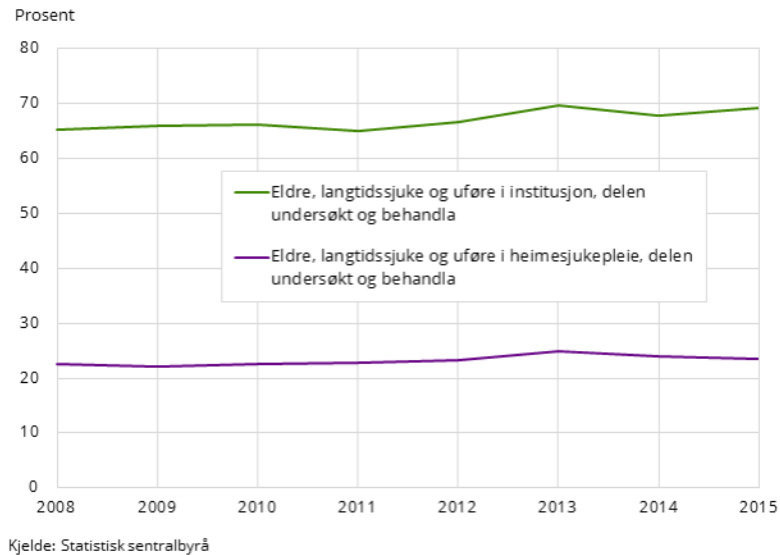
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 1: Andel behandlet/undersøkt og andel under offentlig tilsyn for tannhelsetjenesten i Troms fylke sammenliknet med landet, i perioden 2007-2016.

Som figuren viser har landsgjennomsnittet innenfor gruppe C2 holdt seg relativt stabil i perioden 2007-2016. Prosentandelen til «under offentlig tilsyn» har holdt seg stabil mellom 30-35%. Prosentandelen «undersøkt/behandlet» på landsbasis ligger i 2016 i underkant av 25%. For Troms fylke har derimot andelen «under offentlig tilsyn» sunket i samme periode fra over 45% til under 40%. Samtidig ser man at andelen «undersøkt/behandlet» har økt i til rett over 30%. Det betyr at differansen minker mellom prosentandelene for «under offentlig tilsyn» og «undersøkt/behandlet» i Troms. Dette kan tolkes slik at fra 2007 og frem mot i dag, har DOT i større grad evnet å ta inn til undersøkelse/behandling C2-pasientene de har under tilsyn. En årsak til differansen kan være individuell recall. Ut i fra grafen kan man også se at Troms fylke ligger over landsgjennomsnittet, både når det kommer til «undersøkt/behandlet» og «under offentlig tilsyn».

DOT er ifølge Tannhelsetjenesteloven (1) pliktig å gi et *regelmessig og oppsøkende tilbud* til personer både i hjemmetjenesten og på institusjon. Figur 2 sammenligner andelen C1- og C2-pasienter som ble behandlet i DOT i perioden 2008-2015 (2). Den viser at nesten 3 av 4 C1-pasienter ble undersøkt og behandlet i 2015, mens bare 1 av 4 blant C2-pasienter ble det.





Figur 2: Andelen C1-pasienter (grønn) og C2-pasienter (lilla) som ble undersøkt og behandlet i perioden 2008-2015

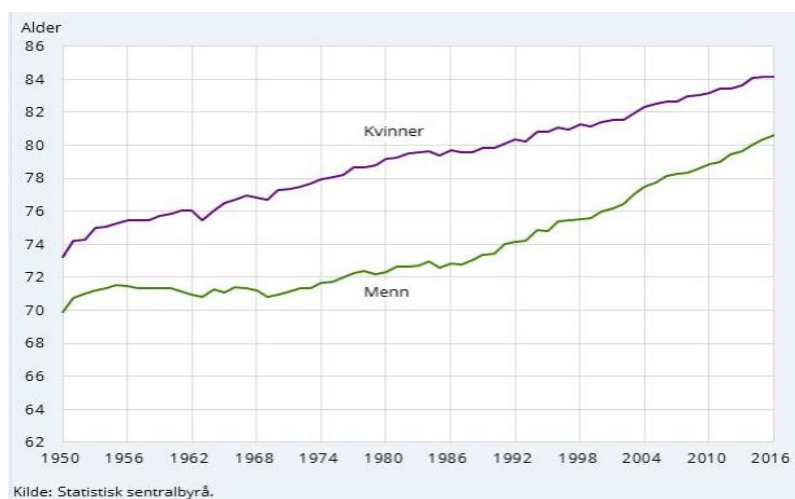
Prosentandelen er mye høyere for pasientene i institusjon i forhold til dem i hjemmetjenesten. Én årsak kan være at det er lettere å ha oversikt og informere beboere på institusjon, i forhold til brukere av hjemmetjenesten. I en tverrsnittstudie utført i 12 bydeler i Oslo (13) ble det undersøkt 137 brukere som hadde tilbud om hjemmetjenester. Kun 38 % av disse oppgav at de hadde fått opplysning om tilbudet fra DOT, til tross for at brukerne i gjennomsnitt hadde hatt krav på hjemmetjenester i over tre år (38,1 måneder). I samme studie kommer det frem at bare 52% av brukerne oppgir å ha vært hos tannlege det siste året. Forfatterne av studien påpekte at dette er en lav andel i forhold til landsgjennomsnittet og viser til en undersøkelse fra 2004 (14), hvor 78 % av alle hjemmeboende nordmenn hadde vært til tannlege i løpet av det siste året.

En annen faktor som kan forklare den lave oppslutningen i DOT blant brukerne i hjemmetjenesten kan være at mange fremdeles ønsker å benytte seg av sin private tannlege. I en pilotstudie fra Hedmark (15) oppgav 31 av 63 brukere av hjemmesykepleie, at de gikk regelmessig til tannlege. Dette utgjør 49%. Av de 31 brukerne gikk 17 privat, mens de resterende gikk offentlig. I Hallingdal i Buskerud har de gjennomført prøveprosjektet «Fasttannlegeprosjektet» fra 2006 til 2009 (16). Her fikk brukerne av hjemmetjenesten tilbud om å fortsette å bruke sin private tannlege, og samtidig få dekket utgiftene i forbindelse med tannbehandling. Statistikk fra kommunen viste at i 2005 ble 32 % av brukerne i gruppe C2 undersøkt og behandlet, noe som økte til 68% i 2008 i prosjektsperioden. Dette viser at mange velger å benytte seg av sin private tannlege fremfor tilbudet fra DOT. I en kartlegging fra

Oslo (17) om hvorfor ansatte i hjemmetjenesten tror oppslutningen av tilbudet er så lavt, oppgis dårlig informasjon til brukerne som antatt hovedgrunn. En annen viktig oppfatning blant ansatte er at de tror brukere ønsker å benytte sin private tannlege.

### 2.3 Fremtidens eldre

I de kommende årene er det forventet at antall eldre skal stige mye på grunn av økt levealder. WHO definerer eldre i i-land som en person over 65 år (18). I en befolkningsframskriving fra 2016 (4) forventes det at i 2060 vil nesten hver femte nordmann (19%) være over 70 år, mens det i dag «bare» er én av ti (11%). Figur 3 (3) viser hvordan levealderen har steget jevnt de siste 50 årene. Denne økingen forventes å fortsette i de kommende årene, men dog ikke like kraftig (4). Dermed øker både antall eldre, men også andelen eldre i befolkningen. Sykdomsbelastningen øker med stigende alder, og man kan således anta at personer som har krav på kommunale omsorgstjenester, som hjemmesykepleie, vil øke. Denne økningen vil få konsekvenser for DOT, som vil trenge betydelig økning i økonomiske ressurser og personell for å kunne gi et tilbud om gratis tannbehandling.

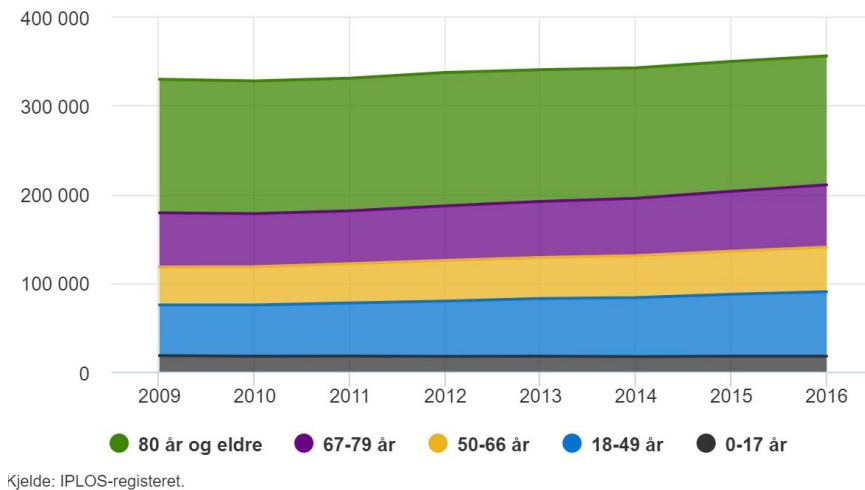


Figur 3: Forventet levealder ved fødselen for menn og kvinner i Norge

Det har de siste årene vært en vekst i antall personer i Norge som har tilbud om kommunale omsorgstjenester. Kommunale omsorgstjenester inkluderer både hjemmeboende og de på

institusjon. I 2016 var tallet på de som mottok en form for hjelp 355 000 personer, en økning på 8 % siden 2009 (19).

En artikkel fra SSB (19) tar for seg bruken av kommunale omsorgstjenester i perioden fra 2009-2016. Figur 4, som er hentet fra artikkelen, viser en generell økning i antall personer som har tilbud om kommunale omsorgstjenester og hvordan aldersfordelingen er blant disse.



Figur 4: Antall brukere av kommunale omsorgstjenester gjennom året, etter alder, i perioden 2009-2016

I artikkelen fremkommer det at i den yngste aldersgruppa har antall brukere holdt seg relativt stabilt de siste årene. Andelen av den eldste aldersgruppa har sunket litt. I de resterende aldersgruppene kan man se en øking, og denne er størst i gruppen 18-49 år. Som figuren viser er det ikke bare de eldste som mottar kommunale omsorgstjenester. Vel en tredjedel er under 66 år. Disse vil også ha tilbud om gratis tannbehandling fra DOT dersom de oppfyller kravene fra Helsedirektoratet. Med tanke på at mange er av relativt yngre årgang, vil gode rutiner for tannhelse være med på å forebygge omfattende behandlingsbehov senere i livet. Til tross for mange unge brukere av hjemmetjenester, har vi valgt å ha fokus på de to eldste aldersgruppene i denne studien. Årsaken til dette er at disse to gruppene samlet er mer enn dobbelt så stor som de andre gruppene, og at man forventer flere eldre i fremtiden. Samtidig er det viktig å fokusere på betydningen av munnhelsen hos sårbare eldre.

## 2.4 Eldres utfordringer

Etter hvert som man blir eldre vil kroppen gradvis svekkes, og risiko for sykdom øker. Både alder og sykdomsbelastning kan redusere den orale helse (20). En av årsakene er nedsatt finmotorikk og styrke som følge av mindre bevegelige ledd (21, 22). Det er derfor vanskeligere å utføre munnhygiene som; tannpuss, bruk av tanntråd og rensing av eventuelle proteser. Når den daglige orale hygienen nedsettes, vil det bli en økt ansamling av belegg. Dette er en risikofaktor for karies og periodontale sykdommer (23).

Et annet viktig moment er god spyttsekresjon. Spyttet er viktig for å rense munnen og forebygge karies, samt for fordøyelsen og smakssansen (24, 25). Nedsatt spyttproduksjon kan være med på å svekke matlyst og matinntak. Dette kan videre gi underernæring, og hurtigere svekkelse av muskler og mindre energi (26). Som følge av dette vil den orale hygienens videre reduseres og behovet for tannbehandling øke. Mange legemidler har hyposalivasjon som bivirkning. Forskning har vist at dersom man bruker flere legemidler daglig, får man synergisk effekt som kan føre til at spyttsekresjonen reduseres eller at munnen føles tørr (27). En undersøkelse fra 2014 (15) som omhandler tannhelse blant pasienter med hjemmetjenester, viser at andelen som brukte fem eller flere medikamenter daglig var 67 %. Av disse pasientene oppgav 60% at de var munntørre. Av de resterende deltakerne som dermed brukte fire eller færre medikamenter, oppgav bare 10 % at de var munntørre.

Flere og flere beholder sine egne tenner også i høy alder. Dette er til forskjell fra tidligere da det var vanlig at man fikk proteser tidlig i livet. I en artikkel fra Tidende (28) kan vi se at andelen i befolkningen over 20 år som er tannløse har sunket fra 16 % til 4% i perioden 1975-2002. I en landsomfattende spørreundersøkelse blant hjemmeboende eldre utført i 2008 fant man at det var 2,9 % tannløse i aldersgruppen 60-69 år, 4,3 % i aldersgruppen 70-79 år og 14,5 % i aldersgruppen fra og med 80 år (40). Tall fra Tromstannen Forskningsprosjekt 2013 (29) viser at 9 % er uten egne tenner i aldersgruppen 67-79 i Troms.

Fordi andelen tannløse går ned og mange voksne i dag har store amalgamfyllinger, flere kroner, broer og implantater, kan man forvente økt behandlingsbehov i framtiden. Dermed må man for fremtidens eldre stille enda større krav til gode rutiner for munnhelse og tannbehandling. Samtidig er det viktig å påpeke at flere eldre vil ha bedre tannstatus i framtiden enn dagens eldre. I en artikkel utgitt i Tannlegetidende (30) vises det til at andelen av behandlingskrevende karies blant friske eldre er om lag den samme som for yngre. I tillegg



viser den at karieserfaringen for aldersgruppen 20-69 år er redusert, men at det varierer hvor stor reduksjonen er innad i aldersgruppen. Derimot er bildet annerledes når det gjelder sårbare eldre. Der ser man en økning i karies og dårligere munnhygiene, og derfor et økt behovet for hyppigere recall. I en studie med sykehusinnlagte eldre (25), fant man at i overkant av 40 % hadde karies. 37 % av deltakerne hadde "ikke-akseptabel/dårlig oral hygiene". I en artikkel fra Tidende (31) oppgis det at andelen som hadde plager og smerter i forbindelse med tenner var henholdsvis 15% og 30 % for de i institusjon og i hjemmesykepleien. Blant de hjemmeboende friske eldre var denne andelen på rundt 10 %.

Dette er viktige momenter å ta med seg når man ser for seg fremtidens eldre. Selv om den orale helsen kan bli bedre for fremtidens eldre sammenlignet med dagens eldre, er det viktig å forebygge forfall i tannhelsen for de eldre som ikke klarer å ta vare på egen helse. Siden mange vil være avhengige av hjemmetjenester før behovet for institusjon er der, vil man kunne forebygge mye innen oral helse med gode rutiner for munnhygiene i hjemmetjenesten, samt regelmessige og hyppige kontroller hos tannhelsepersonell.

### 3 Mål

På bakgrunn av den lave andelen av brukere i hjemmetjenesten som benytter seg av tilbudet om gratis tannbehandling fra DOT og den forventede økte andelen eldre i befolkningen, er målet for denne studien å undersøke:

*Hvordan samarbeidet fungerer mellom DOT og den kommunale hjemmetjenesten når det kommer til å innfri tilbudet om gratis tannbehandling til gruppe C2 i Troms fylke.*

Basert på egne erfaringer og undervisning i løpet av studiet, samt vitenskapelige artikler, laget vi oss disse hypotesene:

- DOT har liten kapasitet og mangler tid og ressurser til å jobbe aktivt inn mot C2-pasienter.
- Hjemmetjenesten mangler tid og ressurser for å kunne følge opp brukerne og informere om tilbudet.
- Hjemmetjenesten tror de bryter taushetsplikten dersom de oppgir informasjon om brukere til DOT.
- Rutinene for samarbeid, og hvordan disse fungerer, varierer innad i Troms fylke.

## 4 Material og metode

### 4.1 Studietype

For å få svar på forskningsspørsmål og hypoteser laget vi to ulike spørreskjemaer som vi sendte til deltakerne; et til hjemmetjenesten (Vedlegg 2) og et til DOT (Vedlegg 3).

Spørreskjemaene innhentet i hovedsak kvalitativ informasjon, for å få deltakernes personlige erfaringer fra arbeidslivet som helsepersonell. Spørsmålene hadde formulerte svaralternativer. Dette gjorde det lettere for oss å sammenlikne svar og å hente ut kvantitativ informasjon. Vår studie er en tverrsnittstudie. Deltakerne er ansatte i hjemmetjenesten og DOT i Troms fylke i et tidsintervall fra januar 2017 til august 2017.

### 4.2 Materialinnsamling

Deltakerne i spørreundersøkelsen var ansatte på ulike tannklinikker i DOT og ansatte i tilknyttede hjemmetjenestesoner i Troms fylke. DOT i Troms fylke er inndelt i fire ulike distrikt: Nord-Troms, Tromsø, Midt-Troms og Harstad. Til sammen er det 22 faste betjente tannklinikker, samt tre ambuleringsklinikker fordelt på de fire distriktene (32). For å få et inntrykk av hvordan samarbeidet fungerer innad i fylket, valgte vi tannklinikker fra alle de fire distriktene blant de 22 fast betjente tannklinikkene. Vi forsøkte å la utvalget av klinikker gjenspeile variasjonen med små og store tettsteder/byer i Troms fylke. Dette for å unngå at pasientgrunnlag og kapasitet kunne påvirke resultatene. Vi har valgt å ikke oppgi kommunestørrelse/pasientgrunnlag til de ulike klinikkene, da dette kan komme i konflikt med anonymiteten.

Nedenfor vises en oversikt over tannklinikker og tilsvarende soner i hjemmetjenesten som vi var i kontakt med. For å sikre anonymitet nummererte vi tannklinikkene og tilsvarende soner.

| <b>Tannklinikk</b>   | <b>Antall tannpleiere vi var i kontakt med</b> | <b>Antall soner i hjemmetjenesten som vi var i kontakt med</b>                                       |
|----------------------|--|--|
| <b>Tannklinikk 1</b> | 1  | 2: Sammenfattet spørreskjema fra én enhetsleder for fire soner, manglende kontakt med én enhetsleder |
| <b>Tannklinikk 2</b> | 3  | 9  |

|                      |                   |  |
|----------------------|-------------------|--|
| <b>Tannklinikk 3</b> | 1                 | 1  |
| <b>Tannklinikk 4</b> | 1                 | 1  |
| <b>Tannklinikk 5</b> | 1                 | 1  |
| <b>Tannklinikk 6</b> | Fikk ikke kontakt | Ekskludert fra studien, på grunn av ikke kontakt med DOT |

Vi tok kontakt med alle tannklinikene per telefon og/eller e-post, og ga dem informasjon om studien. Vi fikk samtidig kontaktinformasjon til tilhørende hjemmetjenestesoner som også ble kontaktet på telefon og/eller e-post. Informasjonsskriv (se vedlegg 1) og spørreskjema ble sendt ut til deltakere i samme e-post. Dette for å redusere antall e-poster, i et forsøk på å gjøre det enklere for deltakerne og videre på denne måten muligens øke deltakelsen.

Informasjonsskriv og spørreskjema er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Det er tannpleierne som har ansvar for kontakt og samarbeid med hjemmetjenestesonene.

Dette var felles for alle tannklinikene. Til sammen fikk vi kontakt med syv ansatte fra DOT og 13 fra hjemmetjenesten.

Vi hadde to ulike spørreskjemaer – ett til hjemmetjenesten og ett til DOT. Spørsmålene var avkryssningsspørsmål med flere alternativ. Vi oppfordret også deltakerne til å krysse av på flere alternativ dersom det var aktuelt. De hadde også anledning til å kommentere skriftlig bak spørsmålet for å få frem et riktig svar, dersom alternativene ikke stemte. Ved retur av skjema ble disse lest igjennom. For å oppklare eventuelle uklarheter eller spørsmål som ikke var besvart, tok vi kontakt igjen med ny e-post. Spørreskjemaet ble utsendt på e-post, svarfrist var to uker. Skjemaene ble sendt ut i perioden januar – mai 2017. Dersom fristen ikke ble overholdt, kontaktet vi dem på nytt per telefon eller e-post. Stort sett holdt det med én påminnelse, i noen tilfeller to-tre ganger.

Skjemaet til hjemmetjenesten (se vedlegg 2) bestod av fjorten spørsmål, hvor ett omhandlet antall brukere i deres hjemmetjenestesone som har rett på gratis tannbehandling. Åtte av spørsmålene omhandlet rutiner for informasjon til bruker, og fem om rutiner for samarbeidet med DOT. Enkelte av spørsmålene hadde oppfølgings spørsmål hvor de skulle utdype. Dette fordi vi ønsket å få begrunnelse på enkelte av spørsmålene.

Skjemaet til DOT (se vedlegg 3) bestod av ti spørsmål, hvor ett omhandlet hvor mange C2-pasienter tannklinikken hadde behandlet i løpet av 2016. De andre omhandlet rutiner for samarbeidet med hjemmetjenesten. Også dette skjemaet hadde oppfølgingsspørsmål.

Når vi fikk inn spørreskjemaene, og hadde oppklart eventuelle feiltolkninger/uklarheter, begynte arbeidet med å kartlegge resultatene og analysere disse. Vi samlet da resultatene fra hvert spørreskjema fra tannpleierne i en tabell med tilhørende skjema(er) fra hver hjemmetjenestesone. Da kunne vi se hvorvidt svarene samsvarte eller ikke, i tillegg til at vi kunne sammenligne de ulike rutinene.

Tannklinikk 1 svarte ikke på spørreskjemaet, men ga muntlig beskrivelse som vi la til grunn for analyse. Denne tannpleieren hadde ingen kontaktinformasjon til hjemmetjenesten, men vi fikk vite om to ulike hjemmetjenester som ble dekket av denne klinikken. Disse hjemmetjenestene var inndelt i ulike soner. Vi fant kontaktinformasjon til enhetsledere for hjemmetjenesten på kommunens hjemmeside, og prøvde å ta kontakt via e-post og telefon. Hos den ene fikk vi ingen respons etter gjentatte forsøk, og den ble da ekskludert fra studien. Hos den andre fikk vi inn et svarskjema hvor enhetslederen hadde vært i kontakt med sine fire soner og laget et sammendrag av deres situasjon og rutiner, samt egne erfaringer.

På tannklinikk 2 var ansvaret mellom de ni ulike sonene i hjemmetjenesten fordelt på tre tannpleiere. Hver av disse fikk tilsendt et spørreskjema. På hver av de resterende tannklinikkene hadde DOT ansvar for hjemmetjenester med kun én sone.

På tannklinikk 6 fikk vi ingen respons til tross for gjentatte forsøk. Som følge av dette valgte vi å ikke kontakte de tilhørende hjemmetjenestesonene i denne regionen.

## 5 Resultater

### 5.1 Tannklinikk 1

**Informasjon fra tannpleier:** Vi tok kontakt med tannklinikken på telefon og spurte om de var interessert i å være med i studien. Ansvarlig tannpleier sa at de godt kunne delta, men at det for tiden var et *ikke-eksisterende* samarbeid. Tannpleieren fikk tilsendt skjema på e-post, men svarte aldri på spørreskjemaet. Det ble begrunnet i e-posten med at skjemaet var «utrolig vanskelig» for dem å svare på akkurat nå. Per telefon fikk vi vite at overtannlegen arbeidet



med nye rutiner innenfor dette området. Vi tok derfor kontakt med overtannlegen, uten å få noe konkret beskrivelse av dette arbeidet.

**Informasjon fra hjemmetjenesten:** Spørreskjema viste at hjemmetjenestesonene ikke har administrativ kontakt med DOT, men at sonene tar kontakt når en bruker ønsker behandling. Rutinene for informasjon til bruker mangler. Det er en tilfeldig ansatt som gir brukeren informasjon. Brukerne har betenkningstid, men lengden varierer mellom sonene. Det er ingen påminnelse til bruker om tilbudet eller dokumentasjon. Sonene synes ikke det er problematisk med taushetsplikt. De oppgir at samarbeidet *kan bli bedre*, og peker på at mangel på kunnskap kan være mulig årsak til dette.

## 5.2 Tannklinikk 2

På tannklinikk 2 var vi i kontakt med tre tannpleiere og ni hjemmetjenestesoner. Felles for sonene er at alle brukere får informasjon både skriftlig og muntlig. Alle bortsett fra én sone har en mal med informasjon som blir gitt til bruker. Malen er laget av DOT. Blant tannpleierne er det varierende oppfatning om kapasitet og ventetid ved tannklinikken. Én oppgir at tannklinikken ikke har kapasitet, mens de to andre oppgir at ventetiden er mellom 1-6 måneder. Hver tannpleier oppga andel de hadde behandlet i løpet av 2016.

### 5.2.1 Tannpleier 1

**Informasjon fra tannpleier:** Denne tannpleieren har ansvar for tre soner i hjemmetjenesten. I 2016 behandlet tannpleieren 44% av brukerne som sonene oppgav hadde krav på tannbehandling. Tannpleieren synes samarbeidet *har blitt bedre, men at det fortsatt er rom for forbedring*. Tannpleieren oppgir at grunnen til at samarbeidet ikke er bra er mangel på kunnskap, ressurser, prioritering og/eller kulturforskjell hos hjemmetjenestesonene. Samarbeidet er basert på årlig administrativ kontakt, samt fortløpende oppdatering per nye C2-pasient. Nye pasienter settes på recall.

**Informasjon fra hjemmetjenesten:** Alle sonene gir informasjon om tilbudet ved oppstart. I én sone er det sykepleier som gir informasjon, mens i de to andre er det en tilfeldig ansatt. Én sone oppgir at brukerne får påminnelse om tilbudet ved behov, mens de to andre gir påminnelse ved behov eller ved årlig screeningrunde. To soner oppgir at betenkningstiden er om lag en uke, mens én oppgir at den er ubegrenset. Ingen av hjemmetjenestesonene har

problem med taushetsplikt. Alle dokumenterer i journal. To soner synes samarbeidet fungerer *bra*, mens én synes samarbeidet *kan bli bedre*. Denne sonen tror at årsaken til at samarbeidet ikke er bra, er mangel på ressurser. Dette er den samme sonen som gir påminnelse ved behov.

### 5.2.2 Tannpleier 2

**Informasjon fra tannpleier:** Denne tannpleieren samarbeider med fire hjemmetjenestesoner. I 2016 behandlet tannpleieren 37% av brukerne som hjemmetjenestesonene oppgav hadde krav på tannbehandling. Tannpleieren synes samarbeidet fungerer *bra*. 1-2 ganger i året har de administrativ kontakt, samt kontinuerlig oppdatering for hver ny bruker. Ved ny pasient tilbys det undersøkelse.

**Informasjon fra hjemmetjenesten:** Tre av fire soner oppgir at informasjonen gis i vedtaksbrevet ved oppstart, mens den siste sonen gir informasjonen når kravet innfris etter tre måneder. Hvordan informasjonen blir gitt til brukeren varierer innenfor sonene; én oppgir at det er fagleder, én tilfeldig ansatt og to oppgir ikke hvem som gir informasjon. To av sonene oppgir at brukeren har betenkningstid. Den ene sonen har en uke, mens den andre oppgir ubegrenset. De samme sonene gir bruker påminnelse om tilbudet. De to andre gir ikke betenkningstid eller påminnelse. To soner synes det er problematisk med taushetsplikt. Tre av sonene dokumenterer ikke i journal, men den ene jobber for tiden med å utarbeide rutiner.

To soner synes samarbeidet fungerer *bra*. De har oftere og bedre kommunikasjon med DOT. Den ene sonen sender oppdaterte lister med brukere til DOT, som ber om denne oppdateringen 1-2 ganger per år. Videre kan bruker, pårørende eller ansatte i hjemmetjenesten ta kontakt med DOT ved behov. Hos den andre sonen tar DOT kontakt for å få oppdaterte lister med brukere to ganger i året. Skjema fra bruker sendes fra hjemmetjenesten fortløpende.

De to andre sonene synes samarbeidet *kan bli bedre*. Oppgitte årsaker til at samarbeidet ikke fungerer bra er mangel på tid, ressurser, kunnskap og rutiner. De synes også det er problematisk med taushetsplikt ovenfor brukere i kontakt med DOT. Disse to sonene har en «enveiskommunikasjon» med DOT når det gjelder rutiner for kontakt. Den ene sonen oppgir at bruker selv har ansvar for å ta kontakt med DOT dersom brukeren har behov for behandling. Pårørende og ansatte kan bistå med hjelp til dette. Den andre sonen oppgir at sykepleier eller leder tar kontakt med DOT dersom bruker ønsker behandling.

### 5.2.3 Tannpleier 3

**Informasjon fra tannpleier:** Denne tannpleieren har kontakt med to soner i hjemmetjenesten. Tannpleieren oppgir ikke hvor mange som ble behandlet i 2016. Tannpleieren har årlige screeningsrunder, samtidig som at de får tilsendt nye svarskjema fra hjemmetjenesten ved nye brukere. Ellers er det sporadisk kontakt mellom DOT og hjemmetjenesten. Brukere kan også ta kontakt med DOT selv. Tannpleier synes samarbeidet fungerer *bra*.

**Informasjon fra hjemmetjenesten:** Hjemmetjenestesonene gir brukerne informasjon om tilbudet ved behov for tannbehandling og dokumenterer at informasjonen er gitt. I den ene sonen har alle ansatte ansvar for å kontakte DOT ved behov. Denne sonen har ingen ferdig mal, og det er tilfeldig ansatt som gir informasjon til bruker. I den andre sonen er det fagleder som tar kontakt med DOT. Denne sonen har en ferdig mal som blir utgitt, og det er sykepleier som gir informasjon. Begge sonene gir brukerne påminnelse dersom de tidligere har takket nei til tilbud, og brukerne får betenkningstid. Ingen har problem med taushetsplikt. Begge hjemmetjenestesonene synes samarbeidet fungerer *bra*.

### 5.3 Tannklinikk 3

**Informasjon fra tannpleier:** Under denne tannklinikken er det bare én sone i hjemmetjenesten. I 2016 behandlet tannklinikken 40% av de oppgitte brukerne. Tannpleieren oppgir at de har administrativ kontakt med hjemmetjenesten 2-3 ganger i året, i tillegg til at ansatte i hjemmetjenesten og brukere selv tar kontakt ved behov. Tannpleieren synes samarbeidet *har blitt bedre, men at det fortsatt er rom for forbedring*. Som årsak trekker tannpleieren frem at det er enveiskommunikasjon til hjemmetjenesten og nedprioritering fra hjemmetjenesten sin side.

**Informasjon fra hjemmetjenesten:** Hjemmetjenesten sender oppdaterte lister til DOT. Det er en tilfeldig ansatt som gir informasjon til bruker. Informasjonen gis muntlig ved behov for tannbehandling. Hjemmetjenesten dokumenterer i journal når brukeren har fått informasjon om tilbudet. Brukeren har ikke betenkningstid, men får påminnelse om tilbud. Hjemmetjenesten trekker frem tid som en faktor til at samarbeidet ikke fungerer bra, og synes dessuten at taushetsplikten er problematisk for samarbeidet. Hjemmetjenesten synes samarbeidet *har blitt bedre, men at det fortsatt er rom for forbedring*.

#### 5.4 Tannklinikk 4

**Informasjon fra tannpleier:** Under denne tannklinikken er det bare én sone i hjemmetjenesten. Oppgitte andel behandlede pasienter i DOT samsvarer ikke med hva hjemmetjenestesonen oppgir, da vi får en andel over 100%. Tannpleieren oppgir at mulig årsak kan være ikke-oppdaterede lister. De har administrativ kontakt hver 3. måned. DOT tar kontakt for oppdatering av nye brukere, og disse får tilbud om undersøkelse. Hjemmetjenesten sender oppdaterte lister til tannpleieren. Tannpleieren synes samarbeid fungerer *bra*.

**Informasjon fra hjemmetjenesten:** Hjemmetjenesten gir informasjon om tilbud til bruker ved behov. Det er en tilfeldig ansatt som gir denne informasjonen skriftlig, en ferdig mal, og muntlig. Dette dokumenteres i ettertid. Bruker får betenkningstid før skjema besvares og returneres til ansatte. Bruker blir påminnet ved behov. Hjemmetjenesten synes samarbeidet fungerer *bra*. Taushetsplikten oppleves ikke som problematisk.

#### 5.5 Tannklinikk 5

**Informasjon fra tannpleier:** Under denne tannklinikken er det bare én sone i hjemmetjenesten. I 2016 behandlet tannklinikken 79 % av oppgitte brukerne med krav om tilbud. De har administrativ kontakt hver måned, i tillegg til årlige møter og kontinuerlig oppdatering per nye pasient. Tannpleieren oppgir at samarbeidet *har blitt bedre, men at det fortsatt er rom for forbedring*. Tannpleieren oppgir ikke hvorfor samarbeidet ikke fungerer bra.

**Informasjon fra hjemmetjenesten:** Hjemmetjenesten oppgir at en tilfeldig ansatt gir informasjon om tilbudet til bruker, både muntlig og skriftlig, ved oppstart av hjemmetjenester. De dokumenterer dette per papir, men ikke i brukerens journal. De understreker selv at dette ikke er godt nok. Brukerne gis ubegrenset betenkningstid og blir påminnet tilbudet senere. Hjemmetjenesten synes samarbeidet fungerer *bra*, og oppgir at det er på grunn av at de er i kontakt med en engasjert tannpleier. Taushetsplikten er ikke problematisk.

#### 5.6 Tannklinikk 6

På denne tannklinikken var vi kontakt med klinikk sjefen, og fikk oppgitt den tannpleieren som hadde ansvar for kontakt med hjemmetjenesten. Etter gjentatte forsøk på kontakt på e-

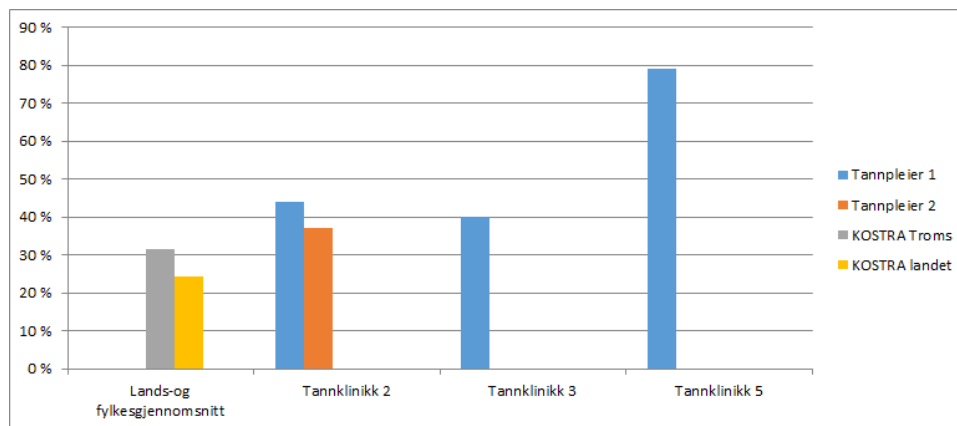


post og telefon uten å få respons, avsluttet vi forsøket. Vi valgte derfor å ikke kontakte tilhørende hjemmetjenestesoner.

### 5.7 Oppsummering av resultater

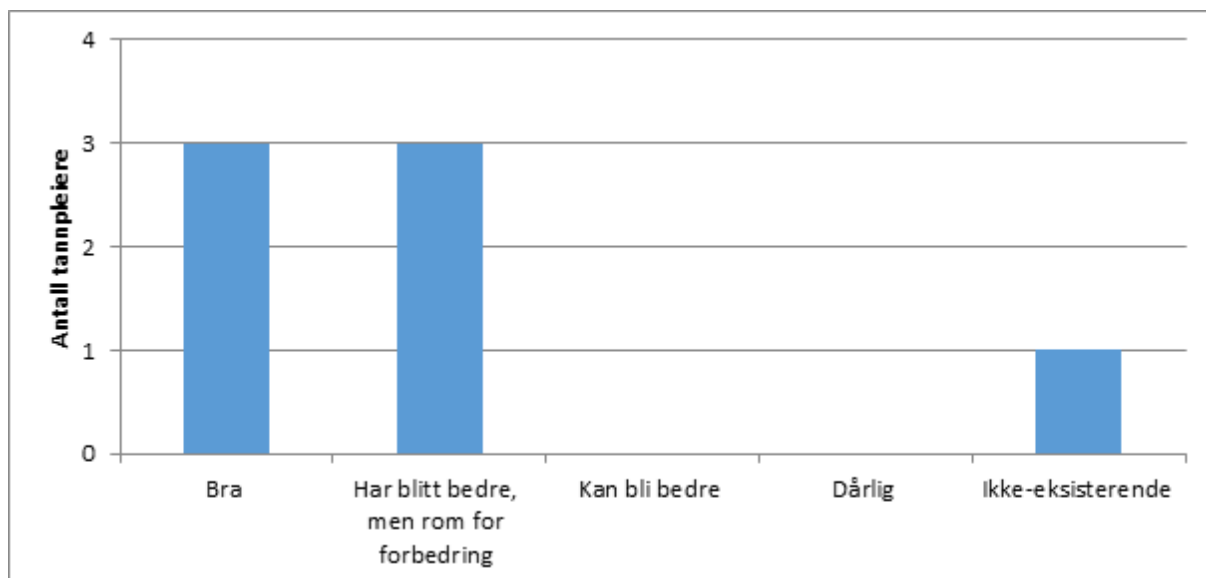
Samtlige tannpleiere vi var i kontakt med, oppgav at de kunne gjøre hjemmebesøk ved behov. Alle, unntatt én tannpleier, oppgir å ha kapasitet til å ta imot flere C2-pasienter.

Figur 5 viser en oversikt over andelen behandlet av DOT ved de ulike tannklinikkene i Troms fylke, i forhold til KOSTRA-tall for landet og Troms.



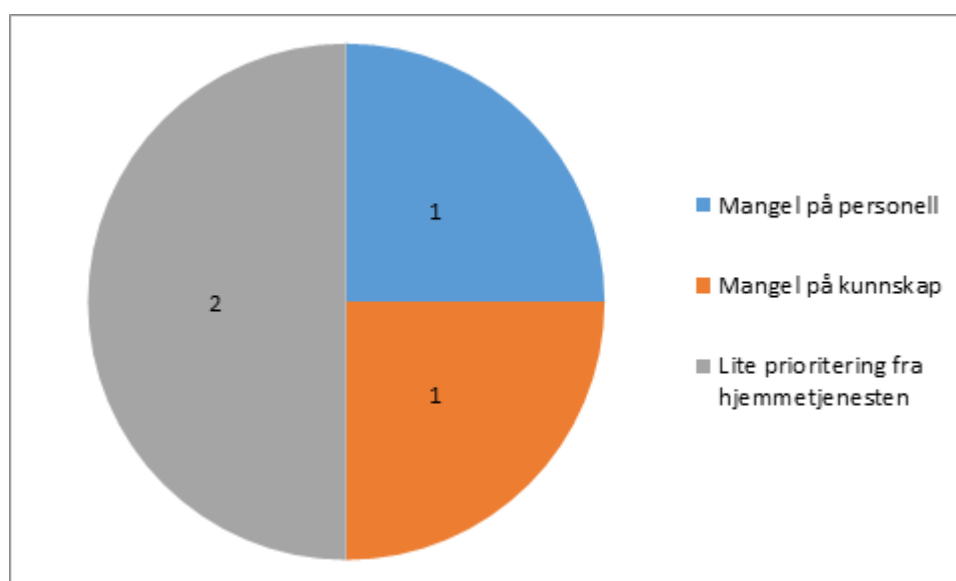
Figur 5: Andel som er behandlet av DOT på de ulike tannklinikkene i Troms fylke, sammenliknet med KOSTRA-tallene for undersøkt/behandlet for landet og Troms fylke. Tannpleiere/hjemmetjenestesoner med manglende og/eller ugyldig data er ekskludert fra figuren. Ugyldig data vil si at tallene fra DOT og hjemmetjenesten gir samlet en andel over 100%.

Figur 6 viser en oversikt over hvordan tannpleierne ser på samarbeidet med hjemmetjenestesonene. 43% synes samarbeidet er *bra* og like mange oppgir at samarbeidet *har blitt bedre, men fortsatt rom for forbedring*. Én tannpleier beskrev et *ikke eksisterende* samarbeid.



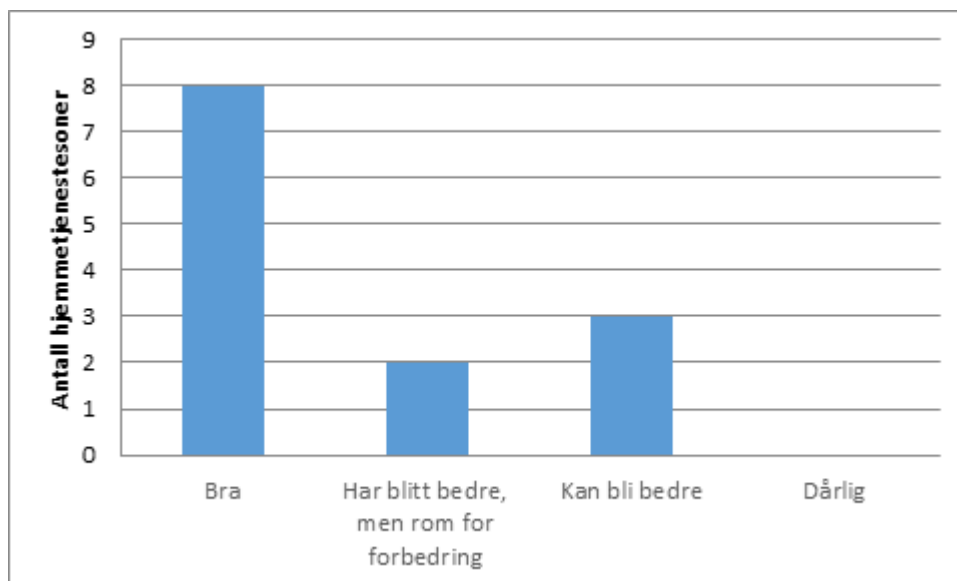
Figur 6: De syv tannpleiernes opplevelse av samarbeidet med hjemmetjenestesonene.

Blant de tre tannpleierne som oppgir at samarbeidet *har blitt bedre, men fortsatt rom for forbedring*, legger de ulike årsaker til grunn, noe figur 7 viser. Med lite prioritering menes det at hjemmetjenestesonene i liten grad prioriterer samarbeidet med DOT.



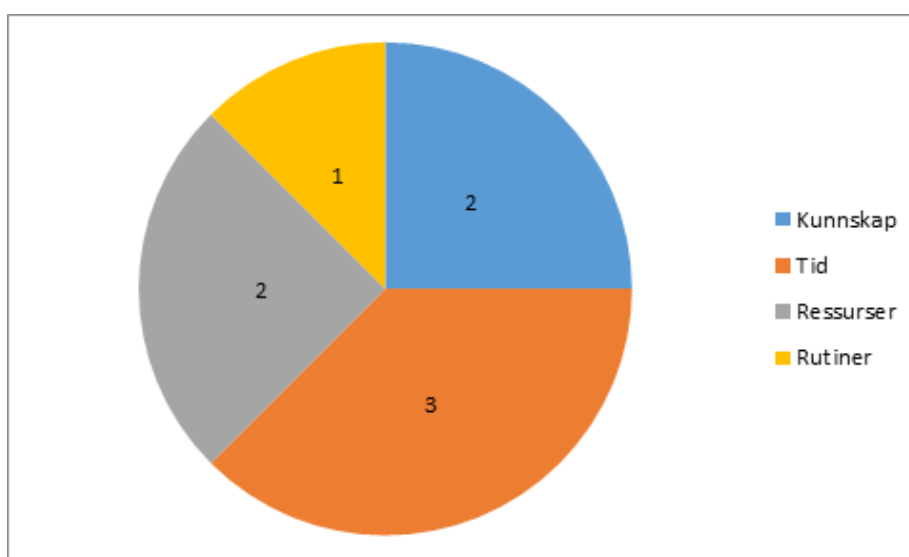
Figur 7: Oversikt over årsaker som tre av tannpleierne oppgir når de begrunner hvorfor samarbeidet ikke fungerer bra. Tallet på figuren oppgir antall svar per alternativ. Deltakerne kunne velge flere svaralternativer.

Figur 8 viser en oversikt over hvordan hjemmetjenestesonene synes samarbeidet fungerer. Av de tretten sonene oppga åtte at samarbeidet fungerte *bra*. To sier det *har blitt bedre, men rom for forbedring*, mens tre sier samarbeidet *kan bli bedre*.



Figur 8: Oversikt over hvordan de tretten hjemmetjenestesonene synes samarbeidet med DOT er.

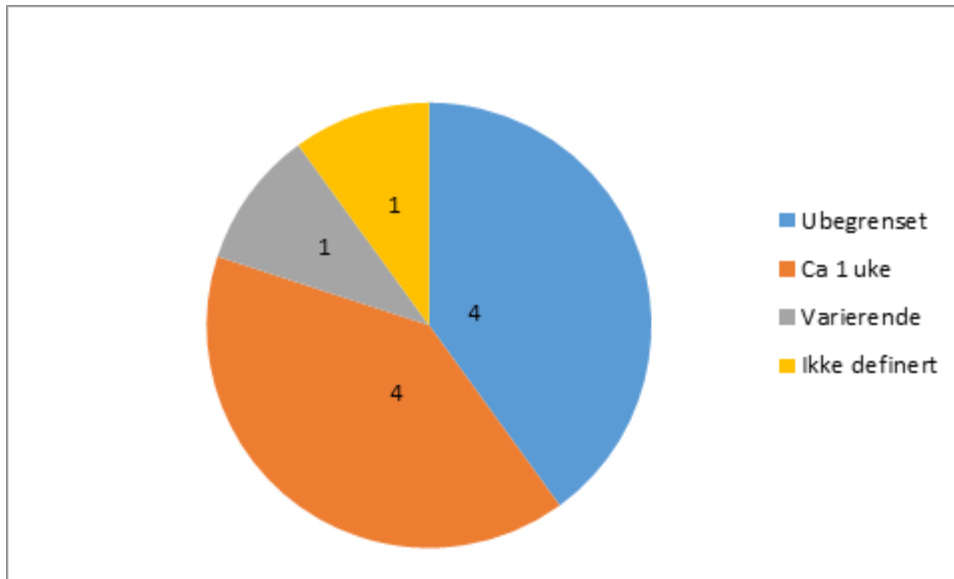
Av de fem hjemmetjenestesonene som ikke opplever et *bra* samarbeid, oppgis ulike årsaker som vist på figur 9. Sonene kunne krysse av for flere alternativer. 3 av 5 hjemmetjenestesoner oppgir mangel på tid som årsak.



Figur 9: Oversikt over årsaker som fem av hjemmetjenestesonene oppgir når de begrunner hvorfor samarbeidet ikke fungerer bra. Tallene på figuren oppgir antall svar for de ulike alternativene. Deltakerne kunne velge flere svaralternativer.

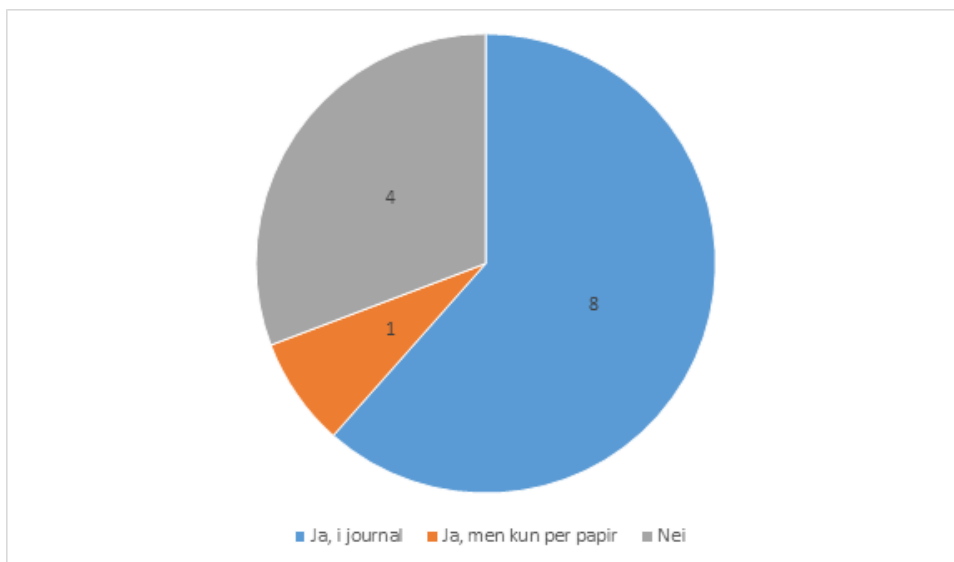
10 av 13 hjemmetjenestesoner oppgir at de gir brukere betenkningstid før de må svare på tilbudet, mens de tre andre ikke gir det. Betenkningstiden er viktig for at brukere får tid til å ta

stilling til tilbudet, da det kan være mye ny informasjon på en gang. Figur 10 viser hvilken lengde på betenkningstid ulike hjemmetjenestesoner oppgir.



Figur 10: Hvilken betenkningstid brukerne får ved informasjon om tilbud. 10 hjemmetjenestesoner oppgir å gi betenkningstid. Tallene på figuren viser antall svar per oppgitte svaralternativ.

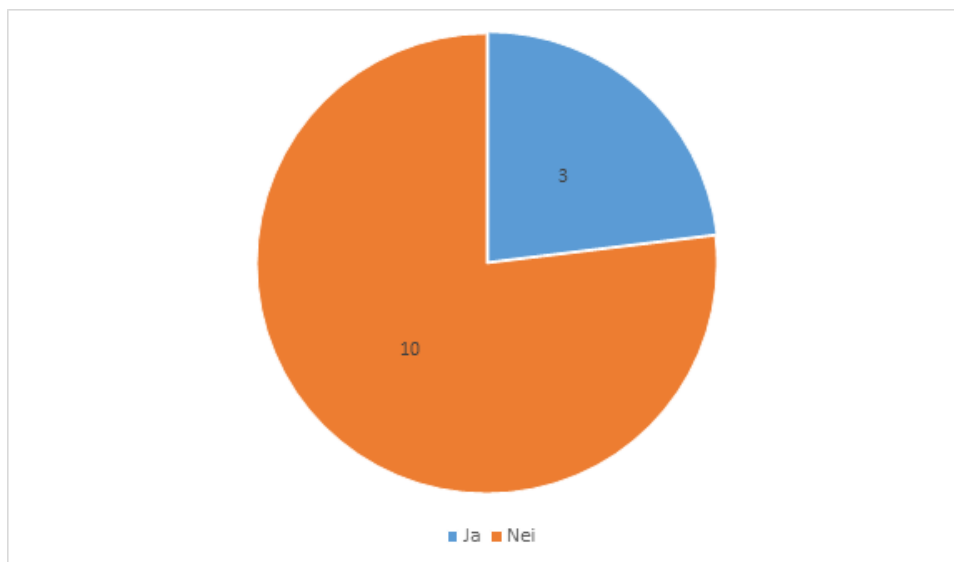
Figur 11 tar for seg dokumenteringsrutiner i hjemmetjenesten. Som vist på figuren oppgir 4 av 13 soner at de ikke dokumenterer hvorvidt informasjon om tilbud er gitt.



Figur 11: Rutinene for hvordan de 13 hjemmetjenestesonene oppgir at de dokumenterer hvorvidt informasjon om tilbud er gitt. Tallet på figuren viser antall svar.



Figur 12 viser hvorvidt ansatte i hjemmetjenesten synes taushetsplikten er problematisk for et samarbeid med tannklinikkene. 3 av 13 oppgir at det er problematisk.



Figur 12: Hvordan de 13 hjemmetjenestesonene vurderer taushetsplikten. **JA** betyr problematisk og **NEI** betyr uproblematisk.

## 6 Diskusjon

### 6.1 Samarbeid og rutiner

Målet med denne studien var å se på hvordan samarbeidet fungerer mellom DOT og hjemmetjenesten i Troms fylke. At rutinene for samarbeidet varierte innad i fylket, ble tydelig bekreftet gjennom studien. Svarene vi fikk varierte fra *ikke-eksisterende* til *bra samarbeid*. I tillegg hadde de ulike tannklinikkene og hjemmetjenestesonene varierende grad av administrativ kontakt gjennom året. Én tannpleier og én hjemmetjenestesone oppgav at rutiner for samarbeid er under utarbeiding. Fire hjemmetjenestesoner oppgir å ikke ha dokumenteringsrutiner. Tilbudet om gratis tannbehandling har vært gjeldende siden 1984 i «Lov om tannhelsetjenesten» (1). Den kommunale hjemmetjenesten har vært lovpålagt gjennom «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten» siden 1982 (33) å ha klare rutiner for å sikre brukerne nødvendig tannhelsehjelp. Da disse lovene har vært gjeldende i over 30 år, er det beklagelig at man fremdeles i 2017 har manglende og dårlige rutiner innen dette feltet.

Hjemmetjenesten og DOT er organisert på ulike nivå. Førstnevnte styres på kommunalt nivå, mens DOT styres på fylkeskommunalt nivå. Det siste året har det vært oppe i Stortinget å flytte ansvaret for DOT fra fylkeskommune til kommune. Om et slikt vedtak skulle gjennomføres, vil det muligens kunne være med på å løse problematikken med samarbeid mellom instanser på ulike nivåer. Forslaget om overflytningen ble nedstemt på Stortinget våren 2017. Stortinget vedtok likevel å oppheve tannhelsetjenesteloven for å inkludere den i helse- og omsorgstjenesteloven. Dette kan gjøre samarbeidet enklere, da kommunene får ansvar for å knytte til seg tannlege og tannpleier etter behov (34). Før disse lovendringene vil få konsekvenser for det nåværende systemet, skal regjeringen jobbe for å utarbeide en prøveordning for utvalgte kommuner i 2020. For resten av landet vil denne lovendringen tidligst bli aktuell i 2023 (35).

Våre resultater viser at rutiner for informasjon om tilbudet varierte mellom hjemmetjenestesonene. Noen hadde bare vedtaksbrev, mens andre hadde eget informasjonsskriv til brukerne. Utformingen på disse varierte også, og teksten kunne være vanskelig å forstå for brukerne. Det ville vært fordelaktig med et felles skriv som alle hjemmetjenestesonene i fylket bruker, slik at informasjonen som blir gitt er kvalitetssikret og entydig.

Én av hjemmetjenestesonene oppgav at den var veldig fornøyd med samarbeidet, fordi den var i kontakt med en engasjert tannpleier. Det var på denne tannklinikken at 79 % av brukerne var blitt behandlet i 2016. En så god oppslutning, er noe alle bør streve etter. Men dette bør ikke være avhengig av den ansatte tannpleieren. Samarbeidet bør kunne fungere like godt i hele fylket gjennom nedfelte formaliserte rutiner. Dette trenger ikke nødvendigvis bety økt mengde, men bedre kvalitet på administrativ kontakt mellom hjemmetjenesten og DOT. Dette kom frem i våre resultater, hvor mengden administrativ kontakt ikke nødvendigvis gjenspeilte hvordan partene opplevde samarbeidet.

Et moment fra spørreskjemaet er lengde på betenkningstid, som vist i figur 10. Det er viktig at betenkningstiden ikke blir for lang eller ubegrenset slik som fire soner oppgir, da det lett kan glemmes. Tre soner oppgir å ikke påminne brukere om tilbudet hvis de tidligere har takket nei. Etter vår mening vil det være viktig å påminne om tilbudet. Brukerne kan få endret behov eller motivasjon for tannbehandling ved en senere anledning.

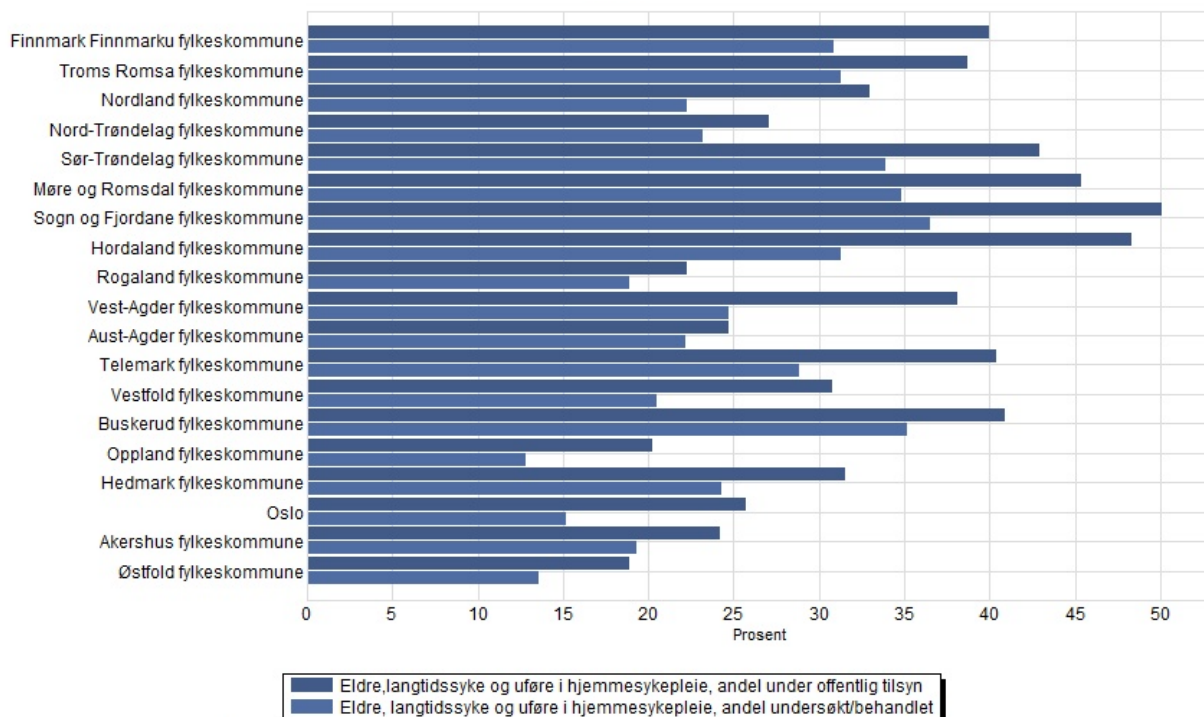
En av våre hypoteser var at *hjemmetjeneste tror de bryter taushetsplikten dersom de oppgir informasjon om brukere til DOT*. Våre resultater (figur 12) viser at kun 3 av 13

hjemmetjenestesoner opplever dette som problematisk. Når vi sammenligner svarene som hjemmetjenesten gav for dokumentasjon og taushetsplikt, ser vi at to av hjemmetjenestesonene som oppgir at dette med taushetsplikt er problematisk, heller ikke dokumenterer i brukerens journal. Uten dokumentering av brukerens samtykke vil det ifølge loven om taushetsplikten være problematisk for hjemmetjenesten å oppgi informasjon om brukere til DOT. Ettersom loven oppgir at hvis pasienten samtykker i utlevering av informasjon, og hjemmetjenesten kan dokumentere dette, kan problematikken rundt taushetsplikten være løst.

## 6.2 Andel som benytter seg av tilbud

Våre resultater viser at andelen som er undersøkt/behandlet ligger mellom 37-79% av C2-pasienter. Tre av fire tannklinikker oppgir andel rundt 40 %, mens en tannklinikk oppgir andel på 79 %. I forhold til landsgjennomsnittet på 22-25 %, er andelen vesentlig høyere. KOSTRA-tallene fra Troms 2016 ligner våre funn, hvor rundt 30 % ble undersøkt/behandlet. Som tidligere nevnt så vi en generell økning i landet det siste året ut fra tall fra SSB (10). Dette kan tyde på en positiv trend hvor brukere har fått mer informasjon de siste årene, og flere derfor benytter seg av tilbudet.

Selv om Troms fylke ligger godt over landsgjennomsnittet i å innfri tilbudet til brukerne av hjemmetjenesten, er det fortsatt et stykke igjen å gå før man kan si seg fornøyd med andelen. Figur 13 viser KOSTRA-tall for alle fylkeskommuner i 2016 (12). Her ser man at differansen mellom andel undersøkt/behandlet og under offentlig tilsyn finnes i alle fylkeskommuner. Noe av denne differansen kan forklares med individuell recall. I en pasientgruppe som er så utsatt for sykdom, er det et fåtall som bør ha recall over tolv måneder. Derfor bør man etterstrebe at andelen «undersøkt/behandlet» blir så lik andel «under offentlig tilsyn» som mulig.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 13: KOSTRA-tall fra 2016 for alle fylkeskommuner. Både andel under offentlig tilsyn og undersøkt/behandlet oppgis.

Som figur 13 viser, kommer Sogn og Fjordane best ut med innrapporterte KOSTRA-tall både når det gjelder under tilsyn og undersøkt/behandlet. I årsrapporten deres fra 2016 (36) kommer det frem at fylkeskommunen har inngått samarbeidsavtale med alle kommuner på tjenestenivå. I tillegg har fylkeskommunen inngått samarbeidsavtale mellom Høgskulen på Vestlandet for å sikre opplæring innen tannhelse til sykepleiestudenter. Også Buskerud fylkeskommune ligger over landsgjennomsnittet. I deres årsrapport fra 2016 (37) kommer det frem at de har etablerte rutiner for samarbeidsmøter mellom DOT og hjemmetjenesten, i tillegg til at arbeidsfordelingen er tydelig. DOT skal veilede personalet og utføre nødvendig behandling. Hjemmetjenesten har ansvar for å informere brukerne om tilbudet og gi tilbakemelding til DOT, samtidig som de har ansvar for den daglige orale hygiene hos brukerne. Blant de med lavest innrapporterte KOSTRA-tall finner vi Østfold fylkeskommune. I en fylkesplan fra 2014 som skal frem mot 2050 (38), er tannhelse kun nevnt i et punkt. Målet deres innen tannhelse er å styrke arbeidet i eldresektoren. Målsetningen er diffus og mangler klare retningslinjer for hvordan det skal oppnås.

Når vi sammenligner disse tre fylkeskommunene i forhold til oppslutning, virker det som at de som har tydelige strategier og målsetninger kommer best ut. Dette bør Troms fylkeskommune ta med seg i en prosess for å øke oppslutningen om tilbudet. Konkrete forslag til forbedring er å styrke kunnskap innen tannhelse og pasientrettigheter blant helsefaglige studenter ved UiT Norges Arktiske Universitet (UIT). I tillegg vil det være essensielt med tydelig, skriftlig ansvarsfordeling mellom ansatte i DOT og hjemmetjenesten.

Som tidligere nevnt kan en mulig årsak til at ikke alle benytter seg av tilbudet, være at de vil fortsette hos sin private tannlege. Pilotstudien i Hedmark (15) viste at 26 % av de spurte i hjemmetjenesten benyttet seg av sin private tannlege. Prøveprosjektet "Fasttannlegeprosjektet" (16) viste at andelen som benyttet seg av tilbudet økte med 36 prosentpoeng dersom de kunne benytte sin private tannlege. Ut ifra disse studiene kan man anslå at rundt 30 % av brukerne benytter seg av sin private tannlege. Samtidig ser vi i Troms at rundt 40 % er under tilsyn i DOT. Utfra dette resonnementet, kan vi anslå at rundt 30 % går hverken til privat eller offentlig tannklinikk. I en artikkel fra Tidende (14) oppgis ulike grunner til hvorfor den voksne befolkningen ikke årlig benytter seg av tannhelsetjenester. Noen av disse var: manglende subjektivt behov, ikke økonomi, redsel/angst, manglende innkalling fra tannklinikken. Videre viste studien at voksne i Nord-Norge og små kommuner gikk sjeldnest. Antall gjenværende tenner var også en viktig faktor; dess færre tenner, dess sjeldnere besøk. Siden brukerne av hjemmetjenester er en sårbar gruppe, er det viktig å tilstrebe 100 % under tilsyn. En videreføring av «Fasttannlegeprosjektet» kan være en løsning. Da kan brukerne selv bestemme om de vil benytte seg av privat eller offentlig sektor, og likevel få dekt utgifter. Dersom de velger privat, må eventuelle mellomlegg betales selv. Hvis man innfører en slik ordning, vil det i tillegg vil det være viktig å få på plass gode rutiner i hjemmetjenesten for informasjon til brukerne. Kanskje kan man da fange opp de antatt 30% med hjemmesykepleie som ikke kommer seg til tannlege.

### 6.3 Mangel på kunnskap

Som våre resultater viser, oppgir 6 av 13 hjemmetjenestesoner at brukerne kun får informasjon om tilbudet ved behov for tannbehandling. Kanskje er dette en av årsakene til at mange ikke benytter seg av tilbudet. Dette fremmer et spørsmål om hva ansatte i hjemmetjenesten definerer som behov. Formålet med tilbudet til C2-pasienter er å gi et godt og regelmessig tannhelsetilbud til en sårbar gruppe, samt bevare og forebygge mot et

sannsynlig forfall i den orale helsen. Dersom disse brukerne kun får vite om tilbudet når de har smerter eller åpenbare problemer, mister dette tilbudet en stor del av sitt formål.

Mangel på kunnskap blant ansatte i hjemmetjenesten blir nevnt som årsak til hvorfor samarbeidet ikke fungerer *bra*. Hvilken kunnskap de føler de mangler, er ikke spesifisert. Utfra et prosjekt i Oslo (17) ser vi at blant sykepleiere i hjemmetjenesten, har 97,9% kunnskap om brukerens rettigheter til gratis tannbehandling. Andre studier viser at kunnskapsnivået blant helsearbeidere om oral helse er for dårlig. En studie fra Sverige (39) tar for seg de ansatte på sykehjem sin kunnskap om tannhelse. Her kommer det fram at til tross for positiv innstilling til tannhelse, mangles generell kunnskap og praktisk opplæring i å ta vare på den orale helsen. Her kan man igjen oppnå mye ved å satse på økt fokus på tannhelse i utdanning av nye helsearbeidere. I tillegg bør man legge til rette for kurs og opplæring av eksisterende helsearbeidere.

#### 6.4 Svakheter med studien

Datagrunnlaget for denne studien er lite, og man bør utføre en større og mer omfattende undersøkelse for å kunne danne seg et mer helhetlig bilde. Tannklinikker og tilhørende hjemmetjenestesoner i vår studie er valgt ut med tanke på befolkningsvariasjonen i Troms fylke. Derfor mener vi, til tross for et lite datagrunnlag, at vår studie kan gjenspeile variasjonen innad i fylket til en viss grad. Det er vanskelig å si noe om overførbarheten til resten av landet, da vi ikke vet hvor stor påvirkning det lille datagrunnlaget har hatt.

I studien har vi regnet ut andelen av de som benytter seg av tilbudet. Andelen er basert på oppgitte tall fra DOT og hjemmetjenesten. Det er mye usikkerhet i disse tallene. I noen tilfeller fikk vi oppgitt et anslag over antall behandlede, og ikke nøyaktige tall. I tillegg vil tallene som DOT og hjemmetjenesten oppgir ikke være helt sammenlignbare. Dette fordi det antallet DOT oppgir, er antall behandlede i løpet av året 2016. Antallet hjemmetjenestesonene oppgir derimot, er på det tidspunktet de fikk spørreskjemaet. I spørreskjemaet til DOT spurte vi om *antall behandlede C2 pasienter i 2016*. Her burde vi ha spesifisert forskjellen på *behandlet* og *under tilsyn*. Det kan tenkes at noen tannklinikker har sendt inn ulike tall, og dette kan influere på resultatet.

For tannklinikk 2 har tannpleierne sendt ett felles svarskjema med sammendrag for flere hjemmetjenestesoner. Det samme gjelder for tannklinikk 1, hvor enhetsleder i hjemmetjenesten gav ett samlet skjema for fire ulike soner. Her kunne vi hatt krav om å få ett



svarskjema for hver av sonene for mer nøyaktige svar. Men det ville muligens blitt mer arbeid for deltakerne og kunne videre gått utover deltakelsen.

I begge skjemaene hadde vi oppfølgingsspørsmål til opplevelsen av samarbeidet. Der spurte vi om hva de tror er *årsaken til at samarbeidet eventuelt ikke fungerer bra?* Når vi analyserte dataene så vi at det var vanskelig å vite om det var seg selv eller motparten som deltakerne siktet til.

## 7 Konklusjon

Vår studie viser tydelig at samarbeidet mellom DOT og hjemmetjenesten i Troms fylke er for dårlig, og preget av tilfeldig rutiner, mangelfull kommunikasjon og i noen grad mangel på tid og ressurser. Dette bidrar til at kun i underkant av 40 % av brukere med hjemmesykepleie og som har krav på gratis tannpleie i DOT, er «under tilsyn». Andelen «undersøkt/behandlet» i vår studie er noe høyere enn KOSTRA-tallene og varierer mellom 37-79 %. Fortsatt har tannklinikkene langt igjen til at alle C2-pasienter faktisk får tilbudet de har krav på.

## 8 Litteratur/referanser

1. *Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven)*, LOV-1983-06-03-54 (1983).
2. *Tannhelsetenesta, 2015* [Internet]. Statistisk sentralbyrå. 2015 [cited 14. juni 2017]. Available from: [www.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse/aar/2016-06-20](http://www.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse/aar/2016-06-20)
3. *Døde, 2016* [Internet]. Statistisk sentralbyrå. 2017 [cited 14.08.2017]. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode/aar/2017-03-09#content>
4. Syse A, Pham DQ, Keilman N. *Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder. Økonomiske analyser*. 2016;3.
5. Troms fylkeskommune. *Tilbud til personer som har hjemmesykepleie eller familiepleie 2013* [Available from: <http://www.tromsfylke.no/Tromsfylke/media/1718/folder-tilbud-pasienter-institusjon-januar-2013.pdf>
6. *Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)*, LOV-1999-07-02-64 (1999).
7. *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*, LOV-1999-07-02-63 (1999).
8. *Prioriterte grupper i den offentlige tannhelsetjenesten*. KomRev Trøndelag IKS: Nord-Trøndelag fylkeskommune; 2011 14.04.2011. Report No.: Forvaltningsrevisjon nr 1700-2/2011.
9. *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting*, FOR-2003-06-27-792 (2003).
10. *Tannhelsetenesta* [Internet]. Statistisk sentralbyrå. 2017 [cited 27.08.2017]. Available from: <https://www.ssb.no/tannhelse/>
11. *Flere ungdom og voksne under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten*. Statens helsetilsyn; 2004 Desember 2004. Report No.: 14/2004.
12. *Statistikkbanken, Tannhelsetenesta* [Internet]. Statistisk sentralbyrå. 2017 [cited 23.juni 2017]. Available from: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=tannhelse&CMSSubjectArea=helse&checked=true>.
13. Fjæra B, Willumsen T, Eide H. *Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien*. Sykepleien Forskning. 2010;5(2):100-8.
14. Holst D, Grytten J, Skau I. *Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004*. Tannlegetidene. 2005;115:212-6.

15. Seim AS, Kveen E, Jakobsen HN, Olsen RH, Willumsen T. *Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester*. Tannlegetidene. 2014;124:712-7.
16. Galåen TE. *Fasttannlegesuksess fortsetter*. Tannlegetidene. 2010;120:48-50.
17. Balstad H, Orlund L, Rørvik F. *Prosjekt tannhelse - Tannhelse hos eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleien*. Utviklingscenter for hjemmetjenester: Oslo kommune, bydel Bjerke; 2011 01.02.2011.
18. Organization WH. *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project 2002* [Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>].
19. *Fleire brukarar, aukande bistandsbehov* [Internet]. Statistisk sentralbyrå. 2017 [cited 15.08.2017]. Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fleire-brukarar-aukande-bistandsbehov>.
20. Solemdal K, Sandvik L, Moinichen-Berstad C, Skog K, Willumsen T, Mowe M. *Association between oral health and body cell mass in hospitalised elderly*. Gerodontology. 2012;29(2):e1038-44.
21. Padilha DM, Hugo FN, Hilgert JB, Dal Moro RG. *Hand function and oral hygiene in older institutionalized Brazilians*. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55(9):1333-8.
22. Felder R, James K, Brown C, Lemon S, Reveal M. *Dexterity testing as a predictor of oral care ability*. Journal of the American Geriatrics Society. 1994;42(10):1081-6.
23. Larsen T, Fiehn NE. *Dental biofilm infections - an update*. 2017;125(4):376-84.
24. Xingqun C, Xuedong Z, Xin X. *Application of saliva in disease diagnosis*. West China journal of stomatology. 2016;34(6):647-53.
25. Solemdal K, Sandvik L, Willumsen T, Mowe M, Hummel T. *The impact of oral health on taste ability in acutely hospitalized elderly*. PloS one. 2012;7(5):e36557.
26. Budtz-Jorgensen E, Chung JP, Rapin CH. *Nutrition and oral health*. Best practice & research Clinical gastroenterology. 2001;15(6):885-96.
27. Wu AJ, Ship JA. *A characterization of major salivary gland flow rates in the presence of medications and systemic diseases*. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. 1993;76(3):301-6.
28. Holst D, Schuller A, Gimmestad A. *Tannhelsen i dynamisk endring – fra sykdomsrisiko til helsepotensial*. Tannlegetidene. 2004;114:866-71.

29. Stormo J, Kristiansen K, Pettersen B. *Selvopplevd oral helse hos eldre i Troms i alderen 67 til 79 år* Munin: Universitetet i Tromsø; 2016.
30. Grytten J, Skau I, Dobloug A, Barkvoll P. *Trengs det 1 500 flere om 20 år?* Tannlegetidene. 2015;125:384-8.
31. Ambjørnsen E, Axéll T, Henriksen B. *Er tannhelsen hos eldre så dårlig som vi tror?* Tannlegetidene. 2002;112:272-4.
32. Troms fylkeskommune. *Offentlige tannklinikker 2016* [Available from: <http://www.tromsfylke.no/#/innhold/tjenester/tannhelse/offentlige-tannklinikker/>].
33. *Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*: Regjeringen; 2003 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/u-72003/id109253/>].
34. *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*, LOV-2017-06-16-55 (2017).
35. Steinum CH. *Stortingsvedtaket og veien videre*. Tannlegetidene. 2017;127:591.
36. *Årsrapport 2016*. Sogn og Fjordane Fylkeskommune; 2016.
37. *Årsmelding 2016*. Tannhelsetjenesten i Buskerud fylkeskommune; 2016.
38. *Fylkesplan for Østfold - Østfold mot 2050*. Østfold fylkeskommune 2009.
39. Wardh I, Jonsson M, Wikstrom M. *Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel-an area in need of improvement*. Gerodontology. 2012;29(2):e787-92.
40. Holst D, Skau I. *Tenner og tannstatus i den voksne befolkning i Norge*. Tannlegetidende. 2010;120:164-9

## 9 Vedlegg

### 9.1 Vedlegg nr. 1: Infoskriv DOT og HT

Hei!

Vi er tre tannlegestudenter ved Universitetet i Tromsø som nå har begynt arbeidet med vår masteroppgave. Oppgaven vår omhandler *samarbeidet mellom hjemmetjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten(DOT), og hvordan dette samarbeidet fungerer i dag.*

#### **Bakgrunn og formål**

I lov om tannhelsetjenesten §1-3 står det at grupper av eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie har rett på gratis behandling av DOT. Til tross for at de har dette tilbudet, viser undersøkelser varierende tall over antallet som faktisk benytter seg av tilbudet. Dette ønsker vi å se nærmere på og å finne årsaker til hvorfor det er slik.

I vår masteroppgave vil vi kartlegge de eksisterende samarbeidsrutinene mellom DOT og hjemmetjenesten i ulike kommuner i Troms. Målet med dette er å se hvordan de ulike kommunene organiserer dette og i hvor stor grad disse rutinene fungerer. Vi ønsker derfor ta kontakt med ansvarlige i hjemmetjenesten og DOT som kan svare på et spørreskjema med spørsmål, som forhåpentligvis bedre skal kartlegge dette samarbeidet.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Lagt ved dette infoskrivet, er et spørreskjema med spørsmål. Du kan se gjennom skjema å studere spørsmål, for deretter ta stilling til om dette er noe du ønsker å delta i. Det vil ikke bli etterspurt om noen sensitive opplysninger i dette skjemaet. Etter du har svart kan du sende tilbake skjema per post eller epost. Ved å svare på skjema og sende dette tilbake, har du gjort aktivt samtykke til å være med i studien.

#### **Hva skjer med informasjonen?**

Etter vi har mottatt spørreskjemaer vil vi analysere resultat. Det er kun oss 3 studenter og eventuelt veileder som vil studere datamaterialet. Spørreskjemaer vi har skrevet ut i forbindelse med analysen vil makuleres. Eventuell epost med vedlagte spørreskjemaer vil slettes. All innsamlet informasjon og data vil bli behandlet anonymt og brukes i den ferdige skriftlige masteroppgaven. Sletting av innsamlede spørreskjemaer/eposter og dermed fullstendig anonymisering av datamateriale, vil senest være gjort 03.12.2017, mest sannsynlig i god tid før. Oppgaven lastes som standard opp i *munin.uit.no (open research archive)*, under vårt fakultet og institutt (det helsevitenskapelige fakultet, institutt for klinisk odontologi). I tillegg vil vi ha en muntlig presentasjon der vi presenterer oppgaven for andre studenter og sensorer.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i denne studien og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil vi ikke inkludere ditt spørreskjema i analysen.

Har du noen spørsmål er det bare å ta kontakt. Dere kan bruke epostadressen som denne mailen er sendt fra. Vår veileder er Kirsten Solemdal, epost: [kso081@post.uit.no](mailto:kso081@post.uit.no)

**Vi håper du har lyst å bidra og svare på dette spørreskjemaet!**

Med vennlig hilsen,

Eirik Samuelsen Bremer, Inger-Ann Pedersen og Hanna Aksnes Berntsen

## 9.2 Vedlegg nr. 2: Spørreskjema HT

### Spørreskjema til ansvarlig i hjemmetjenesten

Personer som mottar hjemmesykepleie i mer enn tre måneder (minst 1 gang i uken), har rett på gratis tannbehandling av Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT).

#### Rutiner for informasjon til bruker

Hvor mange i deres hjemmetjeneste har rett på gratis tannbehandling?

Når får brukeren informasjon om tilbudet første gang?

- Ved oppstart med hjemmetjeneste
- Etter 3 måneder (når kravet innfris)
- Jevnlig informasjonsutveksling (for eksempel hver 4. måned)
- Ved behov for tannbehandling

Hvem gir informasjon om tilbudet til pasienten?

- Primærpleier
- Tilfeldig ansatt
- Sendes i posten
- Annet:

Hvordan gis informasjonen til brukeren?

- Muntlig
- Skriftlig
- Skriftlig og muntlig

Har dere en ferdig mal med informasjon som blir gitt til brukeren?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Se neste side!

Hvordan svarer brukeren?

- Svarskjema – returneres til ansatt
- Svarskjema – returneres per post til hjemmetjenesten
- Svarskjema – returneres direkte til tannklinikken
- Muntlig
- Annet:



Har brukeren betenkningstid?

- Ja
  - Hvis ja, hvor lenge:
- Nei

Hvis brukere tidligere har takket nei til tilbudet fra DOT, blir de påminnet om tilbudet ved en senere anledning?

- Ja
  - Hvis ja, hvor ofte:
- Nei

Når informasjon om tilbudet er gitt til brukeren, blir dette dokumentert?

- Ja
  - Hvordan:
- Nei
- Vet ikke

### **Rutiner: Samarbeid med tannklinikken**

Hvordan får DOT informasjon om aktuelle brukere som ønsker å benytte seg av tilbudet for første gang?

- Oppdaterte lister fra hjemmetjenesten
- Hjemmetjenesten tar kontakt når en bruker ønsker behandling
- Brukere tar selv kontakt med DOT
- DOT tar kontakt med hjemmetjenesten for oppdatering
- Annet:

Se neste side!

Føler du det er problematisk pga. taushetsplikten å oppgi personopplysninger om brukere i hjemmetjenesten til tannhelsetjenesten?

- Ja
- Nei

Hvordan synes du samarbeidet mellom DOT og hjemmetjenesten fungerer?

- Bra
- Har blitt bedre de siste årene, men fortsatt rom for forbedring
- Kan bli bedre
- Dårlig

Hva tror du er årsaken til at samarbeidet eventuelt ikke fungerer bra?

- Samarbeidet fungerer bra
- Mangel på ressurser
- Mangel på personell
- Mangel på tid
- Mangel på kunnskap
- Annet:

Hvem har ansvar for å ta kontakt med DOT hvis bruker ønsker/har behov for tannbehandling?

- Brukeren selv
- Pårørende
- Alle ansatte i hjemmetjenesten
- En utvalgt ansatt
- Sjef for hjemmetjenesten

- Andre:

### 9.3 Vedlegg nr.3: Spørreskjema DOT

#### Spørreskjema til ansvarlig i DOT

##### Rutiner på tannklinikken

Personer som mottar hjemmesykepleie i mer enn tre måneder, og deretter minst en gang per uke, har rett på gratis tannbehandling av Den offentlige tannhelsetjenesten(DOT).

I løpet av 2016, hvor mange C2 pasienter har dere behandlet?

Per dags dato, har dere kapasitet til å motta flere C2 pasienter?

- Ja
- Ja, men vi har ventetid
  - Hvor lang ventetid:
- Nei

Gjør dere hjemmebesøk til C2 pasienter ved behov?

- Ja
- Nei
- Har aldri vært aktuelt

##### Rutiner for samarbeid med hjemmetjenesten

Hvem har ansvaret for samarbeidet med hjemmetjenesten?

- Klinikksjef
- Utvalgt(e) tannlege(r)
- Utvalgt(e) tannpleier(e)
- Utvalgt(e) tannhelsesekretær(er)
- Felles ansvar

Hvordan synes du/dere dagens samarbeid med hjemmetjenesten er?

- Bra
- Har blitt bedre de siste årene, men fortsatt rom for forbedring
- Kan bli bedre
- Dårlig

Se neste side!

Hva tror du er årsaken til at samarbeidet eventuelt ikke fungerer bra?

- Samarbeidet fungerer bra
- Mangel på ressurser
- Mangel på personell
- Mangel på tid
- Mangel på kunnskap
- Annet:

Utenom konkret pasientkasus: Har dere jevnlig administrativ kontakt med hjemmetjenesten?

- Ja
  - Hvis ja, hvor ofte?
- Nei, bare sporadisk kontakt

Hvordan får dere informasjon om aktuelle brukere som ønsker å benytte seg av tilbudet for første gang?

- Oppdaterte lister fra hjemmetjenesten
- Hjemmetjenesten tar kontakt når en bruker ønsker behandling
- Brukere tar selv kontakt med dere
- Dere tar kontakt med hjemmetjenesten for oppdatering av brukere som ønsker behandling
- Annet:

Hvor ofte oppdateres denne informasjonen?

- En gang i året
- Flere ganger i året
- Kontinuerlig oppdatering for hver nye pasient/utgått pasient i hjemmetjenesten
- Sjeldnere enn en gang i året
- Annet:

Gitt at dere får informasjon om aktuelle brukere fra hjemmetjenesten, hvordan griper dere dette an?

- Venter til pasient selv tar kontakt
- Venter på at hjemmetjenesten tar kontakt
- Tilbyr time til undersøkelse
- Annet: