

# FRØYA KOMMUNE

## FRØYA ELDTRE- OG BRUKERRÅD

## Saksliste

Møtested:

Kommunestyresalen

Møtedato:

14.06.2023

Kl.

10:00

### Møteinnkalling

Medlemmene innkalles herved til overnevnte møte. Forfall må straks meldes til informasjonen, Tlf 72 46 32 00 eller til postmottak@froya.kommune.no  
Varamedlemmer møter etter nærmere beskjed.

#### Sakliste:

Saksnr.	Arkivsaksnr. <b>Innhold</b>
31/23	23/1227 <b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTE 12.05.23</b>
32/23	23/1206 <b>TOMTEVALG BOLIGER RUS OG PSYKIATRI HELSE - FEB</b>
33/23	23/1204 <b>HØRING- FEB - TEMAPLAN FOR TANNHELSETJENESTEN I TRØNDELAG FYLKESKOMMUNE</b>
34/23	23/1202 <b>0-VISJON UTENFORSKAP - FEB</b>
35/23	23/1228 <b>REFERATSAK</b>
36/23	23/1249 <b>BRUKEROMBUDETS ORIENTERING</b>
37/23	23/1229 <b>ORIENTERING/SPØRRERUNDE</b>

Sistranda, 07.06.23

Sigbjørn Hellevik  
Leder

Siv-Tove Skarshaug  
Sekretær

**Saksdokumentene er lagt ut til offentlig ettersyn på følgende sted:**

[www.froya.kommune.no](http://www.froya.kommune.no).

# FRØYA KOMMUNE

Frøya eldre- og brukerråd		Møtebok
Møtedato: 14.06.2023	Arkivsaksnr: 23/1227	Sak nr: 31/23
Saksbehandler: Siv-Tove Skarshaug	Arkivkode: 033	Gradering:

Saken skal behandles i følgende utvalg:		
31/23	Frøya eldre- og brukerråd	14.06.2023

## GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTE 12.05.23

### Forslag til vedtak:

Protokoll fra møte 12.05.23 godkjennes som framlagt.

### Vedlegg:

Protokoll fra møte 12.05.23

# FRØYA KOMMUNE

Frøya eldre- og brukerråd		Møtebok
Møtedato: 14.06.2023	Arkivsaksnr: 23/1206	Sak nr: 32/23
Saksbehandler: Renate Loktu Sandvik	Arkivkode: L70	Gradering:

Saken skal behandles i følgende utvalg:		
32/23	Frøya eldre- og brukerråd	14.06.2023

## TOMTEVALG BOLIGER RUS OG PSYKIATRI HELSE - FEB

### Forslag til vedtak:

Frøya eldre- og brukerråd har følgende innspill til tomtevalg boliger rus og psykisk helse:

### Vedlegg:

ROS – analyse

### Saksopplysninger:

Kommunestyret går videre med følgende alternativ for bygging av ROP boliger:

1. Kommunestyret gir kommunedirektøren fullmakt til å forhandle med grunneierne ved Rabben Marina og Myran (nedre) om et evt salg av deres eiendommer, samt å estimere kostnadene for bygging/gjenbruk av disse to områdene til ROP-formål. Forhandlingsutvalget deltar i prosessen.
2. Dersom forhandlingene fører frem utarbeides en kostnadsberegning for de nevnte områdene som legges frem for kommunestyret for endelig beslutning.
3. Dersom ingen av alternativene i punkt 1 fører frem, velges Storheia som området for kommunens ROP boliger.
4. Det jobbes ikke med øvrige utpekte områder.

Siden 2016 har plasseringen av ROP-boliger for personer med rus- og/eller psykiske lidelser vært gjenstand for en grundig og omfattende prosess. Formålet med denne prosessen har vært å finne en egnet lokasjon som ivaretar beboernes behov samtidig som det tar hensyn til trygghet, trivsel og bekymringer hos kommunens innbyggere.

Proessen har involvert grundig kartlegging, samarbeid med ulike interessenter og omfattende vurderinger av potensielle områder. Hensikten har vært å sikre at ROP-boligene blir etablert på en måte som oppfyller både beboernes behov for trygge boforhold og samfunnets behov for et velfungerende lokalsamfunn.

Imidlertid har denne prosessen vært utfordrende på grunn av den uroen som har oppstått blant innbyggerne. Bekymringer og frykt har bidratt til at det har vært vanskelig å enes om en endelig plassering av ROP-boligene. Dette har gjort det nødvendig å høre ut innbyggernes bekymringer og samtidig finne en balanse mellom beboernes behov og samfunnets ønske om et velfungerende og inkluderende lokalmiljø.

Kommunedirektøren presenterer med bakgrunn i dette en grundig vurdering av fordeler og ulemper ved de ulike alternativene som nå er vurdert. Vi vil også ta hensyn til innbyggernes bekymringer og forsøke å finne en løsning som oppfyller både behovene til ROP-beboerne og det overordnede målet om å skape et trygt, inkluderende og velfungerende lokalsamfunn.

Ved å se på de ulike faktorene som påvirker plasseringen av ROP-boligene og nøye vurdere de ulike alternativene, håper vi å belyse valg som sikrer beboernes behov samtidig som det ivaretar innbyggernes bekymringer.

I det følgende vurderer vi fordeler og ulemper ved å bygge ROP-boliger for personer med rus- og/eller psykiske lidelser i området Fredagsvika- Nordhammeren. Målet med å identifisere og analysere disse faktorene er å ta en beslutning om plassering av ROP-boliger som ivaretar både beboernes behov og nærmiljøets interesser.

De 7 områdene som er foreslått er:

- Rabben/øvre Rabbatangen
- Rabben Marina
- Beinskardet/nederst i myranveien
- Storheia
- Innersian/øvre siden av Skardaveien
- Myran/på nedsiden av fylkesveien
- Fredagsvika

Frøya kommune har avholdt to folkemøter. Det første i forbindelse med reguleringsplanarbeidet med Storheia, og ett senere der 5 av de overnevnte områdene ble presentert til møtet. To av områdene, Rabben marina og Fredagsvika kom inn av grunneiere etter folkemøte.

ROP-boliger er avgjørende for å tilby trygge og egnede boforhold for personer med rus- og/eller psykiske lidelser. Vi har identifisert flere områder i overnevnte strekning. Alle disse områdene er i mer eller mindre grad i tettbebygde strøk. Vi må nøye vurdere fordeler og ulemper.

Vi har vurdert fordeler og ulemper på de aktuelle områdene innenfor følgende fire hovedlinjer:

- Generell vurdering sentrumsnære tomter.
- Samlokalisering av ROP-boliger ved Frøya helsetun (og Dalpro).
- Samlokalisering av ROP-boliger med boligfelt.
- Samlokalisering av ROP-boliger utenfor boligfelt (men ved næringseiendom).

## Generell vurdering sentrumsnært

### Fordeler:

- ROP-boliger i et sentrumsnært strøk kan gi beboerne enkel tilgang til nødvendige helsetjenester, sosiale tilbud og offentlig transport, noe som kan bidra til bedre integrasjon og rehabilitering.
- Ved å plassere ROP-boliger i et tettbebygde strøk kan vi bidra til å normalisere oppfatningen av personer med rus- og/eller psykiske lidelser og redusere stigma. Dette kan føre til økt inkludering og aksept i nærmiljøet.
- Et tettbebygde strøk kan gi økt tilgang til sosial støtte fra naboer og lokalsamfunnet, noe som kan være viktig for beboernes trivsel og rehabilitering.

### Ulemper:

- Bygging av ROP-boliger kan legge press på eksisterende infrastruktur som veier, parkeringsmuligheter og offentlige tjenester. Det er viktig å vurdere om området har tilstrekkelig kapasitet til å håndtere økt befolkningstetthet og behovene til beboerne.
- Naboer og nærmiljøet kan ha bekymringer knyttet til sikkerhet, kriminalitet og endringer i det sosiale miljøet. Det er viktig å lytte til og håndtere disse bekymringene gjennom god informasjon og dialog.

- Et tettbebygd strøk kan kreve tilpasninger i utformingen av ROP-boliger for å sikre personvernet og trivselen til både beboere og naboer.

## Samlokalisering av ROP-boliger ved Frøya helsetun (og Dalpro)

### Fordeler:

- Samlokalisering av ROP-boliger tilknyttet Frøya helsetun kan fremme tverrgenerasjonell samhandling og sosial inkludering. Det kan gi eldre og beboere med ROP en mulighet til å delta i felles aktiviteter og skape et mangfoldig og støttende miljø.
- Samlokalisering kan muliggjøre en mer effektiv bruk av ressurser, som felles bruk av fasiliteter, personale og sosiale tilbud. Dette kan bidra til kostnadsbesparelser og bedre tilgjengelighet av tjenester for både eldre og beboere med ROP.
- Samlokalisering kan legge til rette for erfaringsutveksling og kunnskapsdeling mellom personalet som jobber med eldre og ROP-beboere. Dette kan føre til bedre forståelse, omsorg og tilpassede tjenester for begge gruppene.
- Samlokalisering kan gi beboerne i ROP-boligene tilgang til nærliggende arbeidsplasser og muligheter for sysselsetting. Dette kan være en viktig faktor for rehabilitering og reintegrering i samfunnet.

### Ulemper:

- Samlokalisering krever tilpasninger i utformingen av både ROP-boliger og Frøya helsetun for å sikre at både beboere og eldre får adekvat personvern, trygghet og tilgang til nødvendige tjenester. Dette kan kreve strukturelle tilpasninger.
- Naboer og nærmiljøet kan ha bekymringer knyttet til endringer i det sosiale miljøet, økt trafikk eller sikkerhet. Det er viktig å lytte til og håndtere disse bekymringene gjennom god informasjon, dialog og eventuelle nødvendige tiltak for å sikre harmoni mellom ROP-boliger og Frøya helsetun.

## Samlokalisering av ROP-boliger med boligfelt

### Fordeler:

- Samlokalisering av ROP-boliger med et boligfelt kan bidra til å skape et mangfoldig fellesskap og fremme inkludering. Beboere med ROP kan dra nytte av samspill og deltakelse i nærmiljøets aktiviteter.
- Samlokalisering kan bidra til å normalisere oppfatningen av personer med rus- og/eller psykiske lidelser i samfunnet. Dette kan redusere stigma og fremme aksept og forståelse blant barn og deres familier.
- Boligfeltet kan tilby potensiell sosial støtte fra naboer og det lokale samfunnet, som kan være verdifullt for beboernes trivsel og rehabilitering.

### Ulemper:

- Samlokalisering krever grundige tiltak for å sikre barnas sikkerhet og trivsel. Det er viktig å vurdere tiltak som inngjerding, tilgangskontroll og tilstrekkelig tilsyn for å unngå situasjoner som kan være skadelige eller skremmende for barna.

- Naboer og foreldre i boligfeltet kan ha bekymringer knyttet til sikkerhet, støy, uro og endringer i det sosiale miljøet. Det er avgjørende å lytte til disse bekymringene og håndtere dem gjennom god informasjon, dialog og eventuelle nødvendige tiltak for å sikre harmoni og gjensidig respekt.
- Samlokalisering kan kreve tilpasninger i utformingen av ROP-boliger og eventuelle tilleggstiltak for å sikre tilstrekkelig personvern og trivsel for både beboere og innbyggere.

## Samlokalisering av ROP-boliger utenfor boligfelt (og næringseiendom)

### Fordeler

- Ved å unngå inkludering av ROP-boliger i et boligfelt, kan det bidra til å redusere stigma og bekymringer blant naboer og beboere i boligfeltet. Dette kan opprettholde harmoni og trivsel i nærmiljøet.
- Ved å se utenfor boligfeltet kan vi utforske alternative lokasjoner som bedre imøtekommer behovene til ROP-beboere, for eksempel nærhet til helsetjenester, kollektivtransport eller andre relevante fasiliteter.

### Ulemper:

- Nærheten til et næringsområde med verdifulle eiendeler kan øke risikoen for fristelser og uønsket atferd blant noen beboere i ROP-boligene. Det er viktig å implementere passende tiltak og støttesystemer for å forebygge og håndtere slike situasjoner.
- Samlokalisering krever omfattende sikkerhetstiltak for å beskytte både næringsområdet og beboerne i ROP-boligene. Dette kan omfatte tilgangskontroll, overvåkningssystemer og beredskapsplanlegging for å minimere skadeverk eller tap av verider. ‘
- Ved å ikke inkludere ROP-boliger i et boligfelt, kan det være en risiko for sosial isolasjon av beboerne. Det er viktig å sørge for at alternative lokasjoner gir muligheter for fellesskap, sosial deltakelse og inkludering i samfunnet.

I alle alternativ må det jobbes med stigmatisering og motstand fra samfunnet rundt. Og denne utfordringen må tas tak i å jobbes systematisk og strategisk med:

- Det er viktig å informere naboer og andre interessenter om hva bofellesskapet er og hva det ikke er. Dette kan bidra til å avmystifisere og dempe eventuelle bekymringer og fordommer. Kommunikasjonen kan også inneholde informasjon om hva slags støtte beboerne vil få, og hvordan bofellesskapet vil bidra til bedre integrering i lokalsamfunnet.
- Det er viktig å involvere naboer i planleggingen og utviklingen av bofellesskapet. Dette kan gi dem en mulighet til å påvirke utformingen av bofellesskapet og redusere bekymringer de har. Det kan også være en mulighet for å finne felles grunnlag og forståelse for hvorfor et bofellesskap for personer med rus- og psykisk helseproblematikk er viktig.
- Det kan være nyttig å samarbeide med lokale organisasjoner, foreninger og bedrifter for å støtte beboernes integrering i lokalsamfunnet og øke deres muligheter for å delta i aktiviteter og arrangementer.
- Det kan være nødvendig å jobbe med å endre holdninger og fordommer mot personer med rus- og psykisk helseproblematikk.
- Dette kan gjøres ved å organisere informasjonskampanjer og offentlige arrangementer, og ved å støtte lokale tiltak som øker kunnskap og forståelse om dette temaet.
- Det er viktig å evaluere effekten av tiltakene som er iverksatt og å samle tilbakemeldinger fra beboere, naboer og andre interessenter.

- Dette kan gi verdifull informasjon om hva som fungerer og hva som ikke fungerer, og hvordan tiltakene kan forbedres i fremtiden.

I tillegg til overnevnte fordeler og ulemper har kommunedirektøren gjennomført ROS (Risikoanalyse) – analyse (vedlagt). Vi har definert et sett med uønskede hendelser, og vurdert følgende sannsynlighet og konsekvens for hver av dem, samt lagt inn risikoreduserende tiltak. Både allerede etablerte tiltak og forslag til nye tiltak.

Ved valg av fokusområder og hendelser knyttet til ROS analysen er det sett til andre kommuner, samt tatt hensyn faglige råd og risikofaktorer som er viktig å hensynta ved bygging av boliger for rus og psykisk helse.

ROS-analysen tar sikte på å identifisere, vurdere og håndtere risikoer og sårbarheter knyttet til bygging og drift av ROP-boliger. ROP-analysen tar hensyn til uønskede hendelser som kan påvirke både beboere og nabolag.

Formålet med ROS-analysen er å identifisere og vurdere risikoer og sårbarheter som kan oppstå i forbindelse med ROP-boliger og utvikle tiltak for å redusere eller håndtere disse risikoene.

ROS analysen har følgende parameter for at tiltak bør iverksettes:

**Rød:** Risikoreduserende tiltak må iverksettes

**Gul:** Risikoreduserende tiltak må vurderes

**Grønn:** Risikoreduserende tiltak ikke nødvendig

Det er ingen hendelser i ROS analysen som kommer ut klar i rød sone. De fleste ligger i mellom gul og grønn. ROS analysen viser etablerte og foreslåtte tiltak for alle områdene.

#### Vurdering:

Kommunedirektøren har ut ifra dette prioritert behovene i denne saken slik:

- Brukernes behov er 1.prioritet.
- Innbyggerne stemme i beliggenhet er 2.prioritet
- Samfunnets behov / gevinster er 3.prioritet
- Økonomi er 4.prioritet

Disse prioriteringen er vurdert inn i helheten av fordeler og ulemper, samt gjennomført ROS-analyse.

I tillegg har kommunedirektøren sett på om mulighetsstudiet som ble utarbeidet for Storheia også kan gjenbrukes andre steder.

Kommunedirektøren kommer da fram til følgende matrise:

I prioritert rekkefølge	Rabben/øvre Rabbatangen	Rabben Marina	Beinskardet/ned erst i myranveien	Storheia	Innersian/øvre siden av Skardaveien	Myran/på nedsiden av falkesveien	Fredagsvika
Brukerne	X	V	X	V	X	V	X
Innbyggerne	X	Ikke vurdert	X	X	X	V	Ikke vurdert
Samfunnet	V	V	V	V	X	V	V

Økonomi	X	X	V	V	X	X	X
Gjenbruk av mulighetsstudiet	V	V	V	V	V	X	V

X = negativt, V = positivt

Ut fra denne matrisen, hvis kommunen ivaretar brukerens og innbyggerenes behov, blir Rabben Marina og Myran/på nedsiden av hovedveien de områdene som er mest aktuelle.

Legges økonomi inn i vurderingen vil Storheia bli det foretrukne alternativet, -så langt vi vet i dag, da kostnadene for erverv/ombygging etc på Rabben Marina og Myran er ukjent. Storheia er det området som har flest positive aspekter (grønne haker) ved seg. Men, det er viktig å merke seg at det har kommet klart fram at brorparten innbyggerne som har uttalt seg, ikke anbefaler denne lokasjonen.

Ut fra dette skisserer kommunedirektøren følgende innstilling og forslag i saken:

1. Det undersøkes om grunneier ved Rabben Marina og Myran er villige til å selge, pris, reguleringsformål, og evt. endringsbehov av disse. Samt å estimere kostnadene for bygging/gjenbruk og for disse to områdene.

Til sammenligning så kan kostnadsesimatet med mulighetsstudiet på Storheia brukes, der dette er anslått til å koste ca. 30 millioner kr før eventuell husbankstøtte.

Dette alternativet medfører ytterligere utsettelse av det endelige tomtevalget, da oppgaven inneholder flere usikkerhetsfaktorer. Økonomien i valgene er også en stor og avgjørende faktor som må kartlegges før realisering av ett av disse alternativene. I ett av disse to områdene (Rabben Marina) er heller ikke innbyggerne hørt, da dette kom inn som innspill i folkemøtet.

2. Dersom ingen av alternativene i punkt 1 fører frem, foreslår kommunedirektøren at Storheia velges som tomteområde for ROP boligene.

Kommunestyret kan også nå velge Storheia som førstevalg, da området er som kjent allerede avsatt til formålet. Kriteriet innbyggernes stemme vektet da minst. Om punkt 2 velges, faller oppdraget i punkt 1, og øvrige foreslåtte tomtevalg bort.



## FRØYA KOMMUNE

Frøya eldre- og brukerråd		Møtebok
Møtedato: 14.06.2023	Arkivsaksnr: 23/1204	Sak nr: 33/23
Saksbehandler: Renate Loktu Sandvik	Arkivkode: G40 &13	Gradering:

Saken skal behandles i følgende utvalg:		
33/23	Frøya eldre- og brukerråd	14.06.2023

## HØRING- FEB - TEMAPLAN FOR TANNHELSETJENESTEN I TRØNDELAG FYLKESKOMMUNE

## Forslag til vedtak:

## Frøya eldre og brukerråd har følgende innspill til høring:

## Saksopplysninger:

Kommunestyret vedtar følgende innspill til høring:

1. Kommunestyret anbefale opprettholdelsen av en selvstendig tannklinikk på Frøya basert på geografiske og demografiske hensyn, samt hensynet til kvalitet, tilgjengelighet og befolkningens behov.
2. Kommunestyret ber fylkeskommunen ta hensyn til de fremlagte argumentene og anbefalingene. Primært ønsker kommunestyret en opprettholdelse av tannklinikker både på Frøya og Hitra på grunnlag av den betydelige befolkningsøkningen i regionen både historisk og prognostisk. Sekundært ber vi om en vurdering av Hitra som en biklinikk.

Frøya kommune vil med bakgrunn i geografiske og demografiske hensyn, samt hensynet til kvalitet, tilgjengelighet og befolkningens behov, anbefale opprettholdelsen av en tannklinikk på Frøya.

Frøya kommune forstår behovet for å se på organiseringen av tannhelsetjenesten og de utfordringer man står ovenfor både med sårbare fagmiljøer, kostnader og rekruttering til små klinikker.

Sammenslåinger og bruk av biklinikker er ett grep som er foreslått i temaplanen. Hva en biklinikk og ambuleringsklinikk innebærer er derimot lite beskrevet.

Ut fra økonomiske beskrivelser av utbedringsbehov ser vi at det er lagt inn en utvidelse av tannklinikken på Hitra i det Frøyas klinikk foreslås som biklinikk. Vi merker oss også at noen av de eksisterende biklinikker foreslås nedlagt. Vi setter med bakgrunn i dette spørsmål ved følgende setning: *Frøya tannklinikk er i dag fast bemannet og kan fungere som ambuleringsklinikk til Hitra fram til det er behov for å gjøre omfattende rehabilitering av klinikken.* Er det da i etterkant av en utvidelse av tannklinikk på Hitra tenkt en nedleggelse av den foreslåtte biklinikken på Frøya?

Frøya kommune med sin geografiske utstrekning med innbyggere som bor i Øyrekke, tilgjengelighet til transport vil gjøre det vanskelig for innbyggerne å reise til Hitra for tannbehandling. Å opprettholde en selvstendig tannklinikk på Frøya vil bidra til å sikre tilgjengeligheten av tannhelsetjenester og møte behovene til alle Frøya kommunes innbyggere på en mer effektiv måte. Med eksempel sett ut i fra Mausund så vil innbyggere som bor her bruke 2 timer i effektiv reisetid for å komme seg til Hitra. Da er det ikke tatt hensyn til evt ventetid og begrensede kollektivtransportmuligheter. Dette gjør det utfordrende for innbyggerne å reise til Hitra for å få tannhelsebehandling. En egen tannklinikk på Frøya sikrer at innbyggerne kan få tilgang til nødvendige tannhelsetjenester uten å hindres unødig av begrenset kollektivtrafikk.

Frøya kommune opplever en betydelig befolkningsvekst på grunn av tilflytting, og det er mange barnefamilier i Frøya kommune, og fødselstallene er høye. Befolkningsprognoser for Frøya og Hitra viser en betydelig økning for begge kommuner, men likevel en vesentlig større økning på Frøya (basert på Trøndelag i tall HHMH 2030-2050 opptil 750 flere på Frøya). Det vil på bakgrunn av dette, samt behovet for, og ønsket fokus på, økt forebyggende folkehelsearbeid og bærekraft også i tannhelsetjenesten, være viktig å opprettholde en egen selvstendig tannklinikk i Frøya kommune. Man kan ikke undergrave den bekymringen kommunen har for fremtidig nedleggelse, så lenge klinikken skal være en biklinikk (jfr. forslåtte nedleggelse av allerede eksisterende biklinikker og ovenstående punkt). Det synes som lite praktisk at man da foreslår at den kommunen med størst vekst, og med deler av befolkningen som allerede - med dagens beliggenhet – har avstand over 2 timer (øyrekkas befolkning), skal være biklinikk.

Frøya kommune ber om at fylkeskommunen tar hensyn til disse argumentene og anbefalingene. Frøya kommune sitt innspill er primært en opprettholdelse av tannklinikker både på Frøya og Hitra utfra regionens vesentlige befolkningsøkning både historisk og prognostisk, sekundært at Hitra vurderes som en biklinikk.

# FRØYA KOMMUNE

Frøya eldre- og brukerråd		Møtebok
Møtedato: 14.06.2023	Arkivsaksnr: 23/1202	Sak nr: 34/23
Saksbehandler: Renate Loktu Sandvik	Arkivkode: G10	Gradering:

Saken skal behandles i følgende utvalg:		
34/23	Frøya eldre- og brukerråd	14.06.2023

## 0-VISJON UTENFORSKAP - FEB

### Forslag til vedtak:

Frøya eldre- og brukerråd støtter "0-visjon" for utenforskap.

### Vedlegg:

### Saksopplysninger:

Hovedutvalg for helse, omsorg, NAV, oppvekst og kultur vedtar formelt at Frøya kommune skal ha "0-visjon" for utenforskap.

Frøya kommune har over tid gjennom sin satsning «Øya – det skal en hel øy til å oppdra et barn» jobbet for et inkluderende samfunn. For å styrke dette arbeidet ytterligere og for å redusere utenforskapet i vår kommune, har vi gjennom partnerskap med NAV, og Hitra og Frøya vedtatt en «0-visjon» for utenforskap. Gjennom partnerskapet har vi som mål å utvikle og implementere strategier for å oppnå denne visjonen.

Vår visjon er å skape et samfunn der ingen opplever utenforskap, der alle innbyggere er inkludert og har like muligheter til å delta i samfunnet. Vi ønsker å eliminere de barrierene som forhindrer mennesker fra å delta fullt ut i sosiale, økonomiske og kulturelle aktiviteter. En «0 visjon» for utenforskap er vår overordnede rettesnor og en forpliktelse til å arbeide for et inkluderende samfunn.

- Vi vil fortsette å utvikle og styrke partnerskapet mellom NAV og kommunen Hitra og Frøya for å sikre koordinerte og effektive tiltak mot utenforskap.
- Vi vil prioritere tidlig innsats og forebyggende tiltak for å hindre at innbyggere havner i utenforskap. Dette inkluderer å identifisere og støtte personer og grupper som er sårbare for utenforskap.
- Vi vil legge til rette for kontinuerlig kompetanseutvikling blant våre ansatte, slik at de er i stand til å møte behovene til personer som opplever utenforskap på en best mulig måte.
- Vi vil oppmuntre til og støtte aktiv deltakelse og medvirkning fra innbyggerne i utviklingen av tiltak og strategier for å redusere utenforskap.

Med dette som bakgrunn er det nedsatt en arbeidsgruppe i partnerskapet Nav Hitra og Frøya. Vi ønsker å gjennomføre et prosjekt som tar sikte på å utforske og forstå ungt utenforskap i Hitra og Frøya kommuner som første steg. Prosjektet vil fokusere på å definere begrepet utenforskap,

identifisere risikofaktorer knyttet til ungdommers utenforskap, og utarbeide forslag til målrettede tiltak for å motvirke dette.

Formålet med prosjektet er å oppnå en omforent forståelse av begrepet ungt utenforskap og å kartlegge den nåværende statusen for ungdommers utenforskap i Hitra og Frøya kommuner. Vi ønsker å bidra til utviklingen av tydeligere retningslinjer og målrettede tiltak som kan implementeres for å redusere utenforskapet blant unge mennesker i disse kommunene.

Vi vil gjennomføre en systematisk gjennomgang av eksisterende litteratur, forskning og relevante dokumenter for å få en bred oversikt over hvordan ungt utenforskap er definert og forstått både nasjonalt og internasjonalt. Dette vil danne grunnlaget for utarbeidelsen av en felles definisjon som kan benyttes i arbeidet med å bekjempe utenforskapet blant ungdom i Hitra og Frøya kommuner.

Vi vil gjennomføre grundige kartlegginger, inkludert spørreundersøkelser, fokusgrupper og intervjuer, blant ungdommer, foreldre, skoler, frivillige organisasjoner og andre relevante interessenter i de to kommunene. Målet er å få innsikt i ulike perspektiver og erfaringer knyttet til utenforskap blant ungdom, samt identifisere risikofaktorer og barrierer som hindrer inkludering og deltakelse.

Basert på kunnskapsgrunnlaget fra litteraturgjennomgangen og den innsamlede informasjonen gjennom kartleggingene, vil vi gjennomføre en grundig analyse for å identifisere hovedårsaker til utenforskap blant ungdom i Hitra og Frøya kommuner. Vi vil utarbeide konkrete anbefalinger og tiltak som kan bidra til å redusere utenforskap og fremme inkludering blant unge mennesker i disse områdene.

Vi søker om prosjektmidler til Statsforvalteren til å innhente ekstern bistand med spesialisert kunnskap på området for å bistå oss i gjennomføringen av prosjektet. Ekstern ekspertise vil sikre grundig analyse av dataene, utvikle anbefalinger basert på beste praksis og veilede oss gjennom prosessen med å etablere en omforent forståelse av ungt utenforskap i Hitra og Frøya kommuner.

Med ekstern bistand vil det styrke vår arbeidsgruppe og sikre at prosjektet utføres på en grundig måte. Dette vil bidra til å oppnå bedre resultater og mer effektive tiltak for å bekjempe ungt utenforskap i våre kommuner.

#### **Vurdering:**

Ved å arbeide tett sammen med NAV og Hitra kommune, kan vi styrke samarbeidet og effektiviteten i våre tiltak mot utenforskap.

En «0 visjon» for utenforskap reflekterer vår forpliktelse til å skape et inkluderende samfunn der alle innbyggere har like muligheter og rettigheter. Gjennom strategier som tidlig innsats, forebygging, kompetanseutvikling og aktiv involvering av innbyggere, vil vi jobbe mot å fjerne barrierer og skape en inkluderende og rettferdig samfunnsmessig ramme for alle.

Kommunedirektøren anbefaler at denne uttalte visjonen for en «0 visjon» for utenforskap i Frøya kommune blir formelt vedtatt og kommunisert til alle relevante aktører og interessenter.

# FRØYA KOMMUNE

Frøya eldre- og brukerråd		Møtebok
Møtedato: 14.06.2023	Arkivsaksnr: 23/1228	Sak nr: 35/23
Saksbehandler: Siv-Tove Skarshaug	Arkivkode: 033	Gradering:

Saken skal behandles i følgende utvalg:		
35/23	Frøya eldre- og brukerråd	14.06.2023

## REFERATSAK

### Forslag til vedtak:

Referatene tas til orientering.

### Vedlegg:

1. Innspill til valg av eldreråd – aldersvennlig Norge.
2. BPA og arbeid med konsesjonsordningene
3. Status: CDPR ordning: skriftlig status fra kommunalsjef helse og mestring  
(Ettersendes på mail)

# FRØYA KOMMUNE

Frøya eldre- og brukerråd		Møtebok
Møtedato: 14.06.2023	Arkivsaksnr: 23/1249	Sak nr: 36/23
Saksbehandler: Siv-Tove Skarshaug	Arkivkode: 033	Gradering:

Saken skal behandles i følgende utvalg:		
36/23	Frøya eldre- og brukerråd	14.06.2023

## BRUKEROMBUDETS ORIENTERING

# FRØYA KOMMUNE

<b>Frøya eldre- og brukerråd</b>		<b>Møtebok</b>
Møtedato: 14.06.2023	Arkivsaksnr: 23/1229	Sak nr: 37/23
Saksbehandler: Siv-Tove Skarshaug	Arkivkode: 033	Gradering:

<b>Saken skal behandles i følgende utvalg:</b>		
37/23	Frøya eldre- og brukerråd	14.06.2023

## ORIENTERING/SPØRRERUNDE

Gjennomgang svar på spørreundersøkelse ang. politisk struktur

## SAKSFRAMLEGG

**Saksbehandler:** Siv-Tove Skarshaug  
**Arkivsaksnr.:** 23/1227

**Arkiv:** 033

**Saken skal behandles i følgende utvalg:**

Frøya eldre- og brukerråd

### **GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTE 12.05.23**

**Forslag til vedtak:**

**Protokoll fra møte 12.05.23 godkjennes som framlagt.**

**Vedlegg:**

Protokoll fra møte 12.05.23



# FRØYA KOMMUNE

## MØTEPROTOKOLL

### Frøya eldre- og brukerråd:

Møtested:	Møtedato:	Møtetid:	Av utvalgets medlemmer møtte
Møterom Sistranda	12.05.2023	10:00 – 13:00	6 av 7
Fra og med sak:	24/23		
Til og med sak:	30/23		

### Faste representanter i Frøya eldre- og brukerråd i perioden 2019-2023:

Sigbjørn Hellevik, Leder  
Hans Ulrik Hammer, Nestleder  
Laila Wedø  
Åse Kristiansen  
Rigmor Mathisen  
Eva Foss  
Sibel Spahiu

### Faste representanter med forfall:

Eva Foss		
----------	--	--

### Vararepresentanter som møtte:


--	--	--

### Merknader:

1. Innkalling med saksliste ble enstemmig godkjent.

### Underskrift:

  
Sigbjørn Hellevik  
Leder

  
Laila Wedø  
Protokollunderskriver

  
Veronica Furuvik  
Sekretær

# HOVEDUTSKRIFT

**Utvalg:** Frøya eldre- og brukerråd  
**Møtedato:** 12.05.2023

## SAKSLISTE

<b>Saksnr.</b>	<b>Arkivsaksnr. Innhold</b>
24/23	23/934 <b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTE 15.03.23</b>
25/23	23/598 <b>HØRING - BOLIGSOSIALPLAN - FEB</b>
26/23	23/720 <b>MØTEPLAN 2. HALVÅR 2023</b>
27/23	23/833 <b>HØRING - REVIDERTE VEDTEKTER SKOLEFRITIDSORDNINGEN (SFO) I FRØYA KOMMUNE - FEB</b>
28/23	23/948 <b>REFERATSAKER</b>
29/23	23/950 <b>ORIENTERINGER</b>
30/23	23/1003 <b>GODKJENNING AV ÅRSREGNSKAP 2022 MED ÅRSRAPPORT OG ÅRSMELDING - FEB</b>

24/23

## **GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTE 15.03.23**

### **Vedtak:**

**Protokoll fra møte 15.03.23 godkjennes som framlagt.**

**Enstemmig.**

### **Innstilling:**

Protokoll fra møte 15.03.23 godkjennes som framlagt.

25/23

## **HØRING - BOLIGSOSIALPLAN - FEB**

### **Vedtak:**

**Frøya eldre- og brukerråd har følgende innspill til boligsosial plan:**

**Frøya eldre og brukerråd slutter seg til premissene for planen, og har for øvrig ingen merknader til utfordringer, innsatsområder og tiltak slik det framgår av forslag til handlingsplan.  
Rådet støtter forslaget om en årlig sak knyttet til gjennomføring av handlingsplanens tiltak.**

**Enstemmig.**

### **Frøya eldre- og brukerråds behandling i møte 12.05.23:**

*Følgende forslag til vedtak ble fremmet av rep. Sigbjørn Hellevik:*

Frøya eldre og brukerråd slutter seg til premissene for planen, og har for øvrig ingen merknader til utfordringer, innsatsområder og tiltak slik det framgår av forslag til handlingsplan.  
Rådet støtter forslaget om en årlig sak knyttet til gjennomføring av handlingsplanens tiltak.

Enstemmig.

### **Innstilling:**

Frøya eldre- og brukerråd har følgende innspill til boligsosial plan:

26/23

## MØTEPLAN 2. HALVÅR 2023

### Vedtak:

Utvalg	August	September	Oktober	November	Desember	Januar 2024
<b>FEB</b>	23	20	25	09 22	13	24

Enstemmig.

### Innstilling:

Utvalg	August	September	Oktober	November	Desember	Januar 2024
<b>FEB</b>	23	20	25	09 22	13	24

27/23

## HØRING - REVIDERTE VEDTEKTER SKOLEFRITIDSORDNINGEN (SFO) I FRØYA KOMMUNE - FEB

### Vedtak:

Frøya eldre-og brukerråd tar forslag til reviderte sfo-vedtekter til orientering i det rådet ikke kan se at justeringene vil endre tilbudet til barn med særskilte behov, hva gjelder bemanning, opptakskriterier eller betaling.

Enstemmig.

### Frøya eldre- og brukerråds behandling i møte 12.05.23:

*Følgende forslag til vedtak ble fremmet av rep. Sigbjørn Hellevik:*

Frøya eldre-og brukerråd tar forslag til reviderte sfo-vedtekter til orientering i det rådet ikke kan se at justeringene vil endre tilbudet til barn med særskilte behov, hva gjelder bemanning, opptakskriterier eller betaling.

Enstemmig.

### Innstilling:

Vedtekter med endringer for skolefritidsordningen (SFO) i Frøya kommune tas til orientering.

28/23

## REFERATSAKER

### Vedtak:

Referatene tas til orientering med følgende kommentar:

**FEB ønsker å komme inn i arbeidet med konsesjonsvilkårene om BPA ordningen før det blir vedtatt og behandlet.**

Enstemmig.

### Frøya eldre- og brukerråds behandling i møte 12.05.23:

*Følgende endring i forslag ble fremmet av rep. Sibel Spaihu:*

Referatene tas til orientering med følgende kommentar:

FEB ønsker å komme inn i arbeidet med konsesjonsvilkårene om BPA ordningen før det blir vedtatt og behandlet.

Enstemmig.

### Innstilling:

Referatene tas til orientering.

29/23

## ORIENTERINGER

### Vedtak:

- a. Tilbakemelding fra deltagerne Livsgledekonferansen
- b. Tilbakemelding fra deltager generasjonskonferansen
- c. Politisk struktur ved Roger Tvervåg.
- d. Brukerombudets orienteringer
- e. Spørrerunde

**Frøya eldre- og brukerråd, som et politisk rådsorgan, etterspør sin rolle og deltakelse i prosessen om politisk struktur, og ber om å bli involvert.  
Rådet tar for øvrig informasjonen til orientering.**

Enstemmig.

### Frøya eldre- og brukerråds behandling i møte 12.05.23:

Følgende endring i vedtak ble fremmet av rep. Sigbjørn Hellevik:

- a. Tilbakemelding fra deltagerne Livsgledekonferansen
- b. Tilbakemelding fra deltager generasjonskonferansen
- c. Politisk struktur ved Roger Tvervåg.
- d. Brukerombudets orienteringer
- e. Spørrerunde

Frøya eldre- og brukerråd, som et politisk rådsorgan, etterspør sin rolle og deltakelse i prosessen om politisk struktur, og ber om å bli involvert.  
Rådet tar for øvrig informasjonen til orientering.

Enstemmig.

#### **Innstilling:**

- a. Tilbakemelding fra deltagerne Livsgledekonferansen
- b. Tilbakemelding fra deltager generasjonskonferansen
- c. Politisk struktur ved Roger Tvervåg.
- d. Brukerombudets orienteringer
- e. Spørrunde

30/23

### **GODKJENNING AV ÅRSREGNSKAP 2022 MED ÅRSRAPPORT OG ÅRSMELDING - FEB**

#### **Vedtak:**

Utvalget har følgende uttalelse til årsregnskap 2022 med årsrapport og årsmelding:

Frøya eldre- og brukerråd skal etter sitt mandat ha fokus på brukergruppene eldre, samt mennesker med nedsatt funksjonsevne. Rådet knytter derfor sin oppmerksomhet mot organisasjonens innsats for dem det her er snakk om.

Rådet konstaterer at det er igangsatt en lang rekke tiltak for et best mulig tjenestetilbud, men at det kan være vanskelig å se om resultatet av ressursinnsatsen er i samsvar med forventningene, og ber derfor om at det vurderes om brukerundersøkelser bør innarbeides i årsrapporten.

Frøya eldre- og brukerråd tar for øvrig en oversiktlig og beskrivende årsberetning/årsmelding til orientering.

Enstemmig.

#### **Frøya eldre- og brukerråds behandling i møte 12.05.23:**

*Følgende forslag til vedtak ble fremmet av rep. Sigbjørn Hellevik:*

Frøya eldre- og brukerråd skal etter sitt mandat ha fokus på brukergruppene eldre, samt mennesker med nedsatt funksjonsevne. Rådet knytter derfor sin oppmerksomhet mot organisasjonens innsats for dem det her er snakk om.

Rådet konstaterer at det er igangsatt en lang rekke tiltak for et best mulig tjenestetilbud, men at det kan være vanskelig å se om resultatet av ressursinnsatsen er i samsvar med forventningene, og ber derfor om at det vurderes om brukerundersøkelser bør innarbeides i årsrapporten.

Frøya eldre- og brukerråd tar for øvrig en oversiktlig og beskrivende årsberetning/årsmelding til orientering.

Enstemmig.

#### **Innstilling:**

Utvalget har følgende uttalelse til årsregnskap 2022 med årsrapport og årsmelding:

# SAKSFRAMLEGG

**Saksbehandler:** Renate Loktu Sandvik  
**Arkivsaksnr.:** 23/1206

**Arkiv:** L70

**Saken skal behandles i følgende utvalg:**

Frøya eldre- og brukerråd

## TOMTEVALG BOLIGER RUS OG PSYKISK HELSE - FEB

### Forslag til vedtak:

Frøya eldre- og brukerråd har følgende innspill til tomtevalg boliger rus og psykisk helse:

### Vedlegg:

ROS – analyse

### Saksopplysninger:

Kommunestyret går videre med følgende alternativ for bygging av ROP boliger:

**1. Kommunestyret gir kommunedirektøren fullmakt til å forhandle med grunneierne ved Rabben Marina og Myran (nedre) om et evt salg av deres eiendommer, samt å estimere kostnadene for bygging/gjenbruk av disse to områdene til ROP-formål. Forhandlingsutvalget deltar i prosessen.**

**2. Dersom forhandlingene fører frem utarbeides en kostnadsberegning for de nevnte områdene som legges frem for kommunestyret før endelig beslutning.**

**3. Dersom ingen av alternativene i punkt 1 fører frem, velges Storheia som området for kommunens ROP boliger.**

**4. Det jobbes ikke med øvrige utpekte områder.**

Siden 2016 har plasseringen av ROP-boliger for personer med rus- og/eller psykiske lidelser vært gjenstand for en grundig og omfattende prosess. Formålet med denne prosessen har vært å finne en egnet lokasjon som ivaretar beboernes behov samtidig som det tar hensyn til trygghet, trivsel og bekymringer hos kommunens innbyggere.

Prosesen har involvert grundig kartlegging, samarbeid med ulike interessenter og omfattende vurderinger av potensielle områder. Hensikten har vært å sikre at ROP-boligene blir etablert på en måte som oppfyller både beboernes behov for trygge boforhold og samfunnets behov for et velfungerende lokalsamfunn.

Imidlertid har denne prosessen vært utfordrende på grunn av den uroen som har oppstått blant innbyggerne. Bekymringer og frykt har bidratt til at det har vært vanskelig å enes om en endelig plassering av ROP-boligene.

Dette har gjort det nødvendig å høre ut innbyggernes bekymringer og samtidig finne en balanse mellom beboernes behov og samfunnets ønske om et velfungerende og inkluderende lokalmiljø.

Kommunedirektøren presenterer med bakgrunn i dette en grundig vurdering av fordeler og ulemper ved de ulike alternativene som nå er vurdert. Vi vil også ta hensyn til innbyggernes bekymringer og forsøke å finne en løsning som oppfyller både behovene til ROP-beboerne og det overordnede målet om å skape et trygt, inkluderende og velfungerende lokalsamfunn.

Ved å se på de ulike faktorene som påvirker plasseringen av ROP-boligene og nøye vurdere de ulike alternativene, håper vi å belyse valg som sikrer beboernes behov samtidig som det ivaretar innbyggernes bekymringer.

I det følgende vurderer vi fordeler og ulemper ved å bygge ROP-boliger for personer med rus- og/eller psykiske lidelser i området Fredagsvika- Nordhammeren. Målet med å identifisere og analysere disse faktorene er å ta en beslutning om plassering av ROP-boliger som ivaretar både beboernes behov og nærmiljøets interesser.

De 7 områdene som er foreslått er:

- Rabben/øvre Rabbatangen
- Rabben Marina
- Beinskardet/nederst i myranveien
- Storheia
- Innersian/øvrresiden av Skardaveien
- Myran/på nedsiden av fylkesveien
- Fredagsvika

Frøya kommune har avholdt to folkemøter. Det første i forbindelse med reguleringsplanarbeidet med Storheia, og ett senere der 5 av de overnevnte områdene ble presentert til møtet. To av områdene, Rabben marina og Fredagsvika kom inn av grunneiere etter folkemøte.

ROP-boliger er avgjørende for å tilby trygge og egnede boforhold for personer med rus- og/eller psykiske lidelser. Vi har identifisert flere områder i overnevnte strekning. Alle disse områdene er i mer eller mindre grad i tettbebygde strøk. Vi må nøye vurdere fordeler og ulemper.

Vi har vurdert fordeler og ulemper på de aktuelle områdene innenfor følgende fire hovedlinjer:

- Generell vurdering sentrumsnære tomter.
- Samlokalisering av ROP-boliger ved Frøya helsetun (og Dalpro).
- Samlokalisering av ROP-boliger med boligfelt.
- Samlokalisering av ROP-boliger utenfor boligfelt (men ved næringseiendom).



## Generell vurdering sentrumsnært

### Fordeler:

- ROP-boliger i et sentrumsnært strøk kan gi beboerne enkel tilgang til nødvendige helsetjenester, sosiale tilbud og offentlig transport, noe som kan bidra til bedre integrasjon og rehabilitering.
- Ved å plassere ROP-boliger i et tettbebygd strøk kan vi bidra til å normalisere oppfatningen av personer med rus- og/eller psykiske lidelser og redusere stigma. Dette kan føre til økt inkludering og aksept i nærmiljøet.
- Et tettbebygd strøk kan gi økt tilgang til sosial støtte fra naboer og lokalsamfunnet, noe som kan være viktig for beboernes trivsel og rehabilitering.

### Ulemper:

- Bygging av ROP-boliger kan legge press på eksisterende infrastruktur som veier, parkeringsmuligheter og offentlige tjenester. Det er viktig å vurdere om området har tilstrekkelig kapasitet til å håndtere økt befolkningsmengde og behovene til beboerne.
- Naboer og nærmiljøet kan ha bekymringer knyttet til sikkerhet, kriminalitet og endringer i det sosiale miljøet. Det er viktig å lytte til og håndtere disse bekymringene gjennom god informasjon og dialog.
- Et tettbebygd strøk kan kreve tilpasninger i utformingen av ROP-boliger for å sikre personvernet og trivselen til både beboere og naboer.

## Samlokalisering av ROP-boliger ved Frøya helsetun (og Dalpro)

### Fordeler:

- Samlokalisering av ROP-boliger tilknyttet Frøya helsetun kan fremme tverrgenerasjonell samhandling og sosial inkludering. Det kan gi eldre og beboere med ROP en mulighet til å delta i felles aktiviteter og skape et mangfoldig og støttende miljø.
- Samlokalisering kan muliggjøre en mer effektiv bruk av ressurser, som felles bruk av fasiliteter, personale og sosiale tilbud. Dette kan bidra til kostnadsbesparelser og bedre tilgjengelighet av tjenester for både eldre og beboere med ROP.
- Samlokalisering kan legge til rette for erfaringsutveksling og kunnskapsdeling mellom personalet som jobber med eldre og ROP-beboere. Dette kan føre til bedre forståelse, omsorg og tilpassede tjenester for begge gruppene.
- Samlokalisering kan gi beboerne i ROP-boligene tilgang til nærliggende arbeidsplasser og muligheter for sysselsetting. Dette kan være en viktig faktor for rehabilitering og reintegrering i samfunnet.

### **Ulemper:**

- Samlokalisering krever tilpasninger i utformingen av både ROP-boliger og Frøya helsetun for å sikre at både beboere og eldre får adekvat personvern, trygghet og tilgang til nødvendige tjenester. Dette kan kreve strukturelle tilpasninger.
- Naboer og nærmiljøet kan ha bekymringer knyttet til endringer i det sosiale miljøet, økt trafikk eller sikkerhet. Det er viktig å lytte til og håndtere disse bekymringene gjennom god informasjon, dialog og eventuelle nødvendige tiltak for å sikre harmoni mellom ROP-boliger og Frøya helsetun.

## **Samlokalisering av ROP-boliger med boligfelt**

### **Fordeler:**

- Samlokalisering av ROP-boliger med et boligfelt kan bidra til å skape et mangfoldig fellesskap og fremme inkludering. Beboere med ROP kan dra nytte av samspill og deltakelse i nærmiljøets aktiviteter.
- Samlokalisering kan bidra til å normalisere oppfatningen av personer med rus- og/eller psykiske lidelser i samfunnet. Dette kan redusere stigma og fremme aksept og forståelse blant barn og deres familier.
- Boligfeltet kan tilby potensiell sosial støtte fra naboer og det lokale samfunnet, som kan være verdifullt for beboernes trivsel og rehabilitering.

### **Ulemper:**

- Samlokalisering krever grundige tiltak for å sikre barnas sikkerhet og trivsel. Det er viktig å vurdere tiltak som inngjerding, tilgangskontroll og tilstrekkelig tilsyn for å unngå situasjoner som kan være skadelige eller skremmende for barna.
- Naboer og foreldre i boligfeltet kan ha bekymringer knyttet til sikkerhet, støy, uro og endringer i det sosiale miljøet. Det er avgjørende å lytte til disse bekymringene og håndtere dem gjennom god informasjon, dialog og eventuelle nødvendige tiltak for å sikre harmoni og gjensidig respekt.
- Samlokalisering kan kreve tilpasninger i utformingen av ROP-boliger og eventuelle tilleggstiltak for å sikre tilstrekkelig personvern og trivsel for både beboere og innbyggere.

## **Samlokalisering av ROP-boliger utenfor boligfelt (og næringseiendom)**

### **Fordeler**

- Ved å unngå inkludering av ROP-boliger i et boligfelt, kan det bidra til å redusere stigma og bekymringer blant naboer og beboere i boligfeltet. Dette kan opprettholde harmoni og trivsel i nærmiljøet.
- Ved å se utenfor boligfeltet kan vi utforske alternative lokasjoner som bedre imøtekommer behovene til ROP-beboere, for eksempel nærhet til helsetjenester, kollektivtransport eller andre relevante fasiliteter.

### **Ulemper:**

- Nærheten til et næringsområde med verdifulle eiendeler kan øke risikoen for fristelser og uønsket atferd blant noen beboere i ROP-boligene. Det er viktig å implementere passende tiltak og støttesystemer for å forebygge og håndtere slike situasjoner.
- Samlokalisering krever omfattende sikkerhetstiltak for å beskytte både næringsområdet og beboerne i ROP-boligene. Dette kan omfatte tilgangskontroll, overvåkningssystemer og beredskapsplanlegging for å minimere skadeverk eller tap av verider. ‘
- Ved å ikke inkludere ROP-boliger i et boligfelt, kan det være en risiko for sosial isolasjon av beboerne. Det er viktig å sørge for at alternative lokasjoner gir muligheter for fellesskap, sosial deltakelse og inkludering i samfunnet.

I alle alternativ må det jobbes med stigmatisering og motstand fra samfunnet rundt. Og denne utfordringen må tas tak i å jobbes systematisk og strategisk med:

- Det er viktig å informere naboer og andre interessenter om hva bofellesskapet er og hva det ikke er. Dette kan bidra til å avmystifisere og dempe eventuelle bekymringer og fordommer. Kommunikasjonen kan også inneholde informasjon om hva slags støtte beboerne vil få, og hvordan bofellesskapet vil bidra til bedre integrering i lokalsamfunnet.
- Det er viktig å involvere naboer i planleggingen og utviklingen av bofellesskapet. Dette kan gi dem en mulighet til å påvirke utformingen av bofellesskapet og redusere bekymringer de har. Det kan også være en mulighet for å finne felles grunnlag og forståelse for hvorfor et bofellesskap for personer med rus- og psykisk helseproblematikk er viktig.
- Det kan være nyttig å samarbeide med lokale organisasjoner, foreninger og bedrifter for å støtte beboernes integrering i lokalsamfunnet og øke deres muligheter for å delta i aktiviteter og arrangementer.
- Det kan være nødvendig å jobbe med å endre holdninger og fordommer mot personer med rus- og psykisk helseproblematikk.
- Dette kan gjøres ved å organisere informasjonskampanjer og offentlige arrangementer, og ved å støtte lokale tiltak som øker kunnskap og forståelse om dette temaet.

- Det er viktig å evaluere effekten av tiltakene som er iverksatt og å samle tilbakemeldinger fra beboere, naboer og andre interessenter.
- Dette kan gi verdifull informasjon om hva som fungerer og hva som ikke fungerer, og hvordan tiltakene kan forbedres i fremtiden.

I tillegg til overnevnte fordeler og ulemper har kommunedirektøren gjennomført ROS (Risikoanalyse) – analyse (vedlagt). Vi har definert et sett med uønskede hendelser, og vurdert følgende sannsynlighet og konsekvens for hver av dem, samt lagt inn risikoreduserende tiltak. Både allerede etablerte tiltak og forslag til nye tiltak.

Ved valg av fokusområder og hendelser knyttet til ROS analysen er det sett til andre kommuner, samt tatt hensyn faglige råd og risikofaktorer som er viktig å hensynta ved bygging av boliger for rus og psykisk helse.

ROS-analysen tar sikte på å identifisere, vurdere og håndtere risikoer og sårbarheter knyttet til bygging og drift av ROP-boliger. ROP-analysen tar hensyn til uønskede hendelser som kan påvirke både beboere og nabolag.

Formålet med ROS-analysen er å identifisere og vurdere risikoer og sårbarheter som kan oppstå i forbindelse med ROP-boliger og utvikle tiltak for å redusere eller håndtere disse risikoene.

ROS analysen har følgende parameter for at tiltak bør iverksettes:

**Rød:** Risikoreduserende tiltak må iverksettes

**Gul:** Risikoreduserende tiltak må vurderes

**Grønn:** Risikoreduserende tiltak ikke nødvendig

Det er ingen hendelser i ROS analysen som kommer ut klar i rød sone. De fleste ligger i mellom gul og grønn. ROS analysen viser etablerte og foreslåtte tiltak for alle områdene.

### **Vurdering:**

Kommunedirektøren har ut ifra dette prioritert behovene i denne saken slik:

- Brukernes behov er 1.prioritet.
- Innbyggerne stemme i beliggenhet er 2.prioritet
- Samfunnets behov / gevinster er 3.prioritet
- Økonomi er 4.prioritet

Disse prioriteringen er vurdert inn i helheten av fordeler og ulemper, samt gjennomført ROS-analyse.

I tillegg har kommunedirektøren sett på om mulighetsstudiet som ble utarbeidet for Storheia også kan gjenbrukes andre steder.

Kommunedirektøren kommer da fram til følgende matrise:

I prioritert rekkefølge	Rabben/øvre Rabbatangen	Rabben Marina	Beinskardet/n ederst i myranveien	Storheia	Innersian/øvr esiden av Skardaveien	Myran/på nedsiden av hovedveien	Fredagsvika
Brukerne	X	V	X	V	X	V	X
Innbyggerne	X	Ikke vurdert	X	X	X	V	Ikke vurdert
Samfunnet	V	V	V	V	X	V	V
Økonomi	X	X	V	V	X	X	X
Gjenbruk av mulighetsstudiet	V	V	V	V	V	X	V

X = negativt, V = positivt

Ut fra denne matrisen, hvis kommunen ivaretar brukerens og innbyggerenes behov, blir Rabben Marina og Myran/på nedsiden av hovedveien de områdene som er mest aktuelle.

Legges økonomi inn i vurderingen vil Storheia bli det foretrukne alternativet, -så langt vi vet i dag, da kostnadene for erverv/ombygging etc på Rabben Marina og Myran er ukjent. Storheia er det området som har flest positive aspekter (grønne haker) ved seg. Men, det er viktig å merke seg at det har kommet klart fram at brorparten innbyggerne som har uttalt seg, ikke anbefaler denne lokasjonen.

Ut fra dette skisserer kommunedirektøren følgende innstilling og forslag i saken:

1. Det undersøkes om grunneier ved Rabben Marina og Myran er villige til å selge, pris, reguleringsformål, og evt. endringsbehov av disse. Samt å estimere kostnadene for bygging/gjenbruk og for disse to områdene.

Til sammenligning så kan kostnadsesimatet med mulighetsstudiet på Storheia brukes, der dette er anslått til å koste ca. 30 millioner kr før eventuell husbankstøtte.

Dette alternativet medfører ytterligere utsettelse av det endelige tomtevalg, da oppgaven inneholder flere usikkerhetsfaktorer. Økonomien i valgene er også en stor og avgjørende faktor som må kartlegges før realisering av ett av disse alternativene. I ett av disse to områdene (Rabben Marina) er heller ikke innbyggerne hørt, da dette kom inn som innspill i folkemøtet.

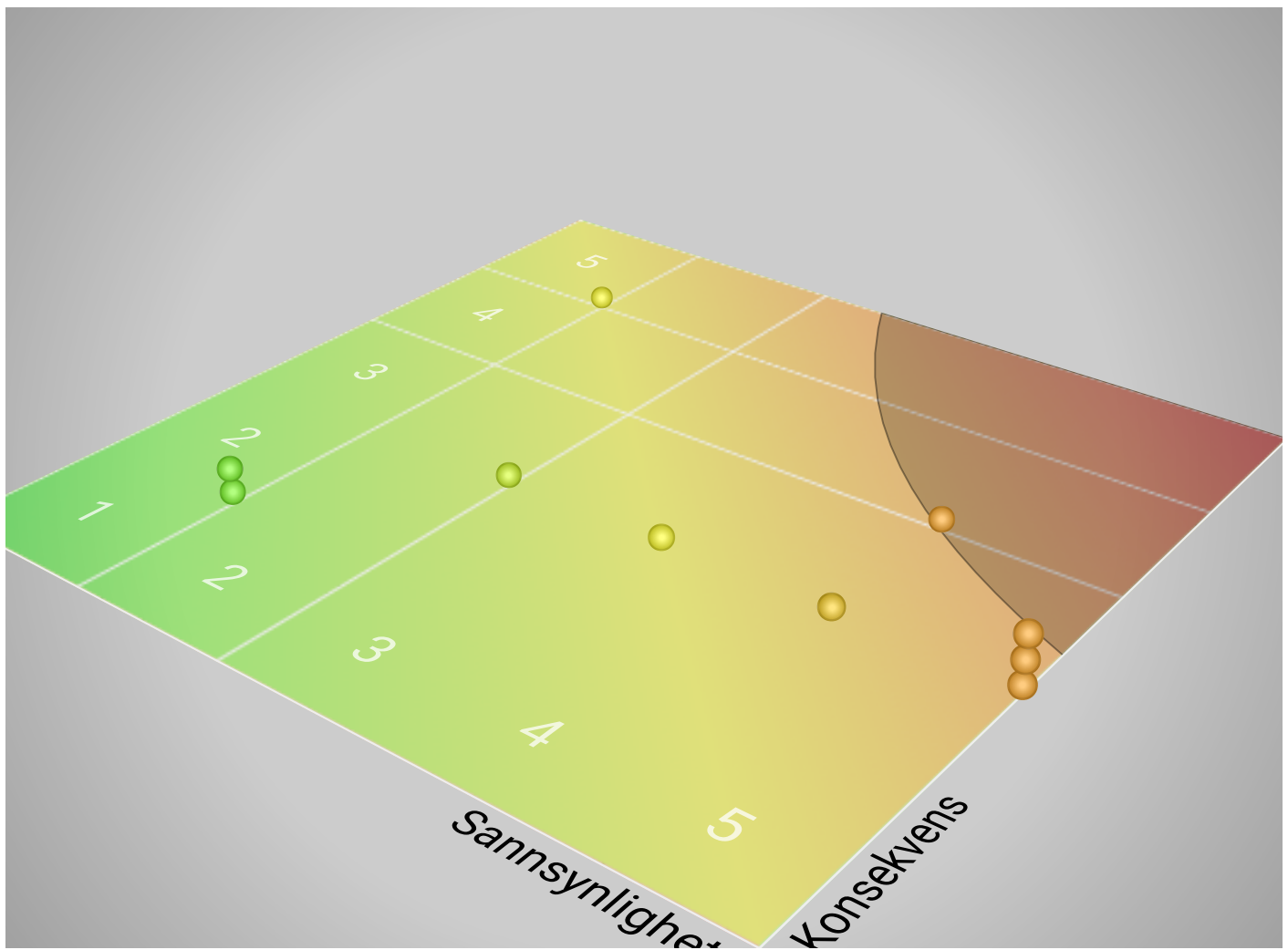
2. Dersom ingen av alternativene i punkt 1 fører frem, foreslår kommunedirektøren at Storheia velges som tomteområde for ROP boligene.

Kommunestyret kan også nå velge Storheia som førstevalg, da området er som kjent allerede avsatt til formålet. Kriteriet innbyggernes stemme vektet da minst. Om punkt 2 velges, faller oppdraget i punkt 1, og øvrige foreslåtte tomtevalg bort.



# ROP boliger

Grense: 12



## Deltagere

- HO, Kommunalsjef helse og mestring
- FT, Kommuneoverlege
- Elin Antonsen  
Enhetsleder interkommunal oppfølgingstjeneste Hitra og Frøya
- Silje Båtvik  
Interkommunal oppfølgingstjeneste rus/psykisk helse, Avd. Frøya
- ATT, Kommunalsjef almenne og tekniske tjenester

# Risikoanalyse med etablerte og foreslåtte tiltak

## <sup>101</sup> Eiendomsgrense og innsyn

Problemer knyttet til innsyn, for eksempel mangel på personvern som følge av manglende skjerming eller uønsket utsikt inn i naboens eiendom, kan skape misnøye.

Tap av personvern og følelse av manglende sikkerhet for naboene.

Økt misnøye og potensielle konflikter mellom beboere og naboer.



### Etablerte tiltak

- **Oppmuntre til dialog**

Oppmuntre til dialog og samarbeid mellom beboere og naboer for å løse eventuelle bekymringer knyttet til eiendomsgrenser og innsyn.

### Forslag til tiltak

- **Etablere tilstrekkelig skjerming**

Etablere tilstrekkelig skjerming, som gjerder, vegetasjon eller andre fysiske barrierer, for å sikre personvern og begrense innsyn.

- **Retningslinjer for bruk av fellesområder**

Utvikle retningslinjer for riktig bruk av fellesområder og oppfordre beboere til å respektere naboens eiendom.

## <sup>103</sup> Husdyrrelaterte problemer

Konflikter kan oppstå hvis ROP-boligbeboere har husdyr som forstyrrer eller skaper ubehag for naboene, for eksempel bjeffing, avføring på naboens eiendom eller allergiske reaksjoner.

Forstyrrelse av naboene og redusert livskvalitet som følge av støyende eller plagsomme husdyr.

Konflikter og uenigheter mellom beboere og naboer angående husdyrsadferd og ansvar.



### Forslag til tiltak

- **Etablere rutiner for husdyrhold**

Etablere klare retningslinjer for husdyrhold i ROP-boligene, inkludert regler om bjeffing, avfallsopprydding og ansvarlig adferd.

- **Etablere rutiner for klager/konflikter**

Etablere en mekanisme for å håndtere og løse eventuelle klager eller konflikter knyttet til husdyrrelaterte problemer.

- **Oppmuntre til riktig opplæring og sosialisering av husdyret**

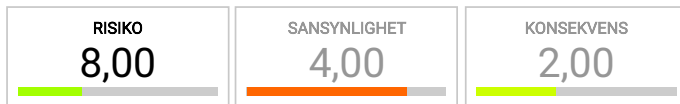
Oppmuntre til riktig opplæring og sosialisering av husdyr for å minimere uønsket atferd.



## <sup>106</sup> Konflikter om eiendomsrett

Uenighet om eiendomsgrenser, adgangsrettigheter eller bruken av fellesområder kan oppstå mellom beboere i ROS-boliger og deres naboer.

Anspenhet og uenigheter mellom beboere og naboer angående eiendomsgrenser, adgangsrettigheter og bruk av fellesområder.



Forslag til tiltak

- **Klare retningslinjer for bruk av fellesområder**  
Utvikle klare retningslinjer for bruken av fellesområder og fasiliteter for å unngå misforståelser og konflikter.
- **Oppmuntre til dialog og samarbeid**  
Oppmuntre til dialog og samarbeid mellom beboere og naboer for å løse eventuelle uenigheter på en fredelig og gjensidig akseptabel måte.
- **Tydelige eiendomsgrenser**  
Tydelig merke eiendomsgrensene og kommunisere dem tydelig til både beboere og naboer.

## <sup>107</sup> Kriminalitet

Kriminell aktivitet som tyveri, innbrudd, hæververk eller voldshandlinger i og rundt ROP-boligene.

Redusert trygghet og økt frykt for kriminalitet blant beboere og naboer.

Potensiell økning i innbrudd, tyveri eller voldshandlinger som kan påvirke både ROP-boligene og nabolaget negativt.

Skade på eiendom og personskader som følge av kriminell aktivitet.



Etablerte tiltak

- **Dialog med beboere**  
Oppmuntre beboerne til å være oppmerksomme på sin egen og naboens sikkerhet, og oppfordre til rapportering av mistenkelig aktivitet.
- **Kamera, alarm og belysning**  
Installere og opprettholde et effektivt sikkerhetssystem i og rundt ROS-boligene, inkludert overvåkningskameraer, alarmsystemer og god utendørsbelysning.
- **Samarbeid med politi og lokale myndigheter**  
Samarbeide med lokale myndigheter og politi for å overvåke området og reagere raskt på eventuell kriminell aktivitet.

Forslag til tiltak

- **Ulike kriminalitetsforebyggende tiltak**  
Tilrettelegge for informasjonsutveksling og kriminalitetsforebyggende tiltak, for eksempel nabomøter, brosjyrer eller workshops om sikkerhetstiltak.

## <sup>109</sup> Nyrekruttering

Nyrekruttering til rusmiljø blant ungdom i nærområdet rundt ROP-boliger, med potensiell økning i bruk av rusmidler og negativ påvirkning på deres livskvalitet og fremtid.



### Forslag til tiltak

- **Informasjonskampanjer**  
Gjennomfør informasjonskampanjer rettet mot ungdom, foreldre og samfunnet generelt for å øke bevisstheten om risikoen ved rusmisbruk og rekruttering til rusmiljø. Dette kan inkludere informasjon om konsekvensene, tilgjengelige ressurser og støttetjenester.
- **Kurs og støtte**  
Tilby kurs og støtte til foreldre for å styrke deres kunnskap og ferdigheter i forebygging av rusmisbruk blant ungdom. Dette kan omfatte informasjon om kommunikasjon, grensesetting, foreldreinvolvering og identifisering av faresignaler.
- **Rådgivning og støttetjenester Ungdom**  
Tilby tilgjengelig rådgivning og støttetjenester for ungdom som er i risiko for rekruttering til rusmiljøet. Dette kan inkludere individuell rådgivning, gruppesamtaler, mentorprogrammer og tilgang til psykologisk støtte for å håndtere utfordringer og motvirke rusmisbruk.
- **Samarbeid med politi**  
Samarbeid med politi for å øke politioppfølgingen i området. Dette kan inkludere økt patruljering, opprettelse av narkotikabekjempelsesenheter og økt samarbeid mellom politiet, beboere og organisasjoner for å håndtere rusrelaterte problemer.

## <sup>108</sup> Oppvekstmiljø

Negativ påvirkning på barn, inkludert eksponering for uønsket atferd, utrygghet og begrensede lekemuligheter.

Barn kan bli eksponert for uønsket atferd, som høylytt krangling, bruk av rusmidler eller andre forstyrrende handlinger, som kan påvirke deres trivsel og utvikling negativt.

Barn kan føle seg utrygge på grunn av hyppige konflikter eller uro i og rundt ROP-boligene, noe som kan påvirke deres følelse av trygghet og stabilitet.



### Forslag til tiltak

- **Bevisstgjøring og opplæring av beboere**  
Organiser bevisstgjøringsskampanjer og opplæring for beboere i ROP-boliger og naboer om betydningen av å skape et trygt og inkluderende miljø for alle barn. Dette kan omfatte informasjon om rettigheter og plikter, konflikthåndtering og respektfull oppførsel.
- **Fremme kommunikasjon mellom beboere og naboer**  
Fremme åpen kommunikasjon og dialog mellom beboere i ROP-boliger og naboer, spesielt når det gjelder bekymringer knyttet til barnas trivsel. Opprett et forum der foreldre og naboer kan utveksle informasjon, diskutere utfordringer og finne felles løsninger som ivaretar barnas behov.
- **Opprette trygge lekeområder**  
Opprettelse av trygge lekeområder. Utvikle og oppgradere eksisterende lekeområder i nærområdet for å gi barna trygge og egnede steder å leke og utfolde seg. Dette kan inkludere installasjon av lekeapparater, oppgradering av eksisterende fasiliteter og sikring av områdene for å minimere risikoen for skader.
- **Samarbeid med lokale oppvekstressurser**  
Samarbeid med lokale skoler, barnehager, helsestasjoner og frivillige organisasjoner for å utnytte tilgjengelige ressurser og tjenester som kan støtte barnas trivsel og utvikling.
- **Økt overvåking og sikkerhet rundt ROP-boliger**  
Implementer tiltak for økt overvåking og sikkerhet rundt ROP-boliger for å redusere uønsket atferd og skape et tryggere miljø for barna. Dette kan inkludere installasjon av sikkerhetskameraer, bedre belysning og samarbeid med lokalt politi for økt patruljering i området.

## <sup>104</sup> Parkeringssituasjon

Utilstrekkelig parkeringsplass eller beboere i ROP-boliger som bruker naboers dedikerte parkeringsområder kan føre til frustrasjon og uenighet mellom naboene.

Frustrasjon og irritasjon hos naboer som opplever utilstrekkelig parkeringsplass eller at deres dedikerte parkeringsområder blir brukt av ROP-boligene.

Potensielle konflikter og uenigheter mellom beboere og naboer angående parkeringsrettigheter og - tilgang.



Forslag til tiltak

- **Nok parkeringskapasitet for beboere**  
Sørge for tilstrekkelig parkeringskapasitet for beboerne i ROS-boligene for å unngå behovet for å bruke naboers dedikerte parkeringsområder.

## <sup>102</sup> Renhold og avfallshåndtering

Manglende vedlikehold av fellesområder eller dårlig håndtering av avfall fra ROP-boligene kan skape et uhygienisk miljø og føre til misnøye hos naboene.

Uhygieniske forhold som kan føre til helseproblemer og misnøye hos naboene.

Redusert trivsel og negativt omdømme for ROB-boligene.



Etablerte tiltak

- **Informere beboere om ansvar**  
Informere beboere om ansvar for renhold og oppfordre til ansvarlig avfallshåndtering.
- **Regelmessig renhold av fellesområder**  
Implementere et system for regelmessig renhold av fellesområder og sørge for at avfall blir riktig håndtert og fjernet.

Forslag til tiltak

- **Etablere rutiner for respons**  
Etablere rutiner for rask respons på eventuelle klager eller problemer knyttet til renhold og avfallshåndtering.

## <sup>100</sup> Støy

Uønsket støy fra ROP-boliger, for eksempel høy musikk, festligheter, eller konstant bråk, kan forstyrre naboene og føre til konflikter.

Konflikter og uenigheter mellom beboere og naboer på grunn av forstyrrende støynivå.

Redusert livskvalitet og søvnforstyrrelser for naboene.

Potensiell forringelse av nabolagsmiljøet og sosialt samhold.



Etablerte tiltak

- **Informasjon til beboere**  
Informere og oppfordre beboerne til å vise hensyn og respekt for naboene når det gjelder støy.
- **Lydisolering**  
Installere lydisoleringstiltak i ROP-boligene for å begrense støyoverføring til naboenes eiendom.
- **Regler for støy**  
Implementere strenge regler og retningslinjer for støyende aktiviteter i ROP-boligene.

Forslag til tiltak

- **Rapportering av støy**  
Etablere en mekanisme for naboer å rapportere støyproblemer, slik at de kan håndteres raskt.

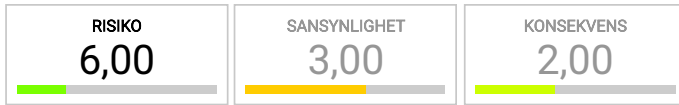
## <sup>105</sup> Ulike livsstiler

Konflikter kan oppstå som et resultat av ulike livsstiler og rutiner mellom beboere i ROP-boliger og naboer, for eksempel morgen- eller nattaktiviteter, bruk av fellesområder eller festligheter.

Potensielle konflikter og uenigheter mellom beboere og naboer på grunn av ulike rutiner og aktiviteter.

Redusert trivsel og harmoni i nabolaget på grunn av manglende forståelse og respekt for ulike livsstiler.

Økt sjanser for misforståelser og konflikter knyttet til fellesområder og bruksmønstre.



### Forslag til tiltak

- **Etablere retningslinjer for bruk av fellesområder**  
Etablere retningslinjer for bruk av fellesområder og oppfordre til gjensidig respekt og hensyn for ulike livsstiler blant beboerne og naboene.
- **Oppmuntre til dialog mellom beboer og naboer**  
Oppmuntre til dialog og kommunikasjon mellom beboere og naboer for å løse eventuelle uenigheter.

# SAKSFRAMLEGG

**Saksbehandler:** Renate Loktu Sandvik

**Arkiv:** G40 &13

**Arkivsaksnr.:** 23/1204

**Saken skal behandles i følgende utvalg:**

Frøya eldre- og brukerråd

## HØRING- FEB - TEMAPLAN FOR TANNHELSETJENESTEN I TRØNDELAG FYLKESKOMMUNE

### Forslag til vedtak:

Frøya eldre og brukerråd har følgende innspill til høring:

### Vedlegg:

### Saksopplysninger:

Kommunestyret vedtar følgende innspill til høring:

1. Kommunestyret anbefale opprettholdelsen av en selvstendig tannklinikk på Frøya basert på geografiske og demografiske hensyn, samt hensynet til kvalitet, tilgjengelighet og befolkningens behov.
2. Kommunestyret ber fylkeskommunen ta hensyn til de fremlagte argumentene og anbefalingene. Primært ønsker kommunestyret en opprettholdelse av tannklinikker både på Frøya og Hitra på grunnlag av den betydelige befolkningsøkningen i regionen både historisk og prognostisk. Sekundært ber vi om en vurdering av Hitra som en biklinikk.

Frøya kommune vil med bakgrunn i geografiske og demografiske hensyn, samt hensynet til kvalitet, tilgjengelighet og befolkningens behov, anbefale opprettholdelsen av en tannklinikk på Frøya.

Frøya kommune forstår behovet for å se på organiseringen av tannhelsetjenesten og de utfordringer man står ovenfor både med sårbare fagmiljøer, kostnader og rekruttering til små klinikker.

Sammenslåinger og bruk av biklinikker er ett grep som er foreslått i temaplanen. Hva en biklinikk og ambuleringsklinikk innebærer er derimot lite beskrevet.

Ut fra økonomiske beskrivelser av utbedringsbehov ser vi at det er lagt inn en utvidelse av tannklinikken på Hitra i det Frøyas klinikk foreslås som biklinikk. Vi merker oss også at noen av de eksisterende biklinikker foreslås nedlagt. Vi setter med bakgrunn i dette spørsmål ved følgende setning: *Frøya tannklinikk er i dag fast bemannet og kan fungere som ambuleringsklinikk til Hitra fram til det er behov for å gjøre omfattende rehabilitering av*

*klinikken.* Er det da i etterkant av en utvidelse av tannklinikk på Hitra tenkt en nedleggelse av den foreslåtte biklinikken på Frøya?

Frøya kommune med sin geografiske utstrekning med innbyggere som bor i Øyrekke, tilgjengelighet til transport vil gjøre det vanskelig for innbyggerne å reise til Hitra for tannbehandling. Å opprettholde en selvstendig tannklinikk på Frøya vil bidra til å sikre tilgjengeligheten av tannhelsetjenester og møte behovene til alle Frøya kommunes innbyggere på en mer effektiv måte. Med eksempel sett ut i fra Mausund så vil innbyggere som bor her bruke 2 timer i effektiv reisetid for å komme seg til Hitra. Da er det ikke tatt hensyn til evt ventetid og begrensede kollektivtransportmuligheter. Dette gjør det utfordrende for innbyggerne å reise til Hitra for å få tannhelsebehandling. En egen tannklinikk på Frøya sikrer at innbyggerne kan få tilgang til nødvendige tannhelsetjenester uten å hindres unødige av begrenset kollektivtrafikk.

Frøya kommune opplever en betydelig befolkningsvekst på grunn av tilflytting, og det er mange barnefamilier i Frøya kommune, og fødselstallene er høye. Befolkningsprognoser for Frøya og Hitra viser en betydelig økning for begge kommuner, men likevel en vesentlig større økning på Frøya (basert på Trøndelag i tall HHMH 2030-2050 opptil 750 flere på Frøya). Det vil på bakgrunn av dette, samt behovet for, og ønsket fokus på, økt forebyggende folkehelsearbeid og bærekraft også i tannhelsetjenesten, være viktig å opprettholde en egen selvstendig tannklinikk i Frøya kommune. Man kan ikke undergrave den bekymringen kommunen har for fremtidig nedleggelse, så lenge klinikken skal være en biklinikk (jfr. foreslåtte nedleggelser av allerede eksisterende biklinikker og ovenstående punkt). Det synes som lite praktisk at man da foreslår at den kommunen med størst vekst, og med deler av befolkningen som allerede - med dagens beliggenhet – har avstand over 2 timer (øyrekkas befolkning), skal være biklinikk.

Frøya kommune ber om at fylkeskommunen tar hensyn til disse argumentene og anbefalingene. Frøya kommune sitt innspill er primært en opprettholdelse av tannklinikker både på Frøya og Hitra utfra regionens vesentlige befolkningsøkning både historisk og prognostisk, sekundært at Hitra vurderes som en biklinikk.



## HØRING TEMAPLAN FOR TANNHELSETJENESTEN I TRØNDELAG FYLKESKommUNE

### Høring om temaplan for tannhelsetjenesten i Trøndelag fylkeskommune Høringsfrist 30. juni 2023

#### Bakgrunn:

Høsten 2021 orienterte fylkestannlegen om status for tannhelsetjenesten i fylkeskommunen. I etterkant av dette ble det gjort en administrativ beslutning om å lage en temaplan for fremtidig drift og organisering av tannhelsetjenesten i Trøndelag for å møte fremtidens utfordringer. Denne har av ulike årsaker tatt tid å få frem. Som en følge av dette er det brukt 2021-tall på antall ansatte og pasienter, men tallene er representative for tilstanden i dag.

I fylkestinget 1. mars 2023 bestilte Fylkestinget en helhetlig plan som inkluderer fremtidige investeringer og bygg som skal legges frem høsten 2023.

#### Høring:

Temaplanen som nå foreligger er første del en av den helhetlige planen som skal legges fram for Fylkestinget senere i år. Denne skisserer en mulig fremtidig organisering av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Trøndelag. Fylkesdirektøren ønsker med dette å innhente innspill på temaplanen før denne legges fram for politisk behandling. Det ønskes innspill på både konsekvenser av og eventuelt alternative løsninger for en slik plan.

Skriftlige svar sendes til Trøndelag fylkeskommune, Fylkestannlege, Postboks 2560, 7735 Steinkjer eller på epost [postmottak.fylkestannlegen@trondelagfylke.no](mailto:postmottak.fylkestannlegen@trondelagfylke.no) innen 30. juni.2023.

Med vennlig hilsen

Bjørnar Hafell  
fylkestannlege

#### Vedlegg

1. Temaplan for tannhelsetjenesten i Trøndelag fylkeskommune m/vedlegg



# Tannhelseplan

Trøndelag Fylkeskommune 2024-2034



**Postadresse:** Fylkets hus, Postboks 2560, 7735 Steinkjer

**Telefon:** 74 17 40 00 | **Epost:** postmottak@trondelagfylke.no | **Org.nr:** 817 920 632





## INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag.....	4
1. Mål for tannhelseplan i Trøndelag Fylkeskommune.....	4
1.1 Bakgrunn .....	4
1.2 Mål.....	5
1.3 Organisering og gjennomføring.....	5
2. Samfunnsoppdraget og organiseringen av tannhelsetjenesten .....	6
2.1 Samfunnsoppdraget.....	6
2.2 Mål for den offentlige tannhelsetjenesten i Trøndelag .....	8
2.3 Administrasjon og organisering.....	9
2.4 Dagens tjenestestruktur .....	10
2.5 Det forebyggende arbeidet .....	12
2.6 Behandlingsomfanget 2021 .....	14
3. utfordringer.....	17
3.1 Sårbare fagmiljø, rekruttere og beholde.....	17
3.2 Vakante stillinger .....	18
3.3 Faglig standard.....	18
3.4 Variasjon i arbeidshverdagen.....	19
3.5 Sykefravær .....	20
3.6 Endrede behandlingsbehov og demografiske prognoser.....	20
3.7 Tannhelse hos barn og ungdom .....	24
3.8 utfordringer i folkehelsearbeidet .....	25
3.9 Oppgavefordeling mellom tannhelsepersonellet.....	26
3.10 Klinikklokaler og utstyrsbehov .....	26
3.11 Kvalitetsindikatorer .....	27
4. Mulige løsninger .....	29
4.1 Attraktive fagmiljø .....	29
4.2 Ambulerende virksomhet og mobilt behandlingsutstyr.....	30
4.3 Reiseavstand og tilgjengelighet.....	31



4.4	Behandling.....	35
4.5	Rekruttering .....	35
5	Anbefaling .....	35
5.1	Forutsetninger.....	35
5.2	Samlokalisering av klinikker .....	36
5.3	Ny klinikkstruktur og fordeling av pasienter.....	37
5.4	Økonomiske effekter .....	37
5.5	Andre tiltak.....	38
5.6	Gevinster/Investeringer.....	39
5.7	Andre muligheter .....	40
	Referanser .....	41



## SAMMENDRAG

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten står ovenfor betydelige utfordringer i årene som kommer. Det forventes en markant økt pasientmengde i gruppen som har hjemmesykepleie eller bor på institusjon. Landets myndigheter forventer en økt satsning på pasienter i TOO-ordningen og Stortinget har vedtatt at 21- til 24-åringer skal ha 75 % rabatt på tannbehandling etter Helse- og omsorgsdepartementet takster.

Pasientene i TOO-ordningen og gruppen som har hjemmesykepleie eller bort på institusjon har ofte store behandlingsbehov, med tidkrevende og kompliserte behandlinger. Samtidig med at den eldste delen av befolkningen øker, viser prognosene at vi kommer til å få færre innbyggere i yrkesaktiv alder. Det innebærer at vi må rigge oss for drift med redusert tilgang på tannhelsepersonell, en utfordring det kan se ut til at vi allerede møter.

Skal vi kunne levere gode tjenester til innbyggerne i fylket i takt med utviklingen i samfunnet må fylkeskommunen bygge sterke fagmiljøer, med moderne utstyr. En konsekvens av dette er at noen pasienter i større grad enn tidligere må akseptere å reise lengre avstander for å oppsøke tannklinikken, da vi ikke kan bruke den ressursen vi har minst av, klinisk tid, på å reise til pasientene.

Med få unntak er det ikke foreslått konkrete tiltak til etablering av større fagmiljø da man, på enkelte av de klinikkene det kan være aktuelt, har stabil bemanning i dag. Ved eventuell ledighet i behandlerstillinger bør imidlertid en slik endring vurderes.

Regjeringens har nedsatt et tannhelseutvalg som skal gjennomgå tannhelsetjenesten i Norge. Tannhelseutvalget skal levere sin utredning juni 2024, og denne kan ha tiltak som vil føre til at Temaplanen for tannhelsetjenesten i Trøndelag må revideres.

## 1. MÅL FOR TANNHELSEPLAN I TRØNDELAG FYLKESKOMMUNE

### 1.1 Bakgrunn

Seksjon tannhelse hadde, de tre første årene etter fylkessammenslåingen av Nord- og Sør-Trøndelag, store utfordringer med å nå de økonomiske målene. I Fylkesutvalget 17. august 2021 ble det foreslått å utarbeide en temaplan for tannhelsetjenesten.

I tannhelsetjenesteloven er fylkeskommunen tillagt et ansvar for at tannhelsetjenester, også spesialisttannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelig for



de som bor eller oppholder seg i fylket. Dette oppdraget løses i samarbeid med privatpraktiserende tannhelsetjeneste ved at private tannklinikker yter tjenester til ca. 90 % av voksne betalende pasienter i fylket.

## **1.2 Mål**

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skal:

- opprettholde en klinikkstruktur som gjør at tannhelsetjenester er tilgjengelig for alle innbyggerne i fylket, og som gjør det mulig å opprettholde forsvarlig drift innenfor de økonomiske rammene vedtatt av fylkestinget.
- ha ansatte som opprettholder god kompetanse og aktivt bidrar inn i tjenesten og utvikling av denne
- yte tjenester i samsvar med lover og nasjonale retningslinjer
- være i stand til å ta imot nye oppgaver fra sentrale myndigheter

Tiltak i tannhelseplan:

- Med bakgrunn i tilgjengelig kunnskapsgrunnlag gjøre rede for og foreslå en ny tjenestestruktur for tannhelsetjenesten.
- Legge plan for å yte behandling for de pasientene som ikke kan motta tannbehandling i klinikk.
- Vurdere innføring av en ny gruppe E, f.eks. syke hjemmeliggende pasienter uten hjemmesykepleie.

## **1.3 Organisering og gjennomføring**

Prosjektgruppa har vært ledet av fylkestannlege Bjørnar Hafell. Tonje Lynum, konsulent ved fylkestannlegens kontor, har vært sekretær.

Prosjektet er lagt fram i flere ganger i distriktsledergruppa, en gang for klinikklederne og jevnlig i partsgruppemøtene.

Planens oppsett har tatt utgangspunkt i Møre og Romsdals Prosjektrapport P5 - Organisering og struktur for den offentlige tannhelsetjenesta (MRFK, 2019)



## 2. SAMFUNNSOPPDRAGET OG ORGANISERINGEN AV TANNHELSETJENESTEN

### 2.1 Samfunnsoppdraget

Det offentliges ansvar for tannhelsetjenester er regulert i lov 3.juni 1983 nr.54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven, 1984).

Fylkeskommunen skal for det første sørge for at tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjenester er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg midlertidig i fylket. Trøndelag fylkeskommune løser dette gjennom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og gjennom sitt foretak Kompetansesenteret Tannhelse Midt FKFi Tjenesten skal være tilgjengelig i rimelig grad. Hva dette innebærer er ikke definert og det er opp til fylkeskommunen å vurdere.

Videre har fylkeskommunen ansvar for å sørge for nødvendig helsefremmende og forebyggende tiltak gis hele befolkningen i fylket, samt gi nødvendig tannhelsehjelp gjennom et regelmessig og oppsøkende tilbud til såkalte prioriterte grupper.

Det er kun gruppene som er listet opp i [tannhelsetjenestelovens § 1-3<sup>1</sup>](#) som har lovfestet rett til nødvendig tannhelsehjelp, helt eller delvis uten vederlag, fra fylkeskommunen.

De prioriterte gruppene er:

- Gruppe A: Barn og unge fra 0-18 år \*
- Gruppe B: Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- Gruppe C: Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- Gruppe D: Ungdom som fyller 19 og 20år i behandlingsåret (75 % reduksjon i forhold til Helse- og omsorgsdirektoratets takster)

Flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente som inngår i en av disse gruppene har rett på nødvendig tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten. Dette gjelder uavhengig av om de oppholder seg i mottak eller ikke.

---

<sup>1</sup> <https://lovdata.no/lov/1983-06-03-54/§1-3>



\* Dette inkluderer prosjektet Trygge barn i tannbehandling et tilrettelagt tannbehandlingstilbud for barn med tannbehandlingsvegring og rettsodontologiske undersøkelser ved Statens Barnehus i tråd med [Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år<sup>2</sup>](#).

Ikke-lovpålagte grupper som har rett på helt eller delvis gratis tannbehandling av fylkeskommunen:

- [Personer med rusmiddelavhengighet<sup>3</sup>](#) som er innlagt på institusjon og personer som på grunn av rusavhengighet mottar tjenester etter [helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 6. ledd bokstav b<sup>4</sup>](#), og personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR).
- [Innsatte i fengsel<sup>5</sup>](#)
- 21- og 24-åringer har rett til å få dekket 75 % av behandlingstkosten etter Helse- og omsorgsdepartementets takster.
- Den offentlige tannhelsetjenesten har også ansvar for å gi et tilrettelagt tannhelsetilbud til personer som har blitt utsatt for tortur, overgrep eller har sterk tannbehandlingsangst (odontofobi). Dette tilbudet blir kalt TOO-behandling og innebærer angstbehandling med mål om at pasienten skal kunne mestre ordinær tannbehandling.

Voksne pasienter må som hovedregel selv dekke utgifter til tannbehandling. Folketrygden gir personer med nærmere definerte diagnoser, sykdommer eller tilstander, rett til støtte til dekning av utgifter til tannbehandling etter regelverk og takster fastsatt av helse- og omsorgsdepartementet.

---

2

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar/tann-og-munnundersokelser-av-barn-og-unge>

3

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer\\_kta/dokumenter/rundskriv\\_i\\_4\\_2008.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/rundskriv_i_4_2008.pdf)

4

<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-2>

5

[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/regelverk/rundskriv/htil\\_gamle\\_rundskriv/IK-28-1989.pdf/](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/regelverk/rundskriv/htil_gamle_rundskriv/IK-28-1989.pdf/)



Personer med enkelte lidelser og/ eller sykdommer i munnhulen kan få offentlig finansierte tannhelsetjenester i tråd [folketrygden § 5-6<sup>6</sup>](#). Størstedelen av tannbehandling med trygdefinansiering blir utført i privat sektor, men fylkeskommunale tannklinikker tilbyr behandling til voksne betalende pasienter når det er kapasitet til dette på klinikkene.

#### Plikt til undervisning og praktisk opplæring:

I tråd med [tannhelsetjenesteloven § 6](#) plikter fylkeskommunen å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell. Dette omfatter også videre- og etterutdannelse. Tannhelsepersonell innen Den offentlige tannhelsetjenesten plikter å ta del i videre- og etterutdannelse som blir foreskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner ved like.

Fylkeskommunen kan også bidra til å gi personer med utdanning utenfor EU/EØS praksis slik at lisens kan bli omgjort til selvstendig autorisasjon. Det forutsetter imidlertid at sentrale myndigheter legger fram en opplæringsplan som er mulig å iverksette i drift. Dette arbeidet er i gang og lederne av fylkeskommunal tannhelsetjeneste har gitt hørings svar på at odontologisk utdanning er en oppgave som er lagt til universitetene.

## **2.2 Mål for den offentlige tannhelsetjenesten i Trøndelag**

Tannhelsetjenesten skal levere gode tjenester slik at våre innbyggere har mulighet og forutsetning til å bevare en god tannhelse livet ut. For å få til dette skal vi:

- kunne tilby alle typer tannbehandling fra allmenn odontologi til alle spesialiteter<sup>7</sup>.
- være en attraktiv odontologisk arbeidsplass.
- gjennom godt samarbeid med kommunene bidra sterkt til folkehelsearbeidet i fylket.

---

6

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/folketrygdloven--5-6--5-6-a-og--5-25--undersokelse-og-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-for-sykdom-og-skade>

<sup>7</sup> I samarbeid med TkMidt



- i samarbeid med TkMidt bidra aktivt til forskning og fagutvikling i regionen, og utøve klinisknær forskning i alle distrikter.
- ha en tannhelsetjeneste som er godt drevet, har god bemanning i alle områder av regionen med god faglig standard og moderne, godt utrustede klinikker

### **2.3 Administrasjon og organisering**

Den offentlige tannhelsetjenesten i Trøndelag er organisert som en egen seksjon i fylkeskommunens sentraladministrasjon. Fylkestannlegen er faglig og administrativ leder for avdelingen. I tillegg til fylkestannlegen utgjør administrasjonen 6,5 årsverk. Her inngår assisterende fylkestannlege, HR- og økonomirådgiver, IKT-konsulent, dentaltekniker og tre konsulenter. Fylkestannlegen har personalansvar for administrasjonen og distriktslederne.

Den utøvende tjenesten er organisert i syv tannhelsedistrikt med overtannlege/distriktsleder (teamleder) som faglig og administrativt ansvarlig for hvert distrikt. Distriktsleder har personalansvar for klinikklederne i sitt distrikt.

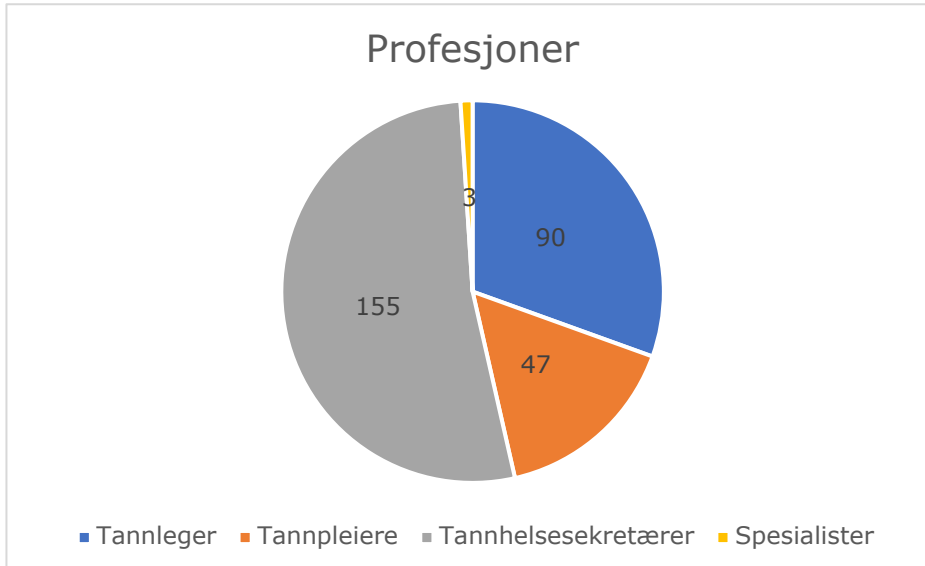
Hver tannklinik har egen klinikkleder. Klinikklederne er faglig og administrativ leder for klinikken og har personalansvar for klinikkansatte. Pasientbehandlingen utføres ved full bemanning av cirka 330 ansatte fordelt på 52 klinikker, hvorav 37 er fast bemannede hovedklinikker og 15 ambuleringsklinikker som bemannes med personell fra hovedklinikkene. I tillegg betjener våre ansatte Trondheim fengsel, Statens barnehus og narkosebehandling på St. Olavs hospital, Røros sykehus, Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger.

De ansatte er fordelt på fire fagprofesjoner: spesialisttannleger, tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer. Spesialistene i Trøndelag fylkeskommune har treårig spesialistutdanning etter tannlegeutdannelsen. Tannlegene har en generell akademisk og medisinsk utdanning i et femårig masterløp, noe som gir bred kompetanse innen odontologisk diagnostikk og ulike behandlingsformer. Tannpleierne har utdanning på bachelorgradsnivå og utfører enklere tannbehandling og forebyggende tannpleie med en grunnleggende rolle i det tverrfaglige helsefremmende arbeidet overfor kommunene. Tannhelsesekretærene har utdanning på VG3-nivå og





inngår i behandlingsteamet med assistanse under tannbehandling, ansvar for renhold og sterilisering av utstyr og utfører sentrale klinikkadministrative oppgaver.



Figur 1 – fordeling av ansatte på profesjoner, årsverk

## 2.4 Dagens tjenestestruktur

Etter fylkessammenslåingen av Trøndelagsfylkene i 2018 hadde det nye fylket åtte distrikter med sju distriktsledere og totalt 51 tannklinikker. Gjennom kommunereformen ble fylkesgrensene flyttet slik at Trøndelags ansvarsområde ble utvidet med to klinikker, Rindal og Liabø. Distriktslederne hadde det faglige og administrative ansvaret for både sitt distrikt og sine klinikker.

I 2020 ble det gjennomført en omorganisering av distrikt slik at distriktene passet bedre til et samlet Trøndelag. Antallet distrikter ble redusert til sju, som hver har sin distriktsleder.

Fra 1.1.2022 ble det faglige og administrative ansvaret for klinikkene formelt overført til klinikklederne for å sikre nærledelse og tettere oppfølging av ansatte på klinikkene.



Distrikt	Klinikk 5 behandlere eller flere	Klinikk 3-4 behandlere	Klinikk 1-2 behandlere	Ambuleringsklinikk	Spesialfunksjoner
Namdal	Namsos Ytre Namdal	Grong	Lierne Overhalla	Leka Namsskogan Høylandet Jøa Lauvsnes Osen Snåsa	Sykehuset Namsos
Innherred og Fosen	Steinkjer Verdal	Inderøy Rissa Åfjord Ørland		Malm Leksvik	
Værnes	Stjørdal Levanger		Frosta	Meråker	Sykehuset Levanger
Sørøst	Melhus Malvik	Oppdal Selbu Støren Røros	Holtålen	Tydal Berkåk	Røros sykehus
Trondheim øst	Brundalen Risvollan Lade	Valentinlyst Ranheim Sentrum			Trondheim fengsel St.Olavs hospital Statens barnehus
Trondheim sør	Tiller Byåsen	Klæbu	Spondal		
Sørvest	Orkland	Skaun Heim Hitra Frøya	Rindal	Liabø Løkken Lensvik	

**Tabell 1 – klinikkstørrelser**



## 2.5 Det forebyggende arbeidet

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler. Folkehelsearbeid har som mål å oppnå en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker befolkningens helse<sup>i</sup>.

### Formål

Formålet med [Lov om folkehelse](#)<sup>8</sup> er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Vi skal etter loven legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

Folkehelsearbeid er en sentral del av fylkeskommunens samfunnsoppdrag. Vi skal bidra til å fremme folkehelse lokalt og i fylket, og skal spesielt arbeide for å utjevne forskjellene i helse blant befolkningen. Folkehelseloven danner rammene for hvordan vi skal drive folkehelsearbeidet. Vi skal fremme folkehelse gjennom regional planlegging og utvikling, kultursatsing, videregående opplæring, tannhelsetjenesten og andre tjenester fylkeskommunen leverer. Arbeidet skal være rettet mot hele befolkningen.

Fylkeskommunen samordner folkehelsearbeidet i fylket og støtter folkehelsearbeidet i kommunene. Vi initierer tiltak og prosjekt og samarbeider med kommuner, staten, næringsliv, FoU- og kompetansemiljø, og frivillige lag og organisasjoner.

Per i dag har tannhelsetjenesten i Trøndelag ansatt en folkehelsekoordinator som arbeider i 50 % stilling med folkehelse og i 50% stilling som tannpleier ved en av våre klinikker. Folkehelsekoordinatoren samarbeider med fylkeskommunens

---

<sup>8</sup> <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>



folkehelsegruppe slik at tannhelsetjenestens folkehelsearbeid er i tråd med det øvrige folkehelsearbeidet i fylket.

Folkehelsegruppen utgjøres av en tannpleier fra hvert tannhelsedistrikt (folkehelsekontakt) og jobber for å tilrettelegge for helsefremmende arbeid i og utenfor tannhelsetjenesten. Folkehelsekontakten har i oppgave å kalle de andre tannpleierne i distriktet inn til fagmøter for tannpleiere kvartalsvis.

Folkehelsekoordinatorrollen:

- Leder for folkehelsegruppen
- Skal systematisere, koordinere, delegere og samordne folkehelsearbeidet i tannhelsetjenesten
- Bygge struktur i folkehelsearbeidet i tannhelsetjenesten
- Være en fagperson i det brede folkehelsearbeidet
- Samarbeide med folkehelsegruppen i fylkeskommunen
- Delegere og engasjere
- Ha oversikt over samlede helseutfordringer i fylket
- Introdusere [Trøndelagsmodellen](#) for folkehelsearbeid

Det knytter seg særlig to utfordringer til forebyggende og helsefremmende tiltak:

1. Gevinsten i form av bedre helse/tannhelse og mindre bruk av helsetjenester vil ikke være synlig eller kunne synliggjøres statistisk før det har gått lang tid. Følgelig kan det oppstå en konflikt mellom ønsket om å benytte ressurser på tiltak som effekter på kort og lang sikt.
2. Det kan være vanskelig å etablere en sikker sammenheng mellom tiltak og resultat. Vi vil ikke med sikkerhet vite om det er det bestemte forebyggende tiltaket som har gitt tilsiktet effekt. Flere forebyggende tiltak er imidlertid målrettede og lar seg evaluere. For bredere forebyggingstiltak vil det være vanskelig å vite om det kan være andre faktorer som har ført til endringer.

Av den grunn er det behov for å etablere mål for folkehelsearbeidet i tannhelsetjenesten. Det vil også være hensiktsmessig å etablere et felles system for rapportering av utadrettet virksomhet for å sikre at vi når de mål som er satt.



Som en bieffekt kan folkehelsearbeidet fungere som en rekrutteringsarena ved at tannhelsepersonellet er synlig for barn og ungdom under utdanning.

## 2.6 Behandlingsomfanget 2021

144 830 personer var under tilsyn<sup>9</sup> av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Trøndelag. Dette utgjør 29,8% av alle innbyggerne i fylket.

Den største gruppa er barn og unge opp til 18 år med 84 392 personer som gir en tilsynsgrad på 97,8%. Dekningsgraden er et uttrykk for hvor mange som har rettigheter etter tannhelseloven som er under tilsyn og behandling.

Behandlingsomfanget har holdt seg relativt stabilt over tid.

Innkallingsintervallene er basert på den enkeltes behandlingsbehov i samsvar med nasjonale retningslinjer for tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år. I gjennomsnitt har vi et innkallingsintervall for barn og unge mellom 3 og 18 år på 15,1 måneder.

Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon utgjør 6 991 personer. Eldre og uføre i institusjon har en tilsynsgrad på 83,2%. I gruppa eldre som mottar hjemmesykepleie er tilsynsgraden 69,1%.

Av totalt 2 081 personer med psykisk utviklingshemming over 18 år, var 1 860 under tilsyn i 2021.

22 230 voksne, betalende pasienter benyttet seg av tjenester i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

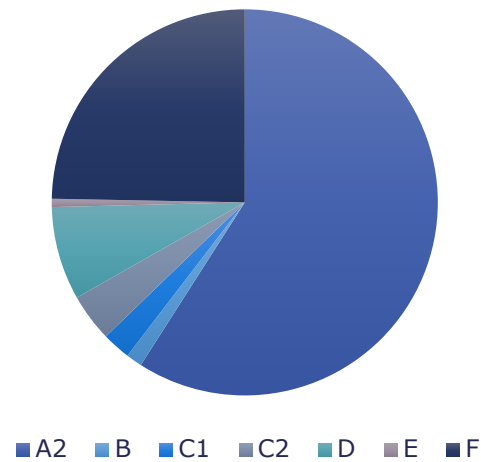
Hver behandler har i snitt cirka 1 250 pasienter under tilsyn. I 2021 har tannpleierne 1620 pasienter under tilsyn, mens tannlegene har 1050 pasienter under tilsyn.

---

<sup>9</sup> Å være "under tilsyn" innebærer at personene enten har gjennomgått tannhelseundersøkelse av tannlege eller tannpleier, fått tannbehandling, opplæring i forebyggende tiltak, eller fått tilbud om oppfølging. Ulikt innkallingsintervall medfører imidlertid at ikke alle personer som er "under tilsyn" faktisk er undersøkt/behandlet i rapportåret.



## Fordeling pasientgrupper 2021



**Figur 2 – pasientgrupper inkludert pasienter i narkose.**

Pasienter i TOO<sup>10</sup> regnes som voksne betalende i denne oversikten, pasienter med rettigheter som følge av rusmiddelproblem kommer ikke fram i denne oversikten. Gruppe G (Unge voksne mellom 21 og 26 år er ikke med i oversikten da de ikke hadde rettigheter i 2021.

---

<sup>10</sup> Beskrives på side 7.



	Prosentandel pasienter under tilsyn	Antall personer under tilsyn pr 31.12.2021	Antall personer undersøkt og behandlet pr 31.12.2021
Gruppe A, 3-18år	97,8	84 392	56 982
Gruppe B, psykisk utviklingshemmede	93,9	1 860	1 441
Gruppe C1, eldre, langtidssyke og uføre i institusjon	83,2	2 918	2 545
Gruppe C2, eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie	69,1	4 073	2 880
Gruppe D, ungdom 19 og 20år	65,8	7 579	4 740
Gruppe E, andre prioriterte grupper *	0	0	0
Gruppe F, øvrige voksne befolkning **	12	39 254	22 230
Gruppe G, 21- og 24-åringer ***	42	8 193	3626
<b>Totalt</b>		<b>148 269</b>	<b>94 444</b>

**Tabell 2 - tannhelsesdata**

\* Per i dag har ikke Trøndelag fylkeskommune noen pasienter i gruppe E etter tannhelsetjenestelovens definisjon i § 1-3: «*andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere*». <sup>11</sup>

\*\* Prosentandelen viser andelen under tilsyn av hele den voksne betalende befolkningen i Trøndelag som den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har ansvaret for.

\*\*\* Tall fra 2021 – da hadde ikke fylkeskommunen ansvar for denne gruppen.

---

<sup>11</sup> Eksempler på andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere kan være: «Personer med psykiske lidelser som får poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten over en periode på minimum tre måneder», eller «Personer i pleie av pårørende»



## 3. UTFORDRINGER

### 3.1 Sårbare fagmiljø, rekruttere og beholde

Den største utfordringen i Trøndelag er høy turn-over og en vanskelig rekrutteringssituasjon. I distriktet får vi i hovedsak tilsatt nyutdannede tannleger og tannpleiere ved ledighet i stillinger. Det er en tendens til at disse trekkes mot mer sentrale deler av fylket eller til privat praksis når de har fått tilstrekkelig erfaring og ansiennitet. Årsakene til dette er komplekse, men kan blant annet handle om at fagpersonellet ønsker seg til større fagmiljø, og klinikker med mer moderne utsyr eller andre lønnsvilkår. En utfordring som gjør bemanningssituasjonen i distriktene spesielt sårbar, er at vi sjeldent får rekruttert før nye behandlere er uteksaminert til sommeren hvert år. Får vi en oppsigelse på høsten vil vi risikere nesten ett år med vakanse i stillingen.

Også tannhelsesekretærer er det vanskeligere å få tak i enn tidligere. Mange av søkerne på stillinger har ikke autorisasjon og blir ansatt som tannlegeassistenter. Trøndelag fylkeskommune ønsker å ha autorisert tannhelsepersonell, også tannhelsesekretærer. Det forsøker vi å legge til rette for gjennom å gjøre det mulig for ansatte tannhelseassistenter å gjennomføre tannhelsesekretærutdanning. I distriktene innebærer imidlertid dette en del reising til og fra Trondheim eller Levanger der vi har utdanningstilbud.

En viktig jobb framover blir å delta på informasjonsmøter og yrkesmesser allerede på ungdomsskolen eller tidlig i videregående utdanningsløp for å fremme denne yrkesprofesjonen. Tannlegeforeningen og Tannhelsesekretærenes forbund har også et prosjekt på gang sammen med NAV der personer som ønsker å arbeide innen helsetjenesten rekrutteres inn i et utdanningsløp med mål om utdanning som tannhelsesekretær.

I Trondheimsregionen er det i større grad et skifte i stillinger mellom klinikker. Et skifte i stillinger har imidlertid en kostnad på rundt en halv million kroner når vi tar høyde for at vi har løpende utgifter til øvrig personell og lokaler, samt tap av inntekter i påvente av nyansettelse.

I Trøndelag har vi i dag, som vist i Tabell 1 – klinikkstørrelseren struktur med mange små klinikker. Disse klinikkene er spesielt sårbare ved vakanser, permisjoner og





sykefravær. Fravær i behandlerressurs på disse klinikkene vil det ha store konsekvenser for tjenesteproduksjonen i området.

### **3.2 Vakante stillinger**

Det siste året har vi hatt vakanser i tannlegestillinger på klinikkene Rindal, Frøya, Hitra to stillinger, Verdal, Rissa, Åfjord, Grong, Steinkjer og Selbu. Vakansene ble ikke ansett som dramatisk da vi skulle inn i en periode der det tradisjonelt har vært gode rekrutteringsmuligheter. I mai 2023 er imidlertid situasjonen den at vi fortsatt ikke har fått tilsatt. For de ansatte som jobber på klinikkene er vakansene, når de går over tid, en ekstra belastning med stadig dårlig samvittighet ovenfor de pasientene man ikke får hjulpet slik en ønsker. Denne faktoren kan bidra til at ansatte ser seg om etter arbeidsplasser der man i mindre grad er avhengig av andres tilstedeværelse. Vakante stillinger utfordrer oss på kort sikt ved at vi blir nødt til å prioritere annerledes i de områdene av fylket der vi mangler ressurser. Samtidig er dette et signal om utfordringer som kommer. Fremtidens tannhelsepersonell blir færre, og de ønsker ikke å stå alene på klinikken. Helsepersonellkommissjonen rapporterer at det vil være et overskudd av tannhelsepersonell om ti år. Foreløpig ser vi lite til dette i Trøndelag og det er en viss sannsynlighet for at overskuddskapasiteten etablerer seg i privat praksis i byer der personellet utdannes. Det gjør at vi er nødt til å tenke helt annerledes rundt innretning av drift i framtiden med større satsning på forebygging og folkeopplysning for å redusere behovet for tannbehandling.

### **3.3 Faglig standard**

De ansatte i tannhelsetjenesten er de viktigste bidragsyterne i arbeidet med å skape kvalitet i pasientbehandlingen. Hele organisasjonen må holde seg faglig oppdatert og bruke sin kunnskap for å kunne gi best mulige tannhelsetjenester til innbyggerne. Kvalitet sikres gjennom individuell innsats fra de ansatte og gjennom organisasjonslæring ved deling og kunnskapsoverføring mellom medarbeidere og på tvers av klinikker. Flere små klinikker gjør det utfordrende å legge til rette for kunnskapsdeling.

Tannhelsetjenesten ønsker å være en lærende organisasjon der de ansatte lærer av hverandre og får videreutviklet sine evner i refleksjon over egen praksis. Fagmiljøene



skal ha høye kvalitetsstandarder, som skal overføres til nye medarbeidere. Slik kunnskapsdeling er nødvendig fordi behandling av en del mindre vanlige tilstander krever flere pasienter dersom en skal bygge opp erfaring. De minste enhetene ser sjelden de spesielle tilfellene, og har derfor liten mulighet til å bygge erfaringsbasert kunnskap. En positiv og utviklende organisasjonskultur er en forutsetning for at vi skal bli bedre. Skal vi sikre samfunnsoppdraget med pasienten i fokus må tjenestestrukturen understøtte læring, samhandling og kunnskapsdeling i den kliniske hverdagen.

[God klinisk praksis i tannhelsetjenesten](#) og [Nasjonal retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge](#)

[0-20 år](#) skal være ligge til grunn for den behandlingen vi tilbyr våre pasienter, og for de rådene vi gir til våre samarbeidspartnere, som f.eks. NAV.

### **3.4 Variasjon i arbeidshverdagen**

Fylkeskommunen har ansvaret for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for alle. Avhengig av hvor mange private tannklinikker det er i nærheten av de fylkeskommunale klinikkene, varierer mengden voksne betalende pasienter fra klinikk til klinikk. Felles for alle er at de behandler alle pasientgrupper. Dette gir en stor variasjon i arbeidshverdagen for den enkelte behandler. Spesialistdekningen i fylket er blant landets laveste. Det gjør at den enkelte behandler nødt til å ha, eller opparbeide seg et bredt spekter av ferdigheter. Med andre ord er mulighetene for god faglig utvikling i et kompetent kollegium absolutt til stede. Strukturen i fylkeskommunen gir også muligheter for alternative karriereveier for de som ønsker det, enten i form av ledelse, tillitsvalgsarbeid, administrasjon eller forskning og spesialistutdanning i regi av TkMidt.



### 3.5 Sykefravær

	Korttidsfravær	Langtidsfravær	Samlet
2018	2,4 %	4,6 %	7,0 %
2019	2,0 %	5,7 %	7,7 %
2020	2,8 %	5,4 %	8,2 %
2021	3,3 %	5,8 %	9,1 %
2022	4,1 %	6,2 %	10,3 %

Tabell 3 - sykefravær

Sykefraværet er høyere i tannhelsetjenesten enn i resten av fylkeskommunen. Dette har mange årsaker, men hovedårsaken er trolig mye statisk arbeid. Som vi ser av tabellen, har sykefraværet en økende tendens. Forklaringene er flere, men det viktigste er at vi jobber systematisk med å få snudd trenden. Eksempler på tiltak som er innført at klinikklederne har fått formelt personalansvar for ansatte på sine klinikker og dermed kan være tettere på enn hva distriktslederne hadde mulighet til i når de hadde personalansvaret for alle i sitt distrikt. Et annet tiltak vi har gjort er at vi har gitt opplæring til alle ansatte i rettigheter og plikter under et sykefraværsløp og signalisert hva arbeidsgiver kommer til å iverksette av tiltak under et oppfølgingsløp, og vi har jevnlig opplæring i ergonomi fra bedriftshelsetjenesten. At vi ser en økning i 2022 er en konsekvens av at høyt koronarelatert fravær i 1. kvartal.

### 3.6 Endrede behandlingsbehov og demografiske prognoser

Vi vet at pasientsammensetningen vil endre seg i neste tiårsperiode. Andelen eldre vil bli større og vi vil få færre barn og unge.<sup>12</sup> Andelen pasienter i institusjon i kommende tiårsperiode i fylket som helhet kommer til å øke med ca. 10 000 pasienter. Tilsvarende tall for pasienter med hjemmesykepleie er mellom 22 300 og 24 100. (KS, 2021) (KS). Dette er en økning på mellom 28,8 % og 38,4 % av institusjonsboende

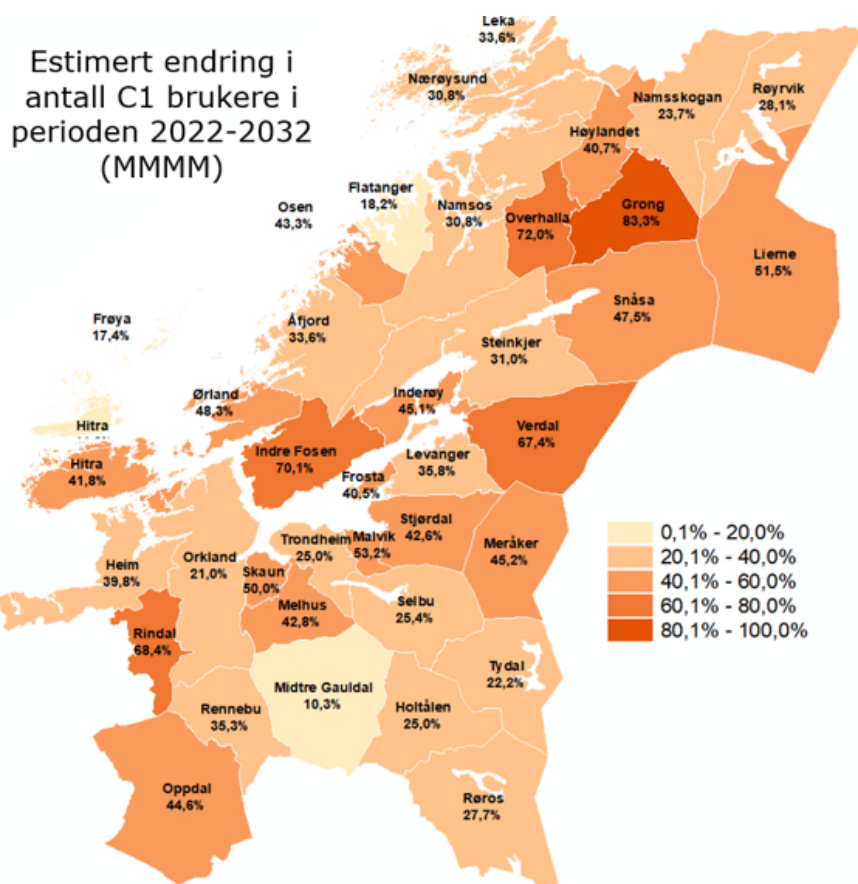
---

<sup>12</sup> [Befolkningsframskriving, 2020 | Trøndelag i tall \(trondelagitalt.no\)](https://www.trondelagitalt.no/)



pasienter og 31,2 % og 40,6 % i gruppen pasienter i hjemmesykepleie. Ser man enda lenger fram i tid er økningen enda større.

Den såkalte «eldrebølgen» kommer for fullt fra ca. 2025 med ei bratt økning i antall eldre og syke pasienter som har rettigheter i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Disse pasientene har mange egne tenner og tannimplantater. For mange pasienter som har egne tenner og/eller tannimplantater vil behovet for tannhelsehjelp statistisk sett øke fra 80-årsalderen.



Figur 3 – forventet økning av pasienter i institusjon om ti år

Det er imidlertid mer tidkrevende å behandle disse pasientene enn hva tilsvarende behandlinger er for friske barn, ungdommer og voksne. Det betyr at vi selv med bedre tannhelse blant ungdommer og friske voksne ikke kan regne med at behovet for behandling hos tannlege reduseres tilsvarende i befolkninga som helhet når vi regner med de eldste alderskohortene. Ved dimensjonering av tannhelsetilbudet må det



anerkjennes at det å gi adekvat og verdig behandling til pasienter i gruppe C er ressurskrevende.

Vi må unngå at tannleger og tannpleiere opplever å ikke kunne ta seg tid til å tilby forsvarlig behandling til eldre pasienter med store behandlingsbehov når antallet eldre øker om få år. Trøndelag fylkeskommune bør derfor forberede seg på at økninga av pasienter i gruppe C kan gå ut over øvrige tannhelsetjenester som skal leveres dersom kapasiteten hos både tannpleiere og tannleger ikke tilpasses den forventede økninga av antall multisyke og skjøre eldre med behov for tannbehandling. Satsning på utadrettet virksomhet mot pasienter i kommunal eldreomsorg bør styrkes sammenlignet med det tjenesten har ressurser til å gjennomføre i dag. For å forebygge ei større økning tannbehandlingsbehov hos eldre pleietrengende pasienter, bør det gjennomføres en systematisk kompetansespredning fra tannhelsetjenesten til kommunal helsesektor. Dette blir spesielt viktig etter hvert som antall mottakere av kommunal omsorg øker i det «eldrebølgen» treffer.

Det finnes pasienter som i dag ikke har rettigheter i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller med uklar refusjonsrett i HELFO, men som fylkeskommunen likevel har et allment ansvar for å gi et adekvat helsetilbud til gitt bestemmelsen i Lov om tannhelsetjenesten at tannhelsetjenester i rimelig grad skal være tilgjengelig for innbyggerne i fylket. Dette kan dreie seg om pasienter som i dag ikke kommer til utredning hos verken allmentannlege og eller spesialist pga. høye takster knyttet til selve utredninga, eller fordi de på grunn av sykdom ikke er i stand til å forlate hjemmet. Tilstander som er tidkrevende og kompliserte å utrede/diagnostisere er dessuten ofte knyttet til multisykelighet som igjen er overrepresentert blant pasienter med svak sosioøkonomisk status. Disse pasientene står i realiteten uten et behandlingstilbud.

Regjeringen har varslet at fylkeskommunen skal få ansvaret for å yte tannhelsetjenester til flere unge voksne. I 2022 fikk fylkeskommunen ansvaret for å yte tannhelsetjenester for 21- og 22-åringer, som utgjør ca. 13 300 individer i Trøndelag. I 2023 fikk fylkeskommunen ansvaret også for 23- og 24-åringer. som er en pasientmengde på omtrent ytterligere 14 000.



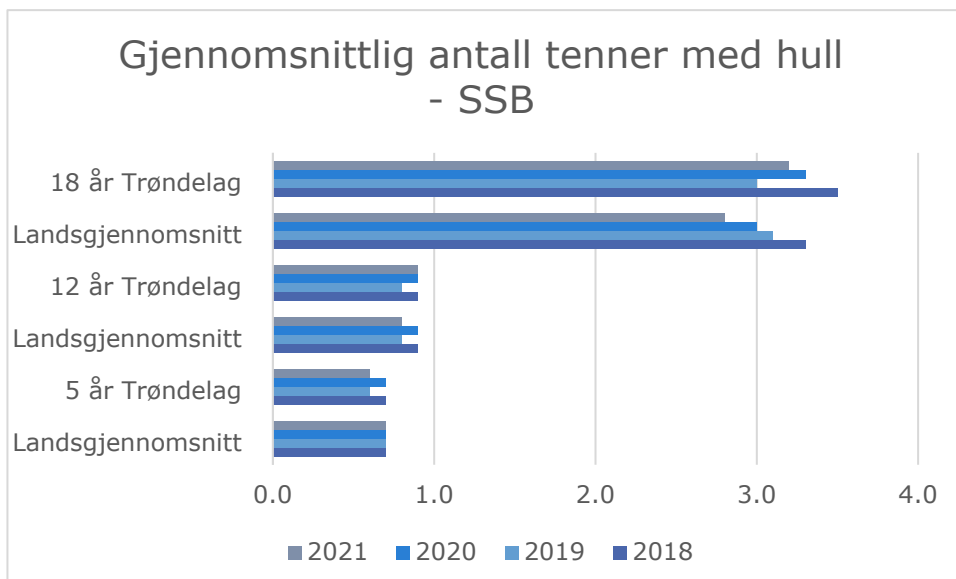
I Trondheim ser vi en utfordring der pasienter med behov for å få dekket tannbehandling gjennom sosial stønad fra NAV ikke får dekket hele kostnaden dersom de går til privat behandler. Dette skyldes at kommunen har et bystyrevedtak på at pasienter i denne gruppen skal få dekket behandling etter fylkeskommunal takst. Fylkeskommunen har samme takst for hele fylket. Det innebærer at vi utenfor Trondheim stort sett ligger noe høyere i pris enn privat praksis, mens vi i Trondheim ligger lavere. Konsekvensen av dette er at Trondheim kommune ønsker at vi i større grad enn nå, skal åpne for å ta imot pasienter der det offentlige har ansvar for utgiftene. Dette er vanskelig å imøtekomme med dagens klinikkstruktur der kapasiteten allerede er mettet og det er varslet at fylkeskommunen skal få ansvar for enda flere pasienter. Utfordringen er i utgangspunktet ikke tannhelsetjenestens egen, men et signal på at det er utfordringer med finansiering og pasienters rettigheter i tannhelsetjenesten som helhet.

Pasienter som har psykiske og/eller fysiske utviklingshemninger, tverrfaglige medisinske utfordringer og såkalte spesielle behov krever ofte et livslangt tverrfaglig samarbeid mellom tannhelsetjenesten, omsorgs- og habiliteringstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten under helseforetakene. Samarbeid på tvers av organisasjonslinjene er helt avgjørende for at disse pasientene skal kunne sikres effektiv og god helsehjelp, inkludert oral helse. Mange steder fungerer samarbeid rundt den enkelte pasienten godt, mens andre steder i fylket er det forbedringspotensiale.

Skal vi klare å imøtekomme dette fremtidsbildet slik det ser ut nå, med de samme tjenesteleveranser som i dag må vi ha en endring i klinikkstrukturen. Som følge av at fylkeskommunen får ansvaret for flere grupper må vi ha en økning av kapasitet i Trondheimsregionen uten å nedskalere kapasiteten i særlig grad i andre deler av fylket.

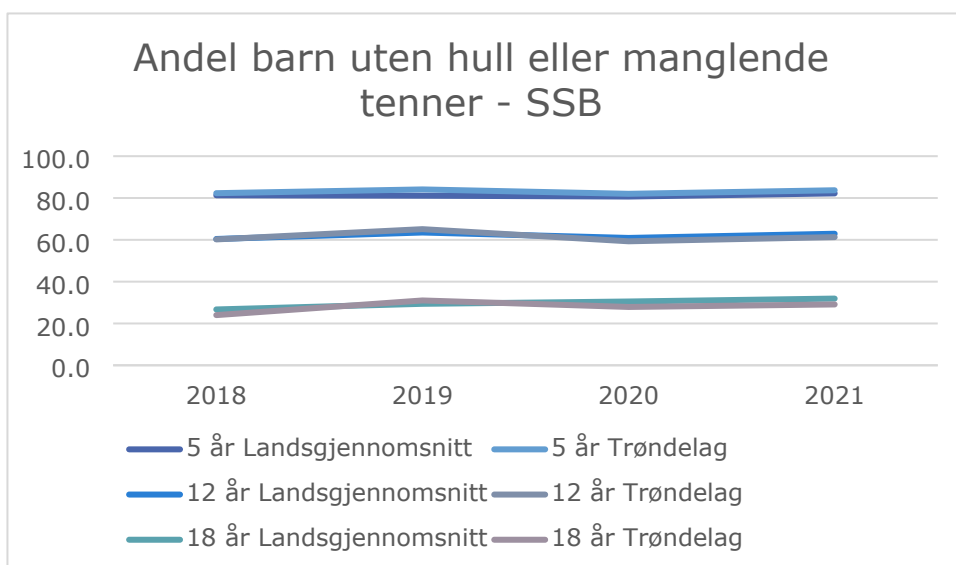


### 3.7 Tannhelse hos barn og ungdom



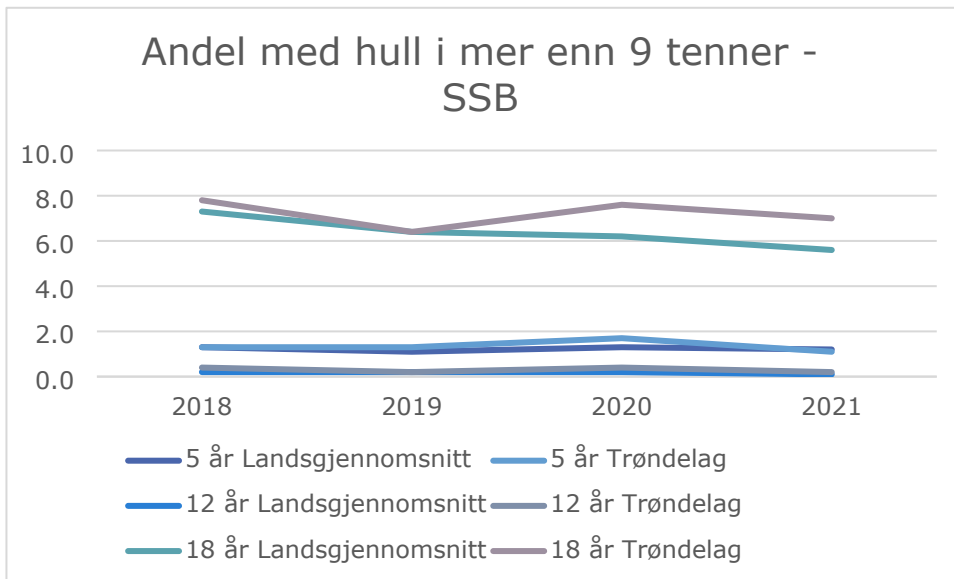
Figur 4 – gjennomsnittlig antall tenner med hull (SSB)

Tannhelsen hos barn i Trøndelag er omtrent som på landsgjennomsnittet, med små variasjoner.



Figur 5 – andelen barn uten hull eller manglende tenner (SSB)

Som tabellen over viser også denne at tannhelsen på trønderske barn og unge følger landsgjennomsnittet.



Figur 6 – andelen barn med hull i mer enn 9 tenner (SSB)

Trønderske 18-åringere har de siste årene hatt nesten et hull mer enn landsgjennomsnittet. Årsaken kan skyldes ulik prioritering under pandemien, der vi i Trøndelag har gitt mer behandling til de med dårligst tannstatus. I tilfelle vil vi kunne se en utjevning når vi nå er over i mer normal drift.

### 3.8 utfordringer i folkehelsearbeidet

«Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen» [Tannhelsetjenesteloven § 1-2](#)

«Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere helsefremmende og forebyggende arbeid for helse befolkningen samt gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til prioriterte grupper». [Tannhelsetjenesteloven § 1-3](#)

Utfordringene i tannhelsetjenestens folkehelsearbeid er mange<sup>iii</sup>. Noen har vi til felles med fylkeskommunens generelle folkehelsearbeid. Tannhelsetjenestens folkehelsekoordinator inngår av den grunn i fylkeskommunens folkehelsegruppe slik at tannhelsetjenesten bidrar inn i og drar veksler av fylkeskommunens folkehelsearbeid.





### **3.9 Oppgavefordeling mellom tannhelsepersonellet**

På en del klinikker mangler vi i dag tannpleier. Det fører til at tannlegene må ta ansvaret med forebyggende og helsefremmende arbeid, som f.eks. undersøkelser av barn og unge, undersøkelser på institusjoner og samarbeid med kommunene. Dette er en lite hensiktsmessig ressursbruk. I en situasjon der vi har utfordringer med å rekruttere nok tannhelsepersonell, spesielt tannleger, er det nødvendig å sikre at de ulike arbeidsoppgavene er tilpasset den enkelte ansattes kvalifikasjoner.

Tannpleierressursen bør benyttes til forebyggende og helsefremmende arbeid, både i og utenfor klinikk. Større bruk av ressurser til forebyggende behandling vil vi minske den enkeltes behov for behandling hos tannlege. Det forutsetter at vi har tannpleiere nok og at vi har en klinikkstruktur som gjør dette mulig.

Dagens klinikkstruktur har ikke en innretning som gjør det mulig å ansette flere tannpleiere og samtidig benytte ressursene godt nok. Kapasiteten på klinikkene er utnyttet fullt ut når alle stillinger er besatt. Det forebyggende arbeidet, og effektene av dette, har foreløpig ikke stor nok plass til at vi kan redusere på antallet tannleger. Kombinasjonen av at vi ikke kan redusere antallet tannleger uten at det går utover forsvarligheten i det tilbudet vi skal gi, og at vi ikke har plass til flere tannpleiere gjør at det forebyggende arbeidet stagnerer noe. Dette vil vi imidlertid kunne få til ved etablering av større enheter der vi lettere vil kunne være fleksible på hvilke behandlerressurser vi har på klinikkene. Utdanningskapasiteten ved landets tannpleierutdanninger er heller ikke stor nok til å møte morgendagens behov for denne ressursen dersom vi skal kunne klare å forebygge utviklingen av tannsykdom.

Et tiltak som vil kunne gi relativt rask effekt, vil være å ansette tannhelsesekretærer for å assistere tannpleierne i sitt daglige virke. Dette er imidlertid ikke testet ut over tid, og følgelig er det vanskelig å si noe om hvordan et slikt tiltak vil virke over tid.

### **3.10 Klinikkløkaler og utstysrbehov**

Seksjon eiendom har utarbeidet en foreløpig oversikt over utbedringsbehov i påvente av en tilstandsrapport de skal utarbeide i løpet av 2022-2024.<sup>iv</sup> Det er behov for utbedringer på flere av våre klinikker, men ordinær oppussing tas gjennom driftsmidler hos tannhelse eller investeringsmidler hos eiendom.



Det har vært sendt ut forespørsel til klinikkene om hvilke oppgraderings- og utstyrskrav klinikkene har. Det som går igjen her er panoramarøntgenmaskin, digital avtrykksskanner, intraoral skanner, mikroskop, utstyr for maskinell rotbehandlingsterapi og betalingsautomat for pasientbetaling. Flere klinikker melder også om gamle behandlingsstoler og slitte lokaler.

En generell utfordring vi har med drift på 58 lokasjoner, er at det er mange klinikker og mye utstyr som skal vedlikeholdes. Vi har i dag ca. 220 behandlingenheter med en levetid på cirka 15 år. I løpet av 15 år vil utskifting av disse gi en kostnad på cirka 60 millioner kroner. I tillegg tilkommer utskifting av annet utstyr.

En desentralisert klinikkstruktur sørger imidlertid for at pasientene får behandling i relativt nært der de bor. Kortere reiseavstand gir et lavere klimaavtrykk i form av vi får våre behandlere til å reise i stedet for mange av pasientene.

### **3.11 Kvalitetsindikatorer**

Kvalitetsindikatorer er et viktig verktøy i arbeidet med å sikre befolkningen nødvendig tilgang på tannhelsetjenester av god kvalitet. Hensikten med kvalitetsindikatorerne er å:

- gi tannhelsepersonellet en forutsetning for å drive lokalt forbedringsarbeid
- gi ledere på alle nivå styringsgrunnlag
- gi politiske ledere grunnlag for prioritering i tannhelsetjenesten
- bidra til åpenhet og informasjon for brukere av tjenesten.

Følgende kvalitetsindikatorer brukes eller skal innføres:

Gruppe A – Barn og unge 0 – 18 år

- Tannhelse og kariesforekomst blant 3-åring
- Tannhelse og kariesforekomst blant 5-åring
- Tannhelse og kariesforekomst blant 12-åring
- Tannhelse og kariesforekomst blant 15-åring
- Tannhelse og kariesforekomst blant 18-åring
- Sic-indeks (som viser antall tenner med hull på den tredjedel av 12-åringene med flest hull)



- Andelen undersøkt og behandlet bør i løpet av et år være 67 %

#### Gruppe B – Psykisk utviklingshemmede

- Andelen undersøkt og behandlet bør i løpet av et år være 90 %

#### Gruppe C1 – Pasienter på institusjon

- Andelen undersøkt og behandlet bør i løpet av et år være 90 %

#### Gruppe C2 – Eldre, uføre og langtidssyke i hjemmesykepleie

- Andelen undersøkt og behandlet, av pasienter registrert i våre systemer, bør i løpet av et år være 67 %
- Belegg- og slimhinneindeks

#### Voksne betalende pasienter:

Inntjeningen bør, for ansatte med mer enn 3 års erfaring, ligge opptil den til enhver tids gjeldende timetakst.

#### Sykefravær:

- Sykefraværet i tannhelsetjenesten totalt bør være under 7 %.



## 4. MULIGE LØSNINGER

Sårbare fagmiljø er sårbare fordi enhetene er for små. Det innebærer at enten vil bli stående uten, eller med forholdsvis få behandlere, når ansatte slutter. Som beskrevet i punkt 3.6 står vi ovenfor ganske betydelige endringer i årene framover. Trøndelag fylkeskommune kan velge å opprettholde den strukturen tjenesten har i dag. Det har imidlertid en kostnad i form av at vi bruker tilgjengelig behandlerressurs til å reise i stedet for behandling. En annen konsekvens er at de utfordringene vi har i dag vil bli større på sikt da tilgangen på helsepersonell vil bli lavere i fremtiden enn hva den er i dag.

En annen mulighet er å redusere antallet klinikker for å bygge større og sterkere fagmiljø. Antallet behandlere skal ikke reduseres, men tjenesten kan organiseres slik at fylkeskommunen er i stand til å levere gode tannhelsetjenester også i perioder med redusert tilgang på personell ved at den kliniske ressursen brukes mest mulig effektivt, det vil si på klinikk, og ikke til reisetid.

For noen pasienter, spesielt de mest sårbare er det imidlertid en utfordring å komme seg til klinikk. Disse pasientene kan man hjelpe ved å ta i bruk mobile tannbehandlingsenheter, slik som Møre og Romsdal fylkeskommune har gjort, for å hjelpe pasienter med behov for dette i relativ nærhet til hjemmet der det ikke finnes noe godt behandlingstilbud.

### 4.1 Attraktive fagmiljø

Sett fra tannhelsepersonellets ståsted skapes et attraktivt fagmiljø av varierte arbeidsoppgaver, kompetente medarbeidere og egen utvikling i et faglig fundert fellesskap. For at vi skal skape dette bør klinikkene være av en viss størrelse under forutsetning av at pasientomfanget er stort nok. Slik kan vi skape erfaring og kompetanse nok ved våre klinikker slik at vi kan gi pasientene riktig behandling til riktig tid. En forutsetning for å få til dette er at antall klinikker reduseres, slik at vi får bygd opp større fagmiljø, noe som også vil gi den effekten at tjenesten blir mindre sårbar for vakanser.



## 4.2 Ambulerende virksomhet og mobilt behandlingsutstyr

Bruk av biklinikker gir ingen bedriftsøkonomisk gevinst, men sikrer innbyggerne nærhet til tjenestene. På alle biklinikker leier vi lokaler og har derved kostnader for husleie. Ansatte som ambulerer har krav på ulempetillegg, for klinisk arbeid på annet sted enn oppmøteklipp. I tillegg får de ansatte skysstrefusjon for reise til annet arbeidssted, i henhold til statens reiseregulativ. Reisetid mellom hovedklinikk til biklinikk regnes som arbeidstid med den følgen at klinisk tid går tapt ved flytting av tannhelsepersonell mellom klinikker.

Biklinikkene må også være utstyrt for å kunne utføre tannbehandling på en god måte. Mange av disse klinikkene har behov for omfattende renovering og fornyelse av utstyr. I rene årlige driftskostnader har vi følgende utgifter til å holde den enkelte ambuleringsklinikk i drift sammenlignet med å flytte pasientene til hovedklinikkene. Da er husleie, kostnader knyttet til flytting av personell, eventuelle skysstrefusjoner til pasientene innberegnet:

Klinikk	Driftskostnader	Klinikk	Driftskostnader
Berkåk	263 000	Malm	645 000
Høylandet	538 000	Meråker	424 000
Jøa	95 000	Namsskogan	711 000
Lauvsnes	286 000	Osen	320 000
Leksvik	495 000	Rindal	486 000
Lensvik	424 000	Snåsa	450 000
Leka	214 000	Tydal	295 000
Liabø	391 000		
		SUM:	6 037 000

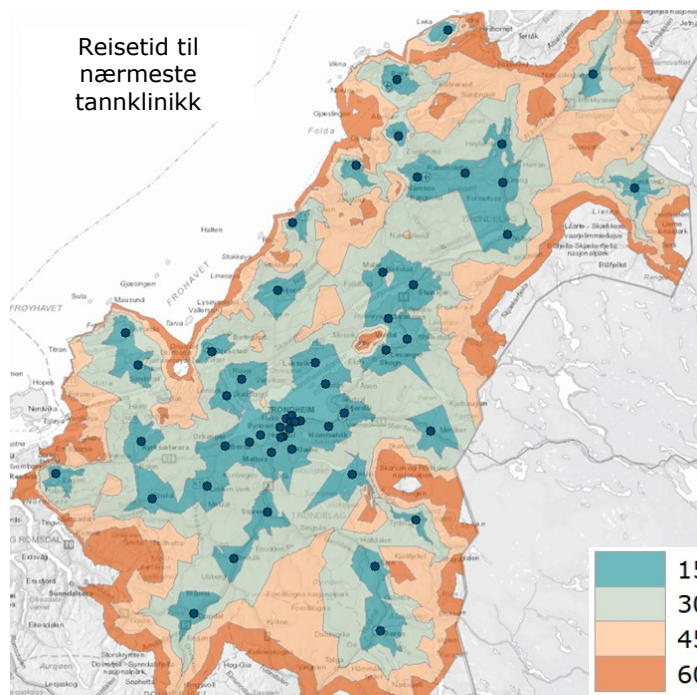
**Tabell 4 –kostnad ved opprettholdelse av biklinikker\* \*Løkken er ikke tatt med da det er besluttet at denne skal flyttes til Meldal og opprettes som ny klinikk der.**

I tillegg til faste driftsutgifter tilkommer utgifter til renovering av klinikk og skifte av utstyr. Renovering av klinikk og utbytting av utstyr belastes Seksjon tannhelses driftsbudsjett.

### 4.3 Reiseavstand og tilgjengelighet

#### Dagens struktur:

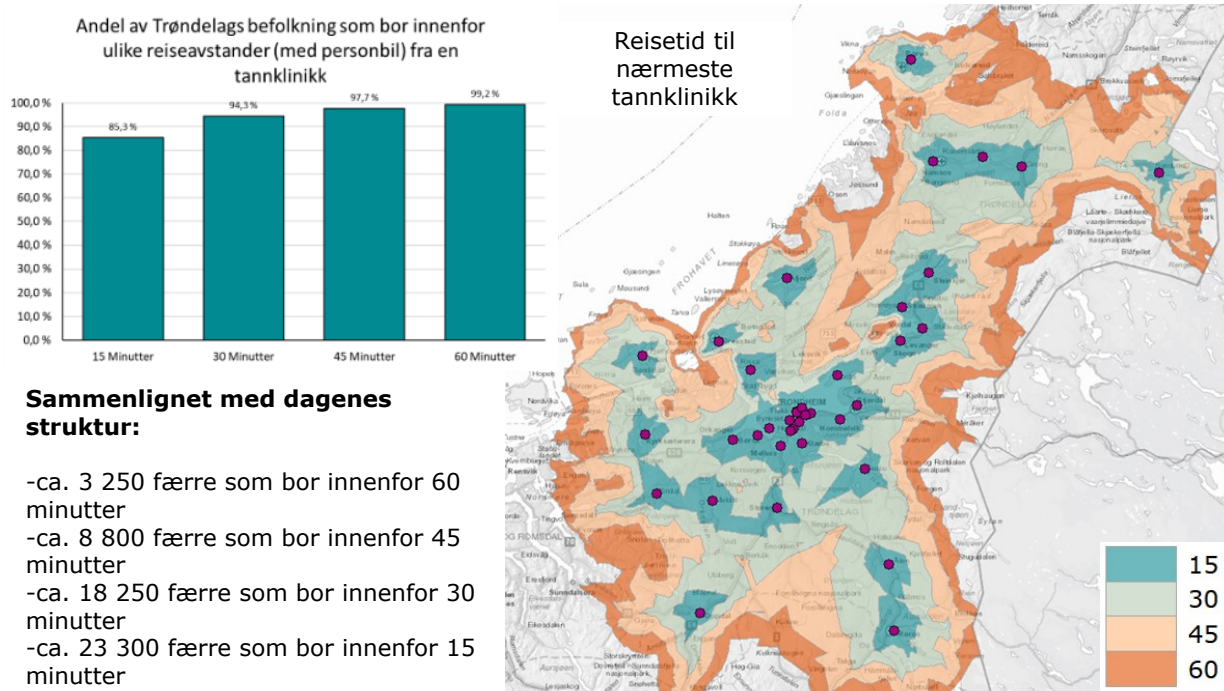
- ca. 473 700 som bor innenfor 60 minutter
- ca. 472 100 som bor innenfor 45 minutter
- ca. 465 600 som bor innenfor 30 minutter
- ca. 427 600 som bor innenfor 15 minutter



Figur 7 – reiseavstand for befolkningen i Trøndelag

Av tabellen ser vi at 98,2 % av innbyggerne i fylket i dag har en offentlig tannklinikk innen 30 minutters reiseavstand, og hele 99,9 % når en tannklinikk i løpet av en time.

Dersom vi tar bort alle ambuleringsklinikker og slår sammen klinikkene på Hitra og Frøya vil kartet se slik ut:



**Figur 8 - reiseavstand for befolkningen i Trøndelag hvis alle ambuleringsklinikker legges ned**

Det vil gi følgende økonomiske konsekvenser:

Klinikk	Årlige driftsutgifter	Fremtidige investeringer	Oppussingsbehov	Total kostnad kommende tiårsperiode
Berkåk	263 000	1 000 000	1 500 000	5 130 000
Frøya <sup>13</sup>	0	1 000 000	0	1 000 000
Høylandet	538 000	1 000 000	300 000	6 680 000
Jøa	95 000	1 000 000	300 000	2 250 000
Lauvsnes	286 000	1 000 000	300 000	4 160 000
Leksvik	495 000	1 000 000	50 000	6 000 000
Lensvik	424 000	1 000 000	200 000	5 440 000
Leka	214 000	1 000 000	100 000	3 240 000
Liabø	391 000	1 000 000	500 000	5 410 000

<sup>13</sup> Slås sammen med Hitra. Det er ikke lagt inn noen besparinger ettersom at klinikken på Hitra i tilfelle må utvides.



Malm <sup>14</sup>	645 000	500 000	200 000	7 150 000
Meråker <sup>15</sup>	424 000	1 500 000	200 000	5 940 000
Namsskogan <sup>16</sup>	711 000	1 500 000	400 000	9 010 000
Osen	320 000	0	0	3 200 000
Overhalla <sup>17</sup>	0	1 000 000	0	1 000 000
Rindal	486 000	1 000 000	0	5 860 000
Snåsa <sup>18</sup>	450 000	1 500 000	200 000	6 200 000
Tydal <sup>19</sup>	295 000	1 500 000	500 000	4 950 000
<b>Totalt</b>	<b>5 918 000</b>	<b>17 500 000</b>	<b>4 750 000</b>	<b>82 620 000</b>

**Tabell 5- kostnad ved opprettholdelse av biklinikker og enkelte hovedklinikker der det er kort vei til neste klinikk.**

I et slikt scenario vil pasienter ved klinikkene, Lauvsnes, Leka, Meråker, Namsskogan og Osen ha mer enn en times reisevei til hovedklinikk.

En annen mulighet er at vi legger ned ambuleringsklinikkerne der pasientene ikke må reise mer enn en time for å komme til hovedklinikk, legger Frøya som ambuleringsklinikk til Hitra og slår sammen Namsos og Overhalla ved nyetablering av klinikk på Namsos. Frøya tannklinikk er i dag fast bemannet og kan fungere som ambuleringsklinikk fram til Hitra fram til det er behov for å gjøre omfattende rehabilitering av klinikken.

<sup>14</sup> Har ny behandlingsenhet og innredning på behandlingsrom.

<sup>15</sup> To behandlingsenheter

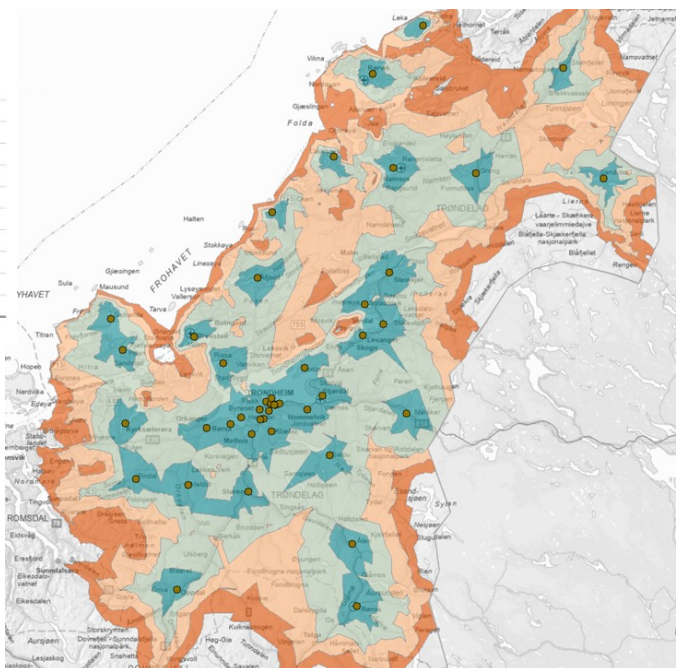
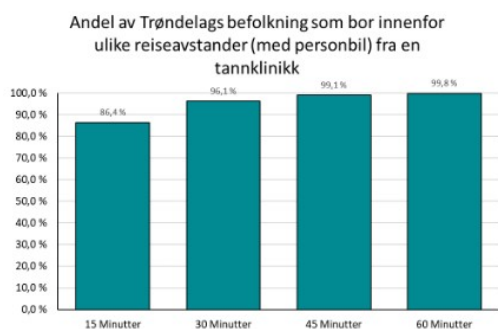
<sup>16</sup> To behandlingsenheter

<sup>17</sup> Kan slås sammen med Namsos tannklinikk når ny videregående skole opprettes der.

<sup>18</sup> To behandlingsenheter, fremleie til privatpraktiserende tannlege

<sup>19</sup> Tydal kommune ønsker klinikken flyttet





### Sammenlignet med dagenes struktur:

- ca. 500 færre som bor innenfor 60 minutter
- ca. 2 400 færre som bor innenfor 45 minutter
- ca. 9 900 færre som bor innenfor 30 minutter
- ca. 18 100 færre som bor innenfor 15 minutter

**Figur 9 - reiseavstand for befolkningen i Trøndelag ambuleringsklinikker innenfor en times reisevei legges ned**

Klinikk	Årlige driftsutgifter	Fremtidige investeringer	Oppussingsbehov	Total kostnad kommende tiårsperiode
Berkåk	263 000	1 000 000	1 500 000	5 130 000
Høylandet	538 000	1 000 000	300 000	6 680 000
Jøa	95 000	1 000 000	300 000	2 250 000
Leksvik	495 000	1 000 000	50 000	6 000 000
Lensvik	424 000	1 000 000	200 000	5 440 000
Liabø	391 000	1 000 000	500 000	5 410 000
Malm <sup>20</sup>	645 000	500 000	200 000	7 150 000
Overhalla	0	1 000 000	0	1 000 000
Snåsa <sup>21</sup>	450 000	1 500 000	200 000	6 200 000
Tydal <sup>22</sup>	295 000	1 500 000	500 000	4 950 000
<b>Totalt</b>	<b>3 596 000</b>	<b>10 500 000</b>	<b>3 750 000</b>	<b>50 210 000</b>

**Figur 10 - kostnad ved opprettholdelse av biklinikker og**

<sup>20</sup> Har ny behandlingsenhet og innredning på behandlingsrom. Vil kunne bli foreslått flyttet av kommunen i kommende periode

<sup>21</sup> To behandlingsenheter, fremleie til privatpraktiserende tannlege

<sup>22</sup> Tydal kommune ønsker klinikken flyttet



#### **4.4 Behandling**

I punkt 2.6 oppgis gjennomsnittlig innkallingsintervall for barn og unge i Trøndelag på 15,1 måneder. Innkallingsintervallene baseres i hovedsak på individuelle vurderinger av den enkelte pasient. Innkalling av indikatorene, er medisinsk begrunnet, men har kun en statistisk verdi forstyrrer imidlertid de individuelt fastsatte innkallingsintervallene.

Nasjonale retningslinjer sier at ingen skal kalles inn oftere enn hver 12. måned eller sjeldnere enn hver 24. måned. Gjennom god implementering av nasjonal retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0 – 20 år, skal vi jobbe for at pasientene får innkalling til riktig tid, tilpasset den enkeltes behov og på en slik måte at vi bruker fellesskapets ressurser på mest effektiv måte.

#### **4.5 Rekruttering**

Rekruttering er i kapittel 3 beskrevet som en stor utfordring. Tannhelsetjenesten i Trøndelag bør i større grad enn i dag være til stede i utdanningsinstitusjonene. Både i videregående skole, for å vise trønderske ungdommer at tannhelse er en mulig karrierevei, og på utdanningsinstitusjoner der tannhelsepersonell utdannes for å vise at Trøndelag fylkeskommune har gode arbeidsplasser.

Man bør også vurdere å ta i bruk virkemidler som stipend under utdanning mot bindingstid for å kunne planlegge bemanningsprosessene.

### **5 ANBEFALING**

#### **5.1 Forutsetninger**

Som beskrevet i målsetningene for tannhelsetjenesten skal vi levere gode tjenester slik at våre innbyggere har mulighet og forutsetning til å bevare en god tannhelse livet ut. Det er ønskelig, som beskrevet i kapittel 3, å ha en viss størrelse på klinikkene av hensyn til kvalitet, kunnskapsdeling og rekrutteringspotensiale.

Av geografiske og demografiske hensyn er det imidlertid vanskelig å se for seg store nok enheter i hele fylket da det fort vil bli langt til nærmeste tannklinikk for pasientene dersom klinikkene skal være av en viss størrelse, f.eks. minst fem behandlere.

Den ressursen det er størst mangel på er behandlerressursen. Fylkeskommunen bør, så langt det er mulig, unngå å bruke kliniske ressurser på reisetid.



Fylkesdirektøren legger til grunn maksimalt en times kjøring til nærmeste offentlige tannklinikk. Begrunnelsen for at en times kjøring til nærmeste tannklinikk, er at for de fleste er tannhelsetjenester noe som benyttes relativt sjeldent.

## **5.2 Samlokalisering av klinikker**

Gitt dagens rekrutteringssituasjon og den forespeilede tilgangen på personell i framtiden, ser ikke fylkesdirektøren annen måte å løse denne utfordringen på enn å redusere antallet klinikker for å bygge større og sterkere fagmiljø. Det er ikke et mål å redusere antallet behandlere, men å organisere tjenesten slik at fylkeskommunen er i stand til å levere gode tjenester også i perioder med redusert tilgang på personell.

Tannhelsetjenesten i Trøndelag fylkeskommune lyktes ikke fram til 2019 med å styre mot et budsjett i balanse. Under pandemien har det sett bedre ut, men vakanser og tilskudd gitt fra sentrale myndigheter gjør at det er vanskelig å si hvordan et normalt driftsår ser ut. Følgelig vet vi ikke om dagens tjenestestruktur er økonomisk bærekraftig. Faglig bærekraftig er dagens tjenestestruktur ikke, da vi sliter med å rekruttere og beholde personell på små enheter. Ved å legge ned de fleste biklinikker får vi benyttet den behandlingsskapasiteten vi har tilgjengelig mest mulig effektivt. Klinikker med en behandler bør også vurderes nedlagt eller omgjort til biklinikker dersom man ikke får rekruttert til disse. Det anses ikke hensiktsmessig å gjøre noe med disse så lenge man har stabil bemanning. En eventuell nedleggelse flytter imidlertid reisebelastningen over på pasientene. Med den tilgangen vi kan forvente å ha på personell i årene framover er det viktig at vi utnytter behandlerkapasiteten mest mulig effektivt.

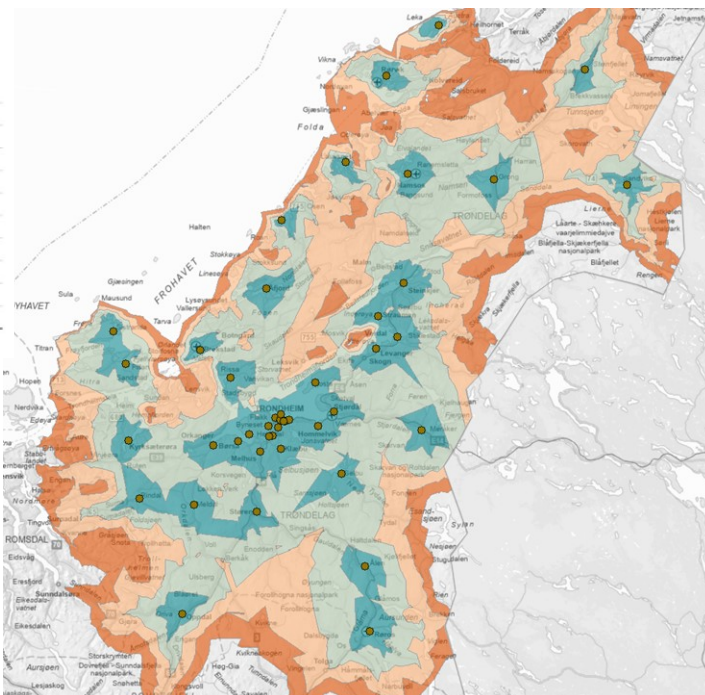
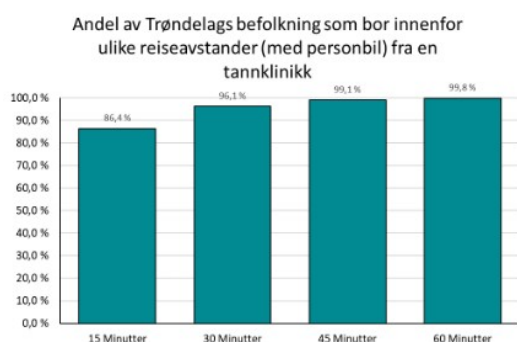
I punkt 3.7 gjøres det rede for at vi må regne med å få en pasienttilvekst i hele fylket ettersom fylkeskommunen trolig får ansvaret for flere grupper. For å kunne møte denne utfordringen bør vi i størst mulig grad holde personellet på klinikkene for å bruke den kliniske kapasiteten mest mulig effektivt. Et slikt grep vil innebære at det totale utstyrsbehovet blir lavere da vi ved sammenslåing og nedleggelse av klinikker vil ha behov for en mindre utstyrsпарк totalt sett.

Ut fra forutsetningene i punkt 5.1 kan Namsos og Overhalla slås sammen, Frøya gjøres om til en biklinikk til Hitra og følgende biklinikker legges ned: Berkåk, Høylandet, Jøa, Leksvik, Lensvik, Liabø, Malm, Snåsa og Tydal. Det bør også vurderes å legge ned en-behandlerklinikker der vi ikke får rekruttert behandlere ved ledighet,



eventuelt gjøre disse om til biklinikker. Et eksempel på det siste er Rindal tannklinikk der vi ikke har klart å rekruttere og stabilisere behandler etter at forrige tannlege gikk av med pensjon.

Ambuleringsklinikkene Lauvsnes, Leka, Meråker, Namsskogan og Osen opprettholdes på grunn av reiseavstand til nærmeste hovedklinikk. Tilbudsstrukturen vil da se slik ut:



#### Sammenlignet med dagens struktur:

- ca. 500 færre som bor innenfor 60 minutter
- ca. 2 400 færre som bor innenfor 45 minutter
- ca. 9 900 færre som bor innenfor 30 minutter
- ca. 18 100 færre som bor innenfor 15 minutter

Figur 11 - tjenestetilgang ved foreslått avvikling av ambuleringsklinikker

I Trondheim er pasienttilfanget særskilt stort da de har vekst i pasientmassen utover de nye gruppene. Av den grunn foreslås klinikkstrukturen i Trondheim behandlet særskilt senere.

### 5.3 Ny klinikkstruktur og fordeling av pasienter

I gjennomsnitt skal tannlegene ha 1050 og tannpleierne 1600 pasienter under tilsyn. Fylkeskommunens primær oppgave er pasienter nevnt i kapittel 2.1. Når den enkelte klinikk er godt nok bemannet til å håndtere pasientmassen i prioriterte grupper skal restkapasitet benyttes til å tilby behandling til voksne betalende pasienter<sup>vi</sup>.

### 5.4 Økonomiske effekter

Ved nedleggelse av biklinikkene nevnt over har vi en årlig besparelse på 3,6 millioner kroner i rene driftsutgifter. I tillegg tilkommer besparelser i form av reduserte



investerings- og oppussingsbehov. Ulempen med dette tiltaket er at vi overfører reisebelastningen og noe av skyssutgiftene til pasientene.

**Tabell 6 - økonomiske effekter av nedleggelse noen ambuleringsklinikker og samlokalisering Namsos/Overhalla**

Klinikk	Årlige driftsutgifter	Fremtidige investeringer	Oppussingsbehov	Total kostnad kommende tiårsperiode
Berkåk	263 000	1 000 000	1 500 000	5 130 000
Høylandet	538 000	1 000 000	300 000	6 680 000
Jøa	95 000	1 000 000	300 000	2 250 000
Leksvik	495 000	1 000 000	50 000	6 000 000
Lensvik	424 000	1 000 000	200 000	5 440 000
Liabø	391 000	1 000 000	500 000	5 410 000
Malm <sup>23</sup>	645 000	500 000	200 000	7 150 000
Overhalla	0	1 000 000	0	1 000 000
Snåsa <sup>24</sup>	450 000	1 500 000	200 000	6 200 000
Tydal <sup>25</sup>	295 000	1 500 000	500 000	4 950 000
<b>Totalt</b>	<b>3 596 000</b>	<b>10 500 000</b>	<b>3 750 000</b>	<b>50 210 000</b>

I tillegg vil vi i kommende ti-årsperiode unngå fremtidige investeringer og behov for oppussing for totalt 15 350 000 kroner.

## 5.5 Andre tiltak

Noen sengeliggende pasienter har for store utfordringer med å bli transportert at det ikke er et reelt alternativ å oppsøke behandling utenfor eget hjem. Disse får følgelig ingen forebyggende behandling. Enkelte av disse, f.eks. ME-syke har ofte heller ingen hjemmesykepleie slik at de ikke har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er voksne mennesker som ingen har ansvaret for å følge opp, all behandling vil i så måte måtte skje gjennom frivillighet. For de få pasientene det er snakk om, vil det være av stor betydning at de kan få muligheten til å få behandling i eget hjem. Det er mulig å gå til anskaffelse av mobilt tannbehandlingsutstyr. Undersøkelser fra andre

<sup>23</sup> Har ny behandlingsenhet og innredning på behandlingsrom. Vil kunne bli foreslått flyttet av kommunen i kommende periode

<sup>24</sup> To behandlingsenheter, fremleie til privatpraktiserende tannlege

<sup>25</sup> Tydal kommune ønsker klinikken flyttet



fylker viser at det koster anslagsvis 200 000 kroner per enhet. Vi har ikke behov for mange slike i Trøndelag. Med en per tannhelsedistrikt vil vi komme langt.

Dette er imidlertid utstyr vi ikke kan regne med å få finansiert gjennom pasientinntekter. Det må vurderes om fylkeskommunen med det ansvaret som er gitt i tannhelsetjenesteloven, om å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelig i rimelig grad, skal ta på seg kostnaden med å lage et tjenestetilbud til denne pasientgruppen.

## 5.6 Gevinster/Investeringer

Dersom anbefalingen følges, vil fylkeskommunen kunne bruke midlene vi sparer for å opprettholde drift og fremtidige investeringer på ambuleringsklinikkene brukes til å investere for ca. 24 millioner kroner i utstyr på andre klinikker:

**Tabell 7 – fremtidig investeringsbehov**

Distrikt	Klinikk	Digital avtrykks-skanner	OPG	Røntgen-skanner	Mobilt utstyr for tann-behandling	Mikroskop/mobilt røntgen/EM S/annet utstyr
Sørøst	Melhus	300 000		100 000	200 000	200 000
	Malvik	300 000	200 000	50 000	200 000	
	Oppdal	300 000	200 000	50 000	200 000	200 000
	Røros	300 000		50 000	200 000	200 000
	Støren	300 000		50 000		
	Selbu	300 000	200 000	50 000	200 000	200 000
	Holtålen	300 000		50 000		
Sørvest	Heim	300 000		50 000	200 000	
	Hitra	300 000	200 000	50 000	200 000	200 000
	Orkland	300 000		100 000	200 000	200 000
	Skaun	300 000		50 000		
Tr.heim sør	Klæbu	300 000	200 000	50 000		
	Tiller	300 000		150 000	200 000	200 000
	Spongdal	300 000		50 000		
	Byåsen	300 000		100 000	200 000	200 000



Tr.heim øst	Brundalen	300 000		100 000	200 000	200 000
	Risvollan	300 000	200 000	50 000		200 000
	Valentinlyst	300 000	200 000	50 000		
	Ranheim	300 000	200 000	50 000		
	Lade	300 000	200 000	100 000	200 000	200 000
	Sentrum	300 000		50 000		
Værnes	Stjørdal	300 000		100 000	200 000	200 000
	Levanger	300 000		100 000	200 000	200 000
	Frosta	300 000		50 000		
Innherred og Fosen	Steinkjer	300 000		100 000	200 000	200 000
	Inderøy	300 000		50 000		
	Verdal	300 000		50 000	200 000	200 000
	Rissa	300 000		50 000	200 000	200 000
	Åfjord	300 000		50 000	200 000	
	Ørland	300 000	200 000	50 000	200 000	200 000
Namdal	Namsos	300 000		100 000	200 000	200 000
	Grong	300 000		50 000	200 000	200 000
	Lierne	300 000		50 000		
	Ytre Namdal	300 000		50 000	200 000	200 000
<b>Totalt</b>		<b>11 400 000</b>	<b>2 000 000</b>	<b>2 300 000</b>	<b>4 400 000</b>	<b>4 000 000</b>

I tillegg vil vi ha vi tilgjengelige midler innenfor nåværende ramme til å ta unna etterslep på gamle behandlingsstoler (såkalte uniter).

## 5.7 Andre muligheter

Opprettelse av et odontologisk fakultet eller en odontologisk studieretning i Midt-Norge vil trolig bedre rekrutteringssituasjonen da studenter ofte etablerer seg i nærheten av studiested. Opprettelse av en tannpleierutdanning i Trøndelag vil kunne bidra til å sikre fremtidig behov for denne profesjonen.

Man kan også vurdere å utnytte klinikkene mer effektivt ved å utvide åpningstidene. De fylkeskommunale klinikkene er stengt i 2/3 av døgnet. Utvidet åpningstid vil gjøre at vi får utnyttet romkapasiteten vi i dag har betydelig bedre, uten at vi må gjøre betydelige investeringer i lokaler. Dette krever imidlertid mer personell, en ressurs vi i dag ikke har tilgang på.





## REFERANSER

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2008, februar 12). *Vederlagsfri tannbehandling til personer i kommunal rusomsorg eller LAR*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer\\_kta/dokumenter/rundskriv\\_i\\_4\\_2008.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/rundskriv_i_4_2008.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. (1984, januar 01). *tannhelsetjenesteloven*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

KS. (2021, april 04). *www.ks.no*. Hentet fra Omsorg 2050: <https://www.ks.no/contentassets/2edf2232573a4f98b5eb81c9649087fc/rapport2021-1.pdf2LTUzMmU0NzlkOWExYSIsImMiOjh9>

KS. (u.d.). *Tannhelse i Trøndelag*. Hentet fra Tannhelse i Trøndelag: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMzI1MmQ1MjktZGY5Yy00MTQxLTkyNDctZjFINGUzZjY0ZThlIiwidCI6ImI2Mz0ZDAXLTEzYjktNDUzMS1hM2E2LTUzMmU0NzlkOWExYSIsImMiOjh9>

MRFK. (2019). *Organisering og struktur for den offentlige tannhelsetenesta i Møre og Romsdal*. Molde: Møre og Romsdal fylkeskommune.

SSB. (u.d.). *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra Statistikkbanken: <https://www.ssb.no/statbank/table/13033/>

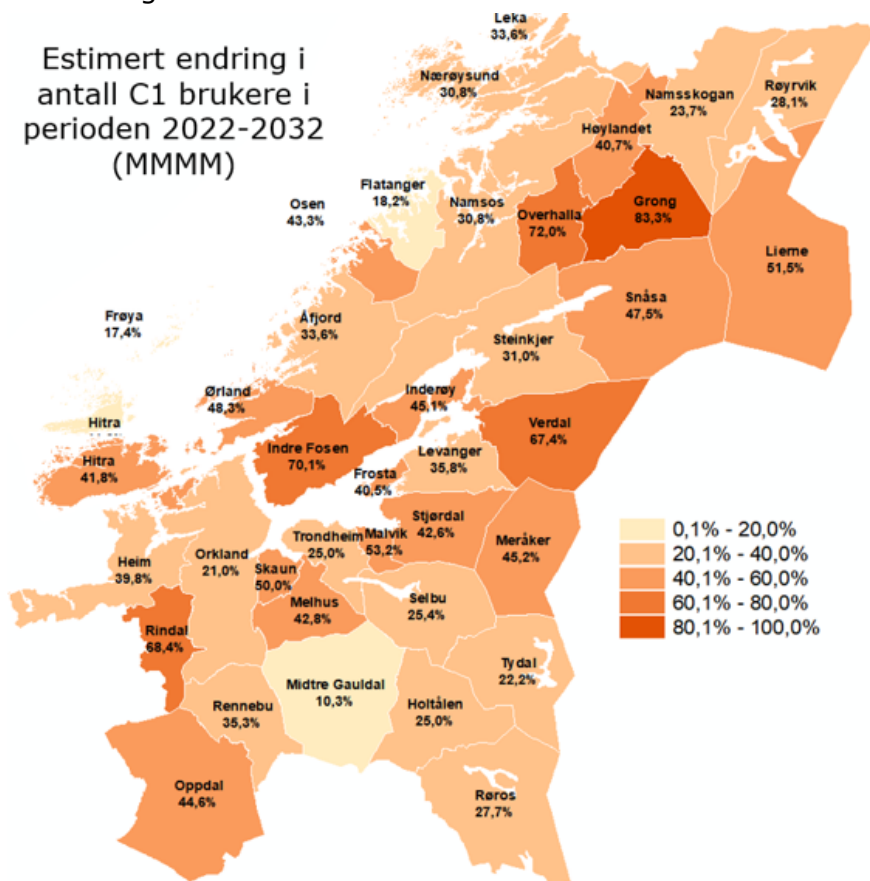
Tabell 1 – klinikkstørrelser .....	11
Tabell 2 - tannhelsesdata .....	16
Tabell 3 - sykefravær .....	20
Tabell 4 –kostnad ved opprettholdelse av biklinikker *Løkken er ikke tatt med da det er besluttet at denne skal flyttes til Meldal og opprettes som ny klinikk der. ....	30
Tabell 5- kostnad ved opprettholdelse av biklinikker og enkelte hovedklinikker der det er kort vei til neste klinikk. ....	33
Tabell 6 - økonomiske effekter av nedleggelse noen ambuleringsklinikker og samlokalisering Namsos/Overhalla .....	38
Tabell 7 – fremtidig investeringsbehov .....	39
Figur 1 – fordeling av ansatte på profesjoner, årsverk .....	10





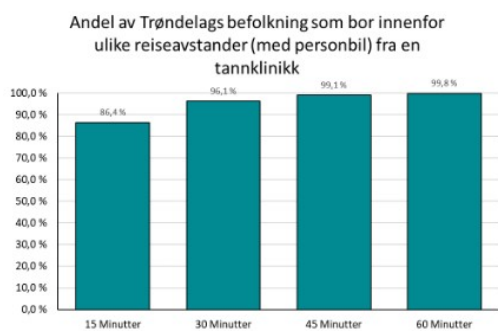
Figur 2 – pasientgrupper inkludert pasienter i narkose. Pasienter i TOO regnes som voksne betalende i denne oversikten, pasienter med rettigheter som følge av rusmiddelproblem kommer ikke fram i denne oversikten. Gruppe G (Unge voksne mellom 21 og 26 år er ikke med i oversikten da de ikke hadde rettigheter i 2021.....15

Estimert endring i  
antall C1 brukere i  
perioden 2022-2032  
(MMMM)



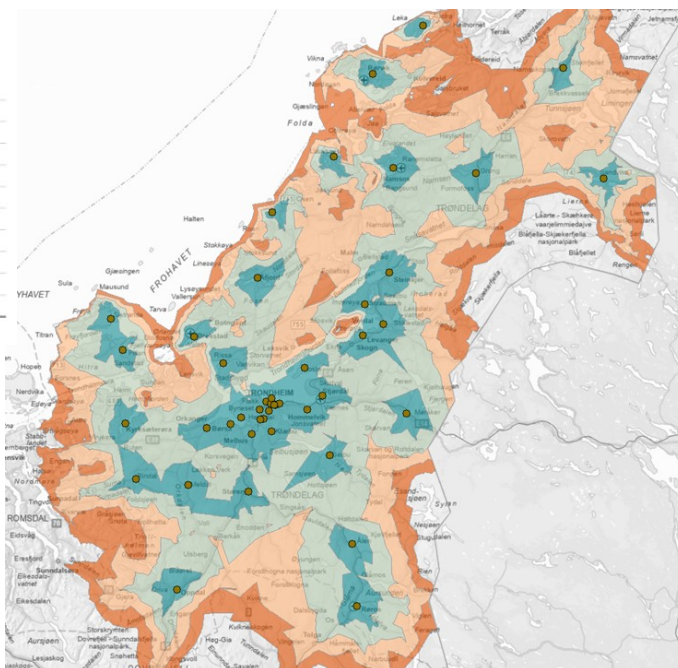
Figur 3 – forventet

økning av pasienter i institusjon om ti år .....	21
Figur 4 – gjennomsnittlig antall tenner med hull .....	24
Figur 5 – andelen barn uten hull eller manglende tenner.....	24
Figur 6 – andelen barn med hull i mer enn 9 tenner .....	25
Figur 7 – reiseavstand for befolkningen i Trøndelag.....	31
Figur 8 - reiseavstand for befolkningen i Trøndelag hvis alle ambuleringsklinikker legges ned.....	32



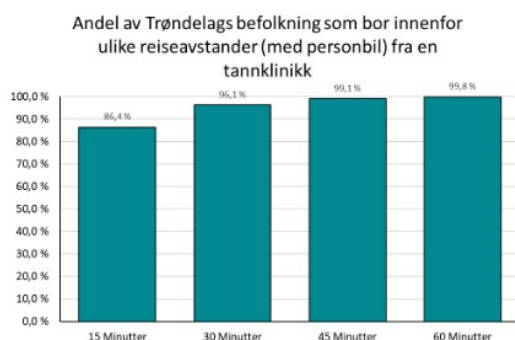
**Sammenlignet med dagens struktur:**

- ca. 500 færre som bor innenfor 60 minutter
- ca. 2 400 færre som bor innenfor 45 minutter
- ca. 9 900 færre som bor innenfor 30 minutter
- ca. 18 100 færre som bor innenfor 15 minutter



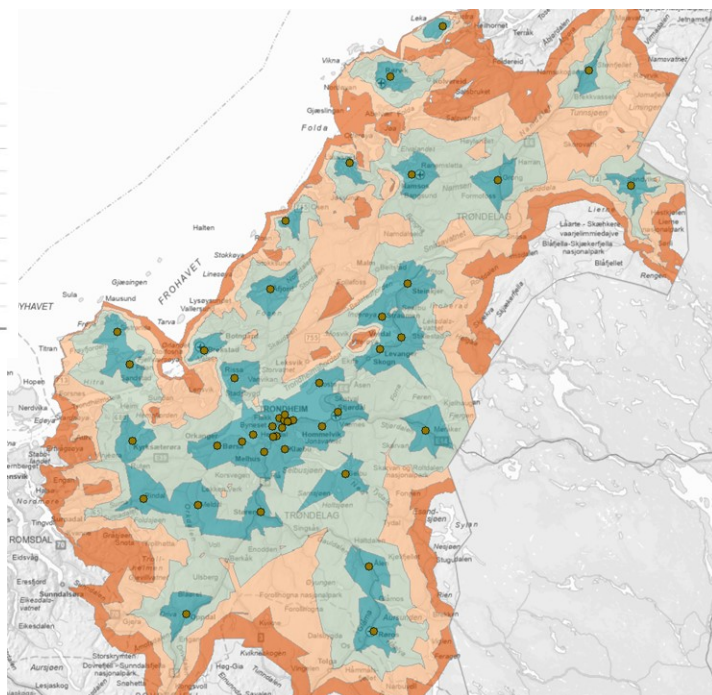
Figur 9 - reiseavstand for befolkningen i Trøndelag ambuleringsklinikker innenfor en times reisevei legges ned .....34

Figur 10 - kostnad ved opprettholdelse av biklinikker og .....34



**Sammenlignet med dagens struktur:**

- ca. 500 færre som bor innenfor 60 minutter
- ca. 2 400 færre som bor innenfor 45 minutter
- ca. 9 900 færre som bor innenfor 30 minutter
- ca. 18 100 færre som bor innenfor 15 minutter



Figur 11 - tjenestetilgang ved foreslått avvikling av ambuleringsklinikker .....37

<sup>i</sup> Vedlegg 1 – TkMidts innspill til tannhelseplan



- 
- ii Vedlegg 2 – Handlingsplan for folkehelsearbeidet i tannhelsetjenesten
  - iii Vedlegg 3 - Tiltaksplan for helsefremmende og forebyggende arbeid
  - iv Vedlegg 4 – Foreløpig oversikt oppussings- og vedlikeholdsbehov klinikker
  - v Vedlegg 5 – Beregning av kostnader for opprettholdelse av biklinikker
  - vi Vedlegg 6 – Beregning av behovet for behandlere



## TkMidts innspill til Tannhelseplan

### Regionens behov for spesialister og hvor de bør være ansatt

#### Bakgrunn

Tilgangen på spesialister innenfor tannhelsetjenesten i Trøndelag er dårligere enn i resten av landet. For å opprettholde et adekvat spesialisttilbud til befolkningen er det behov for en god forsyning av spesialister til regionen. Rekruttering av flere spesialister til regionen er av stor betydning for tilbudet til innbyggerne i Trøndelag. Erfaringene tilsier at lokal tilknytning er en stabiliserende faktor. Rekruttering av kandidater til spesialistutdanning bør derfor foregå blant tannhelsepersonell med regional tilknytning.

Det er store gevinster for pasientene i å organisere spesialistdisiplinene samlet slik at tverrfaglig tilnærming til pasienter med komplekse utfordringer kan løses på beste måte for pasientene. Den tradisjonelle måten å organisere spesialisttjenester på, er enkeltvis i privat praksis. Tverrfaglighet er med dagens private organisering dårlig ivaretatt.

Kompetansesentrenes organisering med å ha alle spesialiteter tilgjengelig og i tverrfaglig samarbeid fører til et nivået på pasientbehandlingen og da spesielt komplekse kasus løftes til et høyere nivå. TkMidt har pt. ikke nok spesialistressurser for å dekke behovet verken for pasientbehandling eller utdanning i regionen, dette er nå i endring.

#### Lover

I «Lov om tannhelsetjenesten» er det regulert at enkelte pasientgrupper, som gruppe A (barn og ungdom 0-18år), skal være tilknyttet den offentlige tannhelsetjenesten DOT. Der er det hensiktsmessig at spesialistene er organisert i eller med nær tilknytning til tannhelsetjenesten. Dette gjelder særlig for pedodontister og kjeveortopedier som nesten utelukkende behandler barn og ungdom.

#### § 1-3. (Omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten)

*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.

*I 2022 ble gruppe g. lagt til som var unge voksne som fyller 20 og 21 år i behandlingsåret. I 2023 ble gruppe. g utvidet til unge voksne som fyller 20 til 26 år i behandlingsåret.*

Grunnet behovet for tverrfaglig spesialistbehandling og det private markedets manglende evne til å organisere et slikt tilbud, er det naturlig at det offentlige tar ansvaret for denne oppgaven. Stortingsmelding 35 (2026-2007) adresserer dette behovet og har gitt det som et oppdrag for kompetansesentrene. Oppdraget til kompetansesentrene er:

- sikre tilgang til spesialisttannlege tjenester for befolkningen og ta imot henvisninger fra allmenntannhelsetjenesten, leger og andre
- gi rådgivning til en samlet tannhelsetjeneste, til helsetjenesten og til befolkningen
- bidra til desentralisert spesialistutdanning av tannleger og tilby klinisk praksistrening for tannleger under spesialistbehandling i samarbeid med odontologiske læresteder
- utøve og legge til rette for forskning og faglig utvikling i tannhelsetjenesten i samarbeid med andre relevante fagmiljøer

- drive etterutdanning av tannhelsepersonell og annet helsepersonell
- bidra til rekruttering og stabilisering av tannhelsepersonell i regionen

For å løse oppdraget må man ha nok spesialistkapasitet i kompetansesentrene for å få i stand det tverrfaglige samarbeidet og ha muligheten for å utdanne flere spesialister, i tillegg til å stå for rådgivning, veiledning- og kursvirksomhet.

Ansvarsplasseringen er regulert av lover, der Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Det er kun universitetene som etter Universitets og høyskoleloven kan utdanne tannlegespesialister. Kompetansesentrene står i en mellomstilling med oppdrag om å delta i utdanningen av spesialister. Dette oppdraget forutsetter at kompetansesentrene har tilstrekkelig antall spesialister som kan fungere i rollen som veiledere for spesialistkandidatene. Tatt i betraktning behovet for antall spesialister pr. 100 000 innbyggere vil det i flere disipliner tilsi at alle eller en stor andel av spesialistene må være ansatte ved kompetansesenteret.

### Antall spesialister/normtall

Regionens behov av spesialister kan i stor grad beregnes med hjelp av de normtall som Helsedirektoratet bruker for dimensjonering av spesialisthelsetjenestene innenfor tannhelsetjenesten. Normtallet angir antall årsverk med spesialist innenfor den enkelte disiplinen pr. 100 000 innbyggere. Trøndelag ligger i bunn i antall spesialister pr. innbygger.

Spesialitet	Antall spesialister	Spesialister ved TkMidt	Normtall	Aldersbetinget avgang 2028	Regionale vurderinger	Under utdanning	Behov
Endodonti	3,5	0,3	3,8	1	-1	0	0
Multidisiplinær odontologi	1,0	0,0	1,0	0	0	0	0
Oral protetik	4,0	0,0	4,5	0	0	0	0
Oral radiologi	1,2	0,2	1,0	0	0	0	0
Oral kirurgi	4,1	0,6	5,7	1	0	4	0
Periodonti	4,5	1,0	4,5	1	0	1	0
Pedodonti	3,0	2,0	3,0	0	0	0	0
Kjeveortopedi	11,0	0,6	16,0	1	-4	2	0
<b>Sum</b>	<b>32</b>	<b>5</b>	<b>39</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>1</b>

### TkMidts oppdrag og behovet for spesialister

#### *Tverrfaglighet*

Det er utviklende for TkMidts spesialister å ha tilgang på kollegaer både innenfor sin egen disiplin og andre disipliner for å kunne diskutere fag og pasientkasus. Dette taler for å samle flere spesialister innenfor samme disiplin under samme tak. De offentlig ansatte spesialistene bør derfor organiseres ved kompetansesenteret. For god geografisk spredning av tjenester kan kompetansesenteret organiseres med kompletterende satellittklinikker bemannet med spesialister som veksler mellom å være på satellittklinik og på TkMidt. For bedret diagnostikk i tjenesten kan muligheten for OPG og CBCT-opptak med fordel være bedre geografisk spredt i fylket.

#### *Desentralisert utdanning*

TkMidt som regionalt odontologisk kompetansesenter skal i samarbeid med fakultetene tilby desentralisert spesialistutdanning til spesialistkandidater. Det betyr at TkMidt har behov for tilgjengelige ressurser som har kompetanse til å veilede kandidater og kan bidra i arbeid med spesialistoppgave innenfor alle disipliner. Veilederressursen må da dobbelkompetanse med både spesialisering og doktorgrad.

#### *Rådgivning/veiledning*

Kompetansesentrene har som oppdrag fra Helsedirektoratet å bistå tannhelsetjenesten med rådgivning og veiledning. Kompetansesentrene har finansiering for å gjøre denne jobben for tjenesten, dette skiller kompetansesentrene fra de private aktørene som ikke har de samme forutsetningene.

### *Hospitering*

Kompetansesentrene tar imot hospitanter i de kliniske disiplinene, dette er en fin måte å få hevet kunnskapsnivået og bedret de kliniske ferdighetene i tannhelsetjenesten.

### *Kurs*

TkMidt gir kurs til tannhelsetjenesten og helsevesenet. Spesialistene bidrar på denne måten til at flere pasienter får bedre og mer riktig behandling lokalt og at det er de riktige pasientene som blir henvist til TkMidts spesialistklinikk.

## **Organisering**

De fleste spesialistbehandlinger som utføres innebærer få besøk for pasienten. Sentralisering av spesialisttjenestene er derfor ikke et problem når det kommer til tilgjengeligheten for pasientene. Spesialistdisiplinene kjeveortopedi og periodonti innebærer forholdsvis hyppige besøk hos behandler og bør derfor ha god geografisk spredning.

Tilstrekkelig dekning av behovet av pedodontist vil trolig ha positiv effekt på etterspørselen av tannbehandling i narkose. Pr. i dag er det stor etterspørsel på narkosetjenestene som fører til lange ventelister.

Pedodontister og kjeveortopedier har sine pasienter i den samme pasientgruppen (Gruppe A) som er omfattet av Lov om tannhelsetjenesten, det kan være et insitament for å ha de spesialistene i den offentlige tannhelsetjenesten. DOT har dog ikke de samme oppdragene som kompetansesentret og det er derfor nødvendig å ha de spesialitetene representert ved senteret.

## **Forvaltningsnivå**

Innenfor tannhelsetjenesten er både førstelinje og andrelinje tjenester organisert i fylkeskommunen. Fordelen med å ha spesialisttjenestene i tannhelsetjenesten forvaltet på fylkeskommunalt nivå er at samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenester er tett. Ulempen med organiseringen på fylkeskommunalt nivå er at samarbeidet med helsevesenet er lite utviklet.

Det er flere typer av kompetansesenter innenfor andre fagfelt oftest med funksjon om å understøtte Helsevesenet. De regionale odontologiske kompetansesentrene har i liten grad funnet sin roll som en del av Helsevesenet. Dette er det samme forholdet som generelt gjelder for tannhelsetjenestens forhold til Helsevesenet. Forholdet er i ferd å endre seg i takt med at koblingene mellom oral og generell helse blir avdekket.

## **Oppsummering**

*Det er kompetansesenterets mening at tannlegespesialister innenfor tannhelsetjenesten skal være organisert i kompetansesenteret og at spesialistene bør være ansatte ved TkMidt.*

## **Behov for tilrettelagt behandling**

### **TOO**

Avdelingen for Tilrettelagt behandling ved TkMidt består av to behandlingstilbud; TOO som retter seg mot personer over 18 år og Tbit som dekker aldersgruppen 8-18 år. Anslagsvis er det ca. 25 000 voksne pasienter og ca. 9 500 barn og ungdommer i Trøndelag som har behov for angstbehandling for å kunne motta «enkel og nødvendig tannbehandling».

I fjorårets budsjettoppgjør fikk regjeringen sammen med støttende partier gjennomslag for en kraftig økning av midler til TOO-ordningen Bevilgningen økte fra 100 millioner i 2021 til 180 millioner i 2022. Det vises tverrpolitisk vilje til å satse på TOO og har blitt signalisert at det vil komme ytterligere økninger i ordningen. Dette skjedde ikke i 2023. Tannhelse har likevel politisk fokus og det er sannsynlig at det vil komme ytterligere satsninger på TOO i årene fremover.

Økningen i TOO-midlene er ment å komme innbyggerne til gode, i form av at flere mennesker som oppfyller inntakskriteriene for TOO-ordningen kan få behandling for sin angst og hjelp til å ivareta sin tannhelse. TkMidt fikk i 2022 bevilget 24,1 millioner mot 13 millioner i 2021. For å kunne tilby flere innbyggere behandling har TkMidt et behov for å ansette flere medarbeidere. Dette utløser et behov for flere psykologkontor og tannlegekontor og etter hvert plass for mer ledelse og administrasjon. Denne utvidelsen av TOO ordningen risikerer å komme i konflikt med mål om vekst og aktivitet i spesialistklinikken.

### **Inndeling TkMidt/TOO**

Det er et velfungerende samarbeid mellom TkMidt og DOT om TOO. TkMidt har ansvar for fagutvikling og opplæring av tverrfaglige tannteam og tannbehandlersteam i regionen. Det kliniske arbeidet deles mellom TKMidt og team ansatt i DOT. For å sikre likhet og rettferdighet i behandlingstilbudet er det innledet samarbeid både nasjonalt og regionalt. TOO tilbudet i Trøndelag er pd delt mellom TkMidt og DOT. TkMidt dekker inn behovet sør for Stjørdal kommune og DOT den nordlige delen. Det har vist seg utfordrende for DOT å rekruttere psykolog til norddelen av fylket og dette er for tiden løst gjennom utleie av psykologressurs fra TkMidt som behandler pasientene via videokonsultasjoner og veileder desentraliserte tannteam i angstbehandlingen.

### **TkMidts faglige ansvar**

Det er en viktig målsetning å heve kompetansen på behandling av engstelige og traumatiserte pasienter i tannhelsetjenesten. Avdeling tilrettelagt behandling på TkMidt tilbyr kurs, opplæring og veiledning til den utøvende tannhelsetjenesten slik at flest mulig pasienter kan ivaretas på hjemklinik.

Forskning på TOO- og Tbit har så langt ikke blitt gjennomført og er tiltrengt for å kunne si noe mer sikkert om resultatene som behandlingen har på individnivå og samfunnsnivå. Forskning vil også gi svar på hvor det trenger å rettes mer innsats for å bedre ordningen ytterligere.

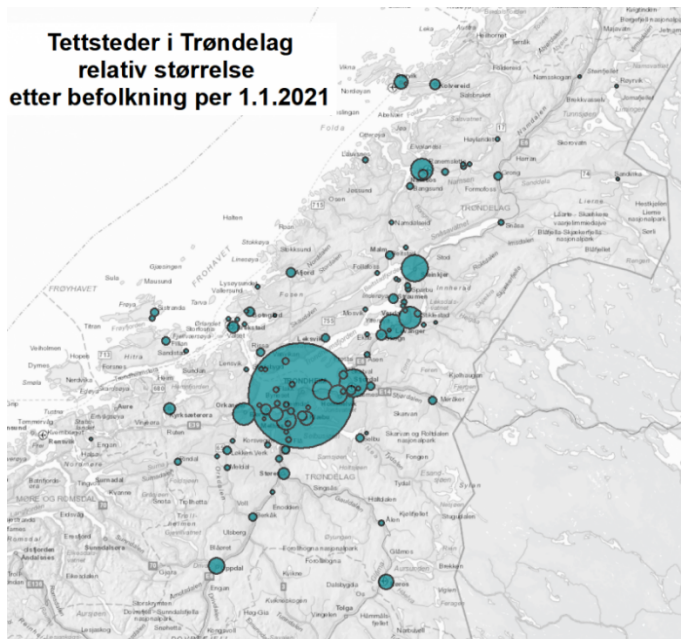
### **TBIT**

Det er et stort antall barn og ungdom som har utfordringer med å ta imot tannbehandling. Ca. 9 500 i Trøndelag anslås å ha vansker med å motta tannbehandling. Kompetanseheving i tjenesten og opplæring i behandling av angstbehandling til tannhelsepersonell tenker man vil kunne forhindre etablering av nye tilfeller av angst for tannbehandling. Trygge barn i tannbehandling er TkMidts angstbehandlingstilbud for barn og ungdom mellom 8-18 år. Ut fra et forbyggende perspektiv er det ekstra viktig at denne gruppen har et godt behandlingstilbud nært sitt hjemsted. Behandlingen foregår derfor for de fleste pasienter i desentraliserte team i tannhelsetjenesten som har fått opplæring i angstbehandling og som veiledes av psykolog fra TkMidt. Pasienter med nærhet til Trondheim eller som har spesielle behov tilbys behandling av psykolog ved TkMidt. Dette er en behandlingsmodell som har vist seg fungere så bra at Helseledelse anbefaler den i TannBarn II. I Trøndelag er det behov for å bygge ut ordningen for å få bedre geografisk dekning for pasientene og dermed sikre økt behandlingstilbud til flere barn og unge med tannbehandlingsangst.

### **Geografi**

Det er et mål å utvikle et behandlingstilbud så nært pasientens hjemsted som mulig. Fagkompetansen og utviklingsarbeidet er konsentrert til TkMidt, behandlingen bør ha en likeverdig geografisk distribusjon. Det er på nåværende tidspunkt uklart hvordan dette kan gjennomføres.





### Oppsummering

*Det er et stort og udekket behov for tilrettelagt behandling i hele Norge, Trøndelag er ikke et unntak der. Det bør satses videre på ordningen slik at den bedre svarer mot behovet både i størrelse og geografisk utbredelse.*

### Behov for forskning innen tannhelse

#### Kunnskapsløftet

Det er stort behov for mer forskning innenfor det odontologiske feltet. Regjeringens forsknings- og innovasjonsstrategi for tannhelsefeltet (2017-2017); «Sammen om et kunnskapsløft for oral helse» legger føringer for dette. Utvikling og etablering av robuste tverrfaglige forskningsmiljøer, både nasjonalt og internasjonalt, er fortsatt viktig for å utvikle en kunnskapsbasert tannhelsetjeneste.

Det er fortsatt behov for å styrke forskning og innovasjon innen tannhelsefeltet i Norge (ref. NFR 2011, NIFU 2014). En av Kompetansesentrene viktige oppgaver er å bidra til et kunnskapsløft, kompetanseheving og styrke folkehelsearbeidet (NB! Fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne).

#### TkMidts oppdrag

Kompetansesentrene skal utøve og legge til rette for forskning og faglig utvikling (ref. Stortingsmelding 35 (2006-2007)). Behovet for og tiltak for å styrke forskning og innovasjon innen tannhelse er også angitt i Regjeringens Forsknings- og innovasjonsstrategi for tannhelsefeltet (ref. strategi HOD 2017).

Trøndelag har svært gode forutsetninger for å være en betydelig ressurs i dette feltet. TkMidt har en viktig rolle i dette gjennom sin forskningsavdeling som på kort tid har etablert en robust stab av forskere og har et viktig nettverk. Den offentlige tannhelsetjenesten er en av de viktigste samarbeidspartene for TkMidt, til gjensidig nytte og av stor verdi for å gjennomføre klinisk relevant forskning og for å implementere ny kunnskap til tjenesten. Å være og opprette et større akademisk odontologisk miljø i Trondheim vil være en viktig brikke i samarbeidet og utviklingen av kunnskap om generell og oral helse.

#### Typer av forskning

Praksisnær forskning og innovasjon er etterspurt i tannhelsefeltet. I praksisnære prosjekt jobber forskere, klinikere og brukere på ulike nivå sammen, nært på den kliniske praksisen. I et slikt samspill oppstår klinisk relevante problemstillinger, og det legges godt til rette for at ny kunnskap og nye tjenester tas inn i



helsetjenesten. Gjennom vår deltakelse i klinisk akademisk gruppe for oral helse, har TkMidt og den offentlige tannhelsetjenesten de beste forutsetninger for å sammen styrke forskning og innovasjon på, i, og med tannhelsetjenesten.

Befolkningsundersøkelser er et viktig forskningsområde for TkMidt, kompetansesenteret deltok i HUNT4 med delen som knytter seg til tannhelse, og arbeider for å delta i HUNT5. Datamaterialet som samles inn er grunnlaget for mange doktorgrader og publikasjoner både ved TkMidt og hos samarbeidspartnere som NTNU og UiO.

For å løfte kunnskapsnivået innenfor tannhelsefeltet, har TkMidt valgt å fokusere på forskning og innovasjon, spesialistutdanning, og kompetanseutvikling.

Samarbeidet med DOT er også på forskningsområdet godt, om enn begrenset. DOT er i besittelse av store mengder tannhelsesdata i sitt journalsystem som med fordel kan brukes til forskning. Dette gjøres i flere pågående prosjekter. DOT har ansvar for å ha oversikt/kunnskap om behov og utfordringer innen tannhelse i fylket, nå-situasjon og prognose fremover. TkMidt kan bistå i slik kunnskapsinnhenting og analyse – DOT stiller spørsmål og gir oss oppdrag?

Forskningsavdelingen ved TkMidt trenger flere forskere med tannhelsefaglig bakgrunn. Det er vanskelig å rekruttere denne kompetansen i Trøndelag, og derfor bør det i et langtidsperspektiv tas sikte på å utdanne slik kompetanse lokalt. Tiltak: Ett virkemiddel er at TkMidt og DOT initierer stipendiatprosjekter for tannleger eller tannpleiere ansatt i DOT. Ferdig utdannede forskere bør sikres en delt stilling mellom TkMidt og DOT for å beholde og videreutvikle kompetansen. Et annet virkemiddel er å systematisk involvere ansatte i tannhelsetjenesten i ressurs- eller brukergrupper for å gi innspill til forskningsprosjekter med tjenesteyters perspektiv.

### **Samarbeidet med tjenesten for kvalifisering til spesialisering**

Forskningsavdelingen er behjelpelig med å kvalifisere tannleger som ønsker å gjennomføre videreutdanning og bidrar til kunnskapsløft på mange nivå og bidrar på den måten også til å skaffe regionen flere spesialister.

Vår eksisterende samarbeidsavtale kan konkretiseres med hensyn til disse virkemidlene. Vi bør også konkretisere/ha en plan for hvordan vi skaffer finansiering til slike tiltak.

### **Oppsummering**

*Det er et stort behov for mer forskning innenfor det odontologiske fagfeltet. Kompetansesenteret har forskere og stipendiater som sammen med den offentlige tannhelsetjenesten bidrar til å øke kunnskapen innfor odontologien.*

## **TkMidts samarbeid og tilknytning til fylkeskommunen generelt**

### **Eierskap**

TkMidt er et kompetansesenter eiet av fylkeskommunen organisert som et fylkeskommunalt foretak med oppdrag om å møte befolkningens behov for spesialisttannhelsetjenester beskrevet i Stortingsmelding 35 (2006-2007). Dette gjøres ved å rekruttere og utdanne tannlege- og psykologspesialister. I tillegg har kompetansesenteret oppdrag med forskning, innovasjon og kompetanseheving.

TkMidt er leverandør av tjenester innenfor spesialisttannpleie, forskning og tilrettelagt behandling til hele tannhelsetjenesten og det er DOT som er den største brukeren av TkMidts tjenester

Sørge for ansvaret for tannhelsetjenester, herunder også spesialisttjenester er beskrevet i Lov om tannhelsetjenesten.

### **§1-1. (Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjeneste)**

*Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.*

Samarbeidet mellom seksjon tannhelse og TkMidt fungerer godt, dette er sannsynligvis et resultat av at flere ansatte har en fortid i DOT og at den personlige kjennskapen er god. Samarbeidet hemmes av at informasjonsflyten mellom organisasjonene ikke fungerer optimalt. Dette skyldes i all hovedsak manglende samhandling mellom organisasjonenes IKT-systemer.

Sørge for ansvaret som er skrevet inn i Lov om tannhelsetjenesten om at den offentlige tannhelsetjenesten skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Ansvarssaken kan løses ved at kompetansesenteret blir delegert ansvaret for å løse sørge for ansvaret for spesialisttjenester TkMidts hovedleverandør av pasienter er DOT, og TkMidt skal være DOTs hovedleverandør av spesialisttjenester innen tannhelse. Det er derfor ønskelig med felles journalsystem og tett samarbeid rundt felles pasienter.

Det faktum at TkMidt formelt eies som et FKF av TRFK, tilsier også et organisatorisk tett samarbeid mellom TkMidt og fylkeskommunen.

Da mye av TkMidts virksomhet er basert på tilskuddsordninger fra Helsedirektoratet, vil allikevel mye av drift og budsjettering fortsatt være særegent for kompetansesenteret. Framtidig samarbeid og tilknytning vil preges av dette, en eventuell full integrasjon i fylkeskommunen vil således måtte ta høyde for dette.

## **Modeller for organisering**

### *I tannhelsetjenesten*

Denne typen organisering ble prøvd i året 2019, da var TkMidt innplassert som et tannhelsedistrikt i Tannhelsetjenesten i Trøndelag. Grunnet den korte perioden er det meget begrensede erfaringer med ordningen. Ordningen fungerte fint i det ene året da TkMidt i stor grad fortsatte å fungere som en egen selvstendig enhet og det var vist stor velvillighet fra DOT og fylkeskommunen. Fra andre kompetansesenter organisert på denne måten erfarer vi at beslutningsveiene er lengre og at de sentrene ikke har en tydelig stemme inn mot Helsedepartement og Helsedirektorat.

<b>Fordeler</b>	<b>Ulemper</b>
En del av DOT, gir nærhet mellom spesialist-tannhelsetjenesten og førstelinjetjenesten.	Lengre beslutningsveier
Felles administrative tjenester	Tyngre saksbehandling
Økonomiske garantier	
Felles IKT-løsninger	Rigide løsninger med lav kapasitet for prosjekter. Egner seg dårlig for forskningsavdelingen
Tar del av informasjonsflyten i fylkeskommunen	Lengre vei for informasjon utenfra TRFK
Enklere politisk saksbehandling	Mindre autonomi

### *I fylkeskommunen*

TkMidt organiseres som en egen enhet i fylkeskommunen siden man har sitt særpreg med andrelinje helsetjenester og forskning. Finansieringen avviker fra resten av fylkeskommunen da TkMidt i hovedsak finansieres gjennom tilskuddsordninger fra Helsedirektoratet. I tillegg til tilskuddsordningene har man et eierbidrag fra fylkeskommunen, salgsinntekter fra spesialistklinikken og eksterne forskningsmidler

<b>Fordeler</b>	<b>Ulemper</b>
Større autonomi å gjennomføre oppdraget fra Stortinget	Fremdeles lange beslutningsveier
Felles administrative tjenester	Tyngre saksbehandling
Økonomiske garantier	
Tar del av informasjonsflyten i fylkeskommunen	Lengre vei for informasjon utenfra TRFK
Enklere politisk saksbehandling	Mindre autonomi

#### *Fylkeskommunalt selskap*

TkMidt er pr. i dag organisert som et fylkeskommunalt foretak med styre. TkMidt er organisert direkte under fylkestinget.

<b>Fordeler</b>	<b>Ulemper</b>
Har en selvstendig rolle	Står utenfor fylkeskommunen, vanskeligere å samhandle med enhetene i fylkeskommunen.
Får informasjon direkte fra eksterne parter	Får ikke del av informasjonsflyten i fylkeskommunen
Fylkeskommunen står som eier, økonomisk ansvarlig	
Driver egen administrasjon	Kostnader for egen administrasjon
Politisk sakkunnskap i styret	Tung politisk saksbehandling

#### *DOT som fylkeskommunalt selskap sammen med TkMidt*

En driftsmodell der DOT og TkMidt er organisert sammen i et fylkeskommunalt selskap.

<b>Fordeler</b>	<b>Ulemper</b>
Samlet tannhelsetjeneste både første og andrelinje med tannhelsefaglig forskning inkludert	
Har en selvstendig rolle og kan selvstendig samhandle med alle interessante parter	Krever ressurser
Får informasjon direkte fra eksterne parter	Får ikke del av informasjonsflyten i fylkeskommunen
Fylkeskommunen står som eier, økonomisk ansvarlig	
Driver egen administrasjon	Kostnader for egen administrasjon
Politisk sakkunnskap i styret	Tung politisk saksbehandling

## Oppsummering

*Det er kompetansesenterets mening at organiseringen som fylkeskommunalt foretak er velfungerende. Suksessen er avhengig av godt samarbeid med eier og tannhelsetjenesten. Alternative organiseringer kan vurderes.*

## TkMidts og tannhelsetjenestens samhandling med Helsevesenet

### Mennesket som helhet

Det blir stadig produsert ny viten som dokumenterer relasjonen mellom oral helse og generell helse. Vekten av et fungerende samarbeid med resten av helsetjenesten er kritisk når det kommer til å kunne gi pasientene et helhetlig tilbud der oral helse er innlemmet i ulike pasientforløp.

### Utenforskapet

Det er ca. 10-15% av befolkningen som av forskjellige grunner ikke har et regelmessig tilbud hos tannhelsetjenesten. Denne gruppen pasienter finnes det lite kunnskap om. Noen grunner til at de ikke nås av tannhelsetjenesten er svak økonomi, psykiatri, rus og tannlegeskrekk. Utfordringene er ofte mange og sammensatte. Det er viktig at det skaffes mer kunnskap om gruppen og at det etableres tverrfaglige tilbud mellom tannhelsetjenesten og helsevesenet som kan tilbys gruppen.

### Informasjonsflyten

En nøkkelkomponent i samhandlingen mellom Tannhelsetjenesten og Helsevesenet er informasjonsflyten. Tannhelsetjenesten, herunder TkMidt bør av denne grunn bli en del av Helse Midt-Norges EPJ-løsning for å effektivt ha tilgang på og dele informasjon om pasienter og behandling.

For bedret kunnskap om pasientene og tjenestene som tannhelsetjenesten produserer er det viktig at det samles data. Det pågår et prosjekt i regi Helsedirektoratet der målet er å samle nasjonale SNOWMED CT kodete tannhelsesdata fra den samlede tannhelsetjenesten i KPR.

### Forvaltningsnivå

TkMidt er en bedrift med andrelinje tjenester og forskning, tjenester som normalt er organisert på statlig nivå. TkMidt har behov for å samhandle med Helsevesenet og tannhelsetjenesten. Det er anledning til å stille spørsmål rundt organiseringen av den samlede tannhelsetjenesten og om den er plassert på riktig forvaltningsnivå. Det er sannsynligvis store helsegevinster for befolkningen å hente på en tettere integrasjon av tannhelsetjenesten mot Helsevesenet. Det kan vurderes om tannhelsetjenesten burde være organisert i Helseforetak Midt-Norge. Pr. i dag er det etter Lov om tannhelsetjenesten Fylkeskommunen som har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten.

## Oppsummering

*Det er nødvendig med et tett og velfungerende samarbeid rundt pasientene mellom tannhelsetjenesten og helsevesenet for å skape bedre oral og generell helse.*

## God tannhelse – godt liv.

## Aktuelle høringsinstanser

Trøndelag fylkeskommune  
TkMidts styre  
KAG styringsgruppe  
Helsedirektoratet  
FHI  
NTF/STTF/NTTF  
NTpF  
ThsF  
Forskerforbundet regionalt  
Psykologforeningen regionalt

Statens barnehus  
Helse Midt & Helseplattformen  
Statsforvalteren/fylkeslegen



# Handlingsplan for folkehelseutfordringer

Trøndelag tannhelsetjeneste 2023-2033



*«Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen»*

## **§ 2 Folkehelseloven**

[Forfatter], 30.03.2022



## INNHold

<b>1</b>	<b>Folkehelse</b>	<b>3</b>
1.1	Strukturell oppbygning	3
1.1.1	Folkehelsekoordinator i tannhelsetjenesten	3
1.1.2	Folkehelsekontakt	4
<b>2</b>	<b>helsefremmende arbeid</b>	<b>5</b>
2.1	Aktuelle lover, retningslinjer og veiledere	6
<b>3</b>	<b>Prioritering</b>	<b>7</b>
3.1	Prioritering i tannhelsetjenesten	7
3.1.1	Nytte, Ressurs og alvorlighet	9
<b>4</b>	<b>handlingsplan for helsefremmende og forebyggende arbeid 2023-2033</b>	<b>9</b>
4.1	Statistikk	10
4.1.1	Årlig rapportering	10
4.1.2	Klinikker følger sine resultater	11
4.1.3	Hvert tannhelsedistrikt	11
4.1.4	Felles årshjul	11
4.2	Tverrfaglig samhandling	11
4.3	Strukturelle virkemidler	11
4.3.1	Motiverende intervju	12
4.3.2	SØT-modell	12
4.3.3	Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid	12
4.3.4	Bruke folkehelseprofiler for by, kommune og fylke	13
4.3.5	Utarbeide teamspattform for deling av felles utarbeidet materiale	13
4.4	Prioritering	14
4.5	Sosial ulikhet i helse	14
4.6	Risikoutsatte barn og ungdom	15
4.7	Psykisk utviklingshemmede (Gruppe B)	15
4.8	Psykisk helse	15
4.8.1	Psykisk helse	15
4.8.2	Tannbehandlingsangst	16
4.8.3	Livskvalitet	16
4.8.4	Seksuelle overgrep- tør å spørre!	17
4.9	Eldre	18
4.9.1	Eldre i institusjon	18
4.9.2	Eldre i hjemmesykepleie	19
4.10	Migrasjon	20
4.11	Digitalisering	21
4.12	Bærekraftsmål	22
<b>5</b>	<b>Mål og tiltak</b>	<b>22</b>
5.1	Kvalitet	22
5.2	Folkehelseprofil	23
5.3	Tiltaksplan	23



## 1 FOLKEHELSE

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler. Folkehelsearbeid jobber for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker befolkningens helse.

### **Formål**

Formålet med [Lov om folkehelse](#) er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

Folkehelse er en svært viktig samfunnsressurs og står sentralt i fylkeskommunens arbeid. Vi skal bidra til å fremme folkehelse lokalt og i fylket og skal spesielt arbeide for å utjevne forskjellene i helse blant befolkningen. Folkehelseloven danner rammene for hvordan vi skal drive folkehelsearbeidet. Vi skal fremme folkehelse gjennom regional planlegging og utvikling, kultursatsing, videregående opplæring og de tjenestene vi leverer. Arbeidet skal retter seg mot hele befolkningen.

Fylkeskommunen samordner også folkehelsearbeidet i fylket og støtter folkehelsearbeidet i kommunene. Vi initierer tiltak og prosjekt og samarbeider med kommuner, staten, næringsliv, FoU- og kompetansemiljø og frivillige lag og organisasjoner.

### 1.1 Strukturell oppbygning

#### 1.1.1 Folkehelsekoordinator i tannhelsetjenesten

Per i dag har Trøndelag tannhelsetjeneste en folkehelsekoordinator i 50% virke. En tannpleier fra hvert tannhelsedistrikt utgjør til sammen folkehelsegruppen som sammen jobber for å tilrettelegge for utadrettet virksomhet og folkehelseiltak.

Folkehelsekoordinatorrollen:

- Leder for folkehelsegruppen
- Skal systematisere, koordinere, delegere og samordne folkehelsearbeidet i tannhelsetjenesten
- Bygge struktur i folkehelsearbeidet i tannhelsetjenesten
- Være en fagperson i det bedde folkehelsearbeidet
- Samarbeide med folkehelsegruppen i Fylkeskommunen
- Delegere og engasjere
- Ha oversikt over samlede helseutfordringer i fylket
- Introdusere trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid





### 1.1.2 Folkehelsekontakt

Det sitter en tannpleier i hvert tannhelsedistrikt som representerer sitt tannhelsedistrikt. Folkehelsekontakten har i oppgave å kalle sine tannpleiere inn til fagmøter for tannpleiere i distriktet kvartalsvis. Folkehelsekontakten leder disse møtene, og sender innkalling, planlegger lokalisasjon og sender saksliste. En folkehelsekontakt rekrutteres for en periode på 3 år. Folkehelsearbeid er saktearbeid med et langtidsperspektiv, så det må være en viss kontinuitet varighet for gode arbeidsforhold i gruppen.

Ny rutine for rekruttering av folkehelsekontakt er utarbeidet:

- Når det blir «ledig» et folkehelsekontakt-verv» i folkehelsegruppen, så er det nå etablert en rutine for rekruttering slik at prosessen blir lik i alle tannhelsedistrikt. Overtannlege i aktuelt tannhelsedistrikt skal gi beskjed til alle tannpleiere i sitt tannhelsedistrikt at det er ledig folkehelsekontakt-verv/rolle. Kopi sendes til folkehelsekoordinator og tillitsvalgt slik at de er informert om prosessen. Deretter skal alle få mulighet til å melde sin interesse med skriftlig begrunnelse om hvorfor de ønsker vervet. «Søknaden» skal inneholde Navn, Tannklinikk, Tannhelsedistrikt, Ansiennitet i Trøndelag fylkeskommune, relevant kompetanse samt en kort tekstbegrunnelse om hvorfor de ønsker vervet. Beskrivelse/søknad skal sendes til overtannlege og folkehelsekoordinator. Folkehelsekoordinator og overtannlege vil komme med en begrunnet innstilling som vil godkjennes av tillitsvalgt. Vi vektlegger vervinnstilling ut fra følgende fra følgende kriterier:
- Master i folkehelse
- Kompetanse Videreutdanning innen helsefremmende og forebyggende arbeid
- engasjement og ansiennitet.

Det er ikke et krav om videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid eller Master i folkehelsearbeid, men det vil bli vektlagt for å best mulig kunne bruke disse viktige ressursene i folkehelsearbeidet i tannhelsetjenesten. Hvis et distrikt står uten frivillig folkehelsekontakt – vil en med videreutdanning få anledning til å ha ansvar for aktuelt distrikt med tett samarbeid med overtannlege.

For å få rulling på vervet og få brukt tannpleiere med videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid, vil alle som har videreutdanningen få anledning til å være med på to møter i året. Varighet på folkehelsevervet er 3 år. Det er ikke heldig at hele gruppen skiftes ut samtidig, så en vurdering vil bli gjort. Det vil være viktig å sikre at gruppen bruker tannpleierne med videreutdanning innen folkehelsearbeid.

Folkehelsegruppen har møter ca. Hver måned, ca. 10 møter i året. Det er fremmet et forslag om at en representant fra Tannhelsetjenestens kompetansesenter TkMidt er medlem av gruppen. Dette for å sikre godt samarbeid mellom tjenestene fremover.



## 2 HELSEFREMMENDE ARBEID

*«Helse er definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser»*

Helsefremmende arbeid er en målrettet innsats for å øke kontrollen over forhold som direkte eller indirekte påvirker befolkningens helse. Helsefremmende tiltak tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre utfordringer man utsettes for og tar sikte på å redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom. Helsefremmende arbeid er offensiv og proaktiv som styrker og forbedrer og er rettet mot befolkningen.

Forebyggende arbeid er tiltak som fører til reduksjon i sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer. Det forebyggende arbeidet er mer defensivt og reaktivt som opprettholder helse og er oftere individrettet.

Helse skapes der mennesker lever, leker, lærer, elsker, bor og arbeider. Helse skapes således på de arenaene der mennesker lever i hverdagen. Et effektivt folkehelsearbeid må derfor utøves i alle samfunnssektorer og med en felles innsats på tvers av fag.

Verdens helseorganisasjon (WHO) mener helsefremmende arbeid handler om forhold som har betydning for helsen for individer, miljø, lokalsamfunn, settinger/arenaer, storsamfunn og politikk. Helsefremmende arbeid er et sektorovergripende, tverrsektorielt og tverrfaglig ansvarsområde og inkluderer alle samfunnssektorer, ikke bare i helsesektoren. Hovedfokuset rettes mot faktorer som fremmer folks helse – salutogenese – og i mindre grad risikofaktorer for sykdom. Sentrale innsatsområder er myndiggjøring (empowerment, som handler om en prosess som gir folk økt kontroll over muligheter til å forbedre sin helse), utjevning av sosial ulikhet, helsefremmende politikk og helsepedagogikk.



Helse og tannhelse blir til der folk lever, og **helse-determinanter** vil være de mange forhold som påvirker helsen gjennom livet. De strekker seg fra individuelle livsstilsfaktorer til sosiale strukturer i nabolag og lokalsamfunn, til økonomiske, kulturelle og politiske forhold i samfunnet (Dahlgren og Whitehead, 1991).

## 2.1 Aktuelle lover, retningslinjer og veiledere

[Lov om tannhelsetjenesten \(tannhelsetjenesteloven\) - Lovdata](#)

[Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\) - Lovdata](#)

[Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år - Helsedirektoratet](#)

[Systematisk folkehelsearbeid - Helsedirektoratet](#)

[Hent folkehelseprofil eller oppvekstprofil - FHI](#)

[Trøndelag i tall \(trondelagitall.no\)](#)

[Folkehelse - Trøndelag fylkeskommune \(trondelagfylke.no\)](#)



[Kommunalt pasient- og brukerregister \(KPR\) - Helsedirektoratet](#)

[Folkehelse rapporten - FHI](#)

Stortingsmeldinger:

Meld. St. 19 Folkehelsemeldinga «Gode liv i eit trygt samfunn»

Meld. St. 15 «Leve hele livet»

Meld. St. Fremtidens primærhelsetjeneste

Meld. St. 38 «Nytte, ressurs og alvorlighet»

Meld. St. 35 «Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester»

Meld. St. 30 «En innovativ offentlig sektor»

Meld. St. 18 «Helsenæringen. Sammen om verdiskaping og bedre tjenester»

Strategi «Mestre hele livet» Regjeringens strategi for god psykisk helse

NOU: «Det viktigste først» Prinsipper for prioritering i den kommende kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester

Kan bestilles på regjeringens nettside for publikasjoner. Lag dere en profil og få tilsendt stortingsmeldinger gratis. <https://publikasjoner.dep.no>

## 3 PRIORITERING

### 3.1 Prioritering i tannhelsetjenesten

Det knytter seg særlig to utfordringer til forebyggende og helsefremmende tiltak.

1. Gevinsten i form av bedre helse/tannhelse og mindre bruk av helsetjenester vil ikke være synlig eller kunne hentes ut av tannhelsesdata før det har gått lengre tid. Det kan oppstå en konflikt mellom ønsket om å benytte ressurser på tiltak som gir effekt «der og da», og på tiltak hvor gevinsten ligger langt fram i tid (dette til tross for at denne vil være større).
2. Det kan være vanskelig å etablere en sikker sammenheng mellom tiltak og resultat. Vi vil ikke med sikkerhet vite om det er det bestemte forebyggende tiltaket som har gitt tilsiktet effekt. Flere forebyggende tiltak er imidlertid målrettede og lar seg



evaluere. For bredere forebyggingstiltak vil det være vanskelig å vite om det kan være andre faktorer som har ført til endringer.

Dessverre så er det ikke uvanlig at knappe budsjettmidler og for vår del, etterslep og ressursmangel vil ofte lede til at tiltak hvor resultater vises raskt vil vinne fremfor tiltak med usikker gevinst lang fram i tid. Det vil derfor være viktig å etablere mål for folkehelsearbeidet i tannhelsetjenesten. Det vil også være hensiktsmessig å etablere et felles system for rapportering av utadrettet virksomhet. Folkehelsegruppen jobber med en tiltaksplan som skal fungere som en veileder i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Et tiltak er å utarbeide et felles årshjul som alle tannklinikker og distrikter bruker til å føre sitt utadrettede arbeid. Herunder vil det ligge noen minimumskrav om gjennomføring av folkehelsearbeid. Det er også tidkrevende å utarbeide utadrettet materiale som kan brukes. Det vil være alles ansvar å bruke kunnskapsbaserte kilder og godkjente bilder til f.eks powerpoint. Skriv under notater hvilken kilde som er brukt og kilde til eventuelle bilder! Det vil bli utarbeidet felles powerpointere som alle kan bruke eller bruke som mal. Dette vil forhåpentligvis lette arbeidet i hverdagen til mange, samt sikre kvalitetsstikret og lik kunnskapsdeling i hele fylket. Alle tannpleiere som har utarbeidet utadrettet materiale, kan dele sitt materiale i Teamskanalen tannpleiere. På den måten får vi alle hjelpe til å dra nytte av hverandre. Det vil være tidsbesparende og vil gjøre avstanden kortere mellom klinikker og distrikter. Folkehelsegruppen vil gjennomarbeide og sørge for powerpointene legges ut i teamsgruppen, Folkehelse, av folkehelsekoordinator eller en av folkehelsekontaktene.

Det oppfordres til at folkehelsekontaktene som får et oppdrag i å utarbeide utadrettet materiale, bruker tannpleiere i sitt distrikt til å utarbeide materialet i fellesskap. Slik sikrer vi medvirkning fra flere.

En handlingsplan for det forebyggende og helsefremmende arbeidet trenger å ha en organisasjon som er opptatt av å utvikle en lærende organisasjon. En lærende organisasjon er opptatt av at medlemmene skal øke sin kapasitet for å skape de resultatene de har satt som mål. Utvikling av lærende organisasjoner skjer ved å utøve fem disipliner

1. Personlig mestring - En organisasjon består av mange enkeltindivider som hele tiden må lære noe nytt.
2. Mentale modeller – Vi blir hele tiden påvirket av de grunnleggende antagelsene, metaforene og bildene vi har av vår organisasjon og omverden. Vi må undersøke disse for å være klar over hvordan de påvirker tannhelsetjenesten
3. Bygge felles visjoner – Alle medlemmer i tannhelsetjenesten må se for seg visjonen som skal fungere som en drivkraft og ikke bare ord.
4. Team-læring - Vi trenger opplæring og ferdigheter i å handle og lære som et team
5. Systemisk – Det systemiske perspektivet skal hjelpe tannhelsetjenesten med å se helheten fremfor bare enkeltdele. Når alle medlemmer av tannhelsetjenesten ser helheten, kan vi begynne å bruke ressursene våre best mulig og skape best mulig resultater. Gjennom forståelse av disse fem disiplinene kan tannhelsetjenestens medlemmer få de utviklet mentallæringskompetanse – altså kompetanse i å lære om å lære (Tanggard,2016).



### 3.1.1 Nytte, Ressurs og alvorlighet

Nyttekriteriet – Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes utfra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for

- Overlevelse eller redusert funksjonstap
- Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- Økt fysisk, psykisk og sosial mestring

Alvorlighetskriteriet – Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- Risiko for død eller funksjonstap
- Graden av fysisk eller psykisk funksjonstap
- Smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- Graden av fysisk, psykisk og sosial mestring.

Ressurskriteriet – Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.

Både nå situasjon, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket (Meld. St. 38 Nytte, ressurs og alvorlighet).

## 4 HANDLINGSPLAN FOR HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEID 2023-2033

Våre verdier skal fungere som en veileder for hvordan vi skal være ovenfor hverandre og mot andre. Verdier skal fungere som en drivkraft, noe som vi personlig ønsker å oppnå i det vi gjør og som skal komme til syne i våre handlinger.

Fylkeskommunens verdier er

- Åpen og nysgjerrig i holdning.
- Modig og ansvarlig i handling

Verdiene betyr at vi skal:

- Lytte til forslag og nye ideer
- Være nysgjerrige og søke kunnskap
- Ha mot og evne til å omsette nye ideer til handling
- Lære av andres erfaringer
- Utfordre vedtatte sannheter



Selv om Trøndelag fylke har overordnede verdier tannhelsetjenesten følger, oppfordres hver tannklinikk til å utarbeide egne verdier for hva som er viktig akkurat deres arbeidsplass.

Spørsmål som kan stilles for å utarbeide lokale verdier:

«Hvilke verdier skal ligge til grunn for at dere på tannklinikken skal få et godt arbeidsmiljø?»

«Hvordan skal vi opptre ovenfor hverandre? Hva er viktig i hverdagen?»

Verdi er kvaliteten ved noe, det som er godt ved noe. En tings verdi sies gjerne å bestemme dens viktighet med hensyn til hvordan vi bør gjøre våre vurderinger og beslutninger (eksempler: respekt, ærlighet, ansvarsbevisst, tillit, takknemlighet ...)

Metode IGP (individuell – gruppe – plenum) er en metode dere kan velge å bruke som sikrer deltakelse fra alle:

1. Individuelt. Sitt i 3 minutter alene og skriv ned verdier, som du ønsker skal være felles og gjelde for tannklinikken
2. Demokratisk runde: opplesingsrunden går rundt bordet, en og en person leser opp og legger frem en verdi hver (ikke alle sine forslag med en gang). Runden går rundt og rundt til alle verdiene er opplest.
3. I fellesskap. Skriv og velg ut hvilke verdier dere ønsker skal gjelde for tannklinikken, og lage en verdiplakat, for eksempel en ordsky. (20 (minutter)

## 4.1 Statistikk

### 4.1.1 Årlig rapportering

Årlig rapportering av statistikk på tannhelseresultater gjør at vi kan se utviklingen, og vi kan identifisere geografiske områder og pasienter som krever ekstra oppmerksomhet fra tannhelsetjenesten. Dette legger grunnlaget for at vi kan etablere forebyggende og helsefremmende tiltak for å bedre tannhelsen. God kunnskap om og oversikt over innbyggernes tannhelsetilstand og utvikling gir oss et kunnskapsgrunnlag for å kunne prioritere.

Et eksempel på dette er at ut fra statistikk på hvilke tenner som har fått flest fyllinger. Tyggeflaten på 6- og 12-års jeksler ser spesielt utsatt. Dermed er det viktig å etablere rutinemessig tiltak som fissurforsøgling eller fluorpensling av disse flatene hos barn.

Nylig har SSB etablert KOSTRA-rapportering av folkehelse. Tannhelsetjenesten skal jobbe for å etablere gode rutiner for føring av folkehelseiltak, timeføring og evaluering etter Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid (se kap. 4.3.3).

Tannhelsetjenesten skal fremover hente ut KOSTRA-tall på kommunenivå til etter ønske fra Trøndelag Fylkeskommunes folkehelsegruppe. Dette vil også gagne tannhelsetjenesten i samarbeidsmøter med de ulike kommunene hvor vi kan legge frem lokale tall og bruke statistikken til å igangsette lokale folkehelseiltak som er kunnskapsbasert.



#### **4.1.2 Klinikker følger sine resultater**

Hver tannklinikk analyserer sine tannhelseresultater og presenterer for overtannlege. Dette bidrar til eierskap og forståelse omkring tannhelseutfordringer hos de ansatte samtidig som overtannlege for et godt innblikk i sine tannklinikkers utfordringer.

#### **4.1.3 Hvert tannhelse-distrikt**

Hvert tannhelse-distrikt skal rapportere utadrettet virksomhet etter et felles oppsett. Dette vil bidra til eierskap og forståelse og synliggjøre hva vi prioriterer i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Det må gjerne presenteres på distriktsmøter for diskusjon og videreutvikling. Folkehelsekontakt i aktuelt distrikt og/eller folkehelsekoordinator er ansvarlig for presentasjon av folkehelsearbeidet.

#### **4.1.4 Felles årshjul**

Folkehelsegruppen skal utarbeide et felles årshjul for å sikre likt fokus over hele fylket. Den skal inneholde et minimumskrav til utadrettet virksomhet, og vil fungere som et grunndokument som skal samles inn ved årsslutt.

### **4.2 Tverrfaglig samhandling**

KOSTRA-tall skal hentes ut på kommunenivå for å lette samarbeidet med våre kommuner.

Den offentlige tannhelsetjenesten skal i økt grad samarbeide med barnehager, skoler, nærmiljø, idrettsarenaer og helse.

I Midt-Norge har fagmiljøene ved St. Olavs hospital, NTNU, Kompetansesenteret Tannhelse Midt og Den offentlige tannhelsetjenesten i Trøndelag gått sammen om å etablere en Klinisk akademisk gruppe, Oral helse KAG. Her arbeider forskere og klinikere sammen om utvikling-, innovasjon- og forskningsprosjekter for en helhetlig tjeneste og god oral helse i hele befolkningen.

### **4.3 Strukturelle virkemidler**





### 4.3.1 Motiverende intervju

Tannhelsepersonell bør benytte motiverende intervju MI for å endre uheldige tannhelseatferd i samtaler med eldre barn, ungdommer og eventuelt foresatte.

Motiverende intervju, er en effektiv og anbefalt samtalemethode for å motivere pasienter til atferdsendring. Grunnverdiene og teknikkene øker sannsynligheten for endring og skaper en god relasjon mellom behandler og den som skal endre atferd. Motiverende intervju er en målrettet og pasientsentrert samtalemethode. Den er ikke-argumenterende, og de mest sentrale teknikkene er åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. Målet er å stimulere til endringsnakk, unngå motstand hos pasienten, og hjelpe vedkommende til å finne løsninger på sine egne problemer. Empatisk lytting og en grunnleggende holdning om å vise interesse, respekt, aksept, selvbestemmelse (autonomi) og optimisme gir et godt samtaleklime. MI kan finne frem og styrke pasientens motivasjon for å forandre på en atferd som er ugunstig for egen helse.

### 4.3.2 SØT-modell

Vi jobber med å utarbeide en tiltaksplan ved å bruke SØT-modellen som mal for situasjon i dag, ønsket situasjon og tiltak for å oppnå ønsket situasjon. Denne skal trykkes opp i folderbrosjyre og anvendes på alle tannklinikker. Den vil fungere som et grunndokument for tiltak tannhelsetjenesten skal jobbe for i en tiårs periode.

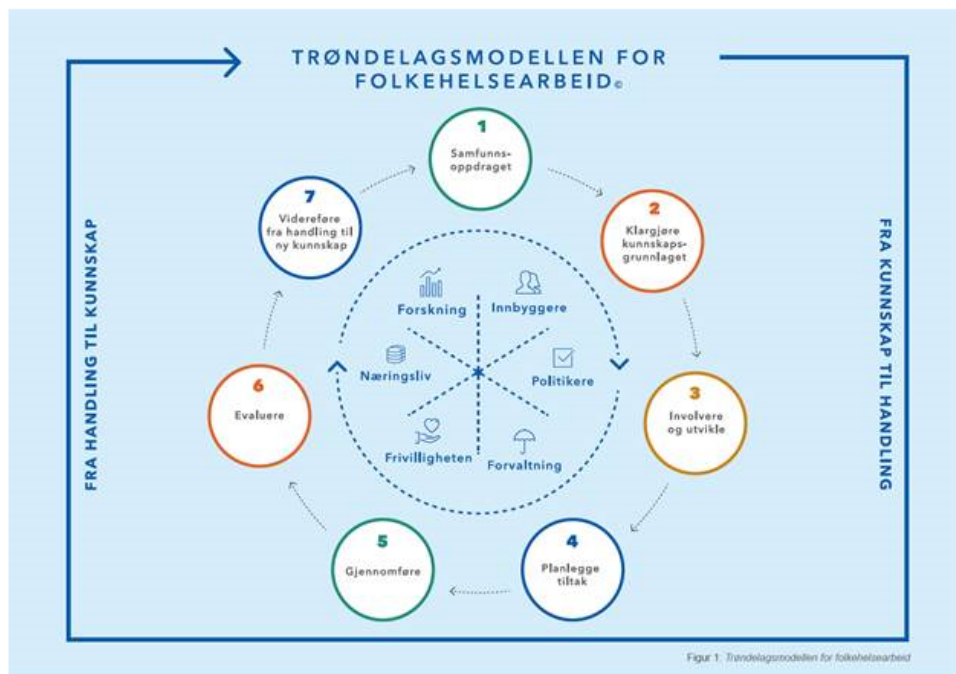
### 4.3.3 Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid

Gjennom innovasjonsprosjektet "Fra kunnskap til handling, fra handling til kunnskap" har Steinkjer kommune, sammen med Vikna og Målvik kommune, deltatt og vært med på å utvikle en metode for å utvikle og forbedre måtene vi jobber på, uavhengig av fagområde. Fylkeskommunen og Fylkesmannen i Nord- og Sør-Trøndelag, KS Nord-Trøndelag, HUNT og NTNU Senter for helsefremmende forskning har også deltatt og drevet prosjektet framover. Folkehelsearbeid handler i stor grad om å arbeide på tvers av fagområder, og modellen tar for seg syv steg som skal sikre at vi jobber kunnskapsbasert, gjennom blant annet medvirkning og forankring.

Dette er en måte som tannhelsetjenesten skal innføre det horebyggende og helsefremmende arbeidet i tiden fremover.

Modellen for folkehelsearbeid vil gi oss en mal å jobbe etter. På den måten blir det enklere å få strukturert folkehelsearbeidet i tannhelsetjenesten.

Veileder for Trøndelagsmodellen: [Folkehelsearbeid-Trøndelagsmodellen.pdf \(steinkjer.kommune.no\)](https://www.steinkjer.kommune.no)



#### 4.3.4 Bruke folkehelseprofiler for by, kommune og fylke

Folkehelseinstituttet har etablert en [folkehelseprofil](#) som er unike rapporter for hvert fylke. Profilene gir informasjon om helsetilstanden og påvirkningsfaktorer, og er et grunnlag for det regionale arbeidet med å bedre folkehelsen. Folkehelseprofilene har nytt tema for hvert år. Det er også folkehelseprofiler på kommune og for bydeler i de store byene som Oslo, Bergen Trondheim og Stavanger.

Tannhelsetjenesten skal bruke disse som et kunnskapsgrunnlag for å iverksette tiltak i tråd med det regionale arbeidet.

#### 4.3.5 Utarbeide teamsplattform for deling av felles utarbeidet materiale

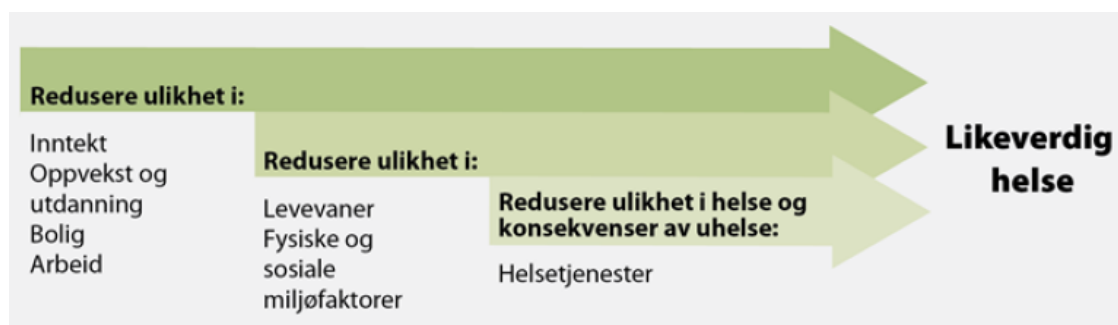
Vi skal utarbeide en teamsplattform for deling av felles utarbeidet materiale. En kanal hvor alle kan legge inn materiell de har utarbeidet. Folkehelsegruppen skal revidere og kvalitetssikre material, at bilder er godkjent til bruk og at det er brukt vitenskapelige kilder som referanse. Materialet som gjennomgås og godkjennes til bruk, skal legges ut i Teamskanalen Folkehelse. På denne måten sikrer vi et godt kunnskapsgrunnlag, vi sikrer medvirkning og likhet av utadrettet virksomhets materiale til hele fylket.



## 4.4 Prioritering

Tannhelsetjenesten skal jobbe for å etablere anerkjennelse av folkehelsearbeid. I dag har vi gode kliniske mål for virksomheten. Fremover skal vi utarbeide felles mål og retningslinjer for føring av folkehelsearbeid og utadrettet virksomhet. Det må inn i alle virksomhetsplaner på tannklinikkene.

## 4.5 Sosial ulikhet i helse



Bildekilde: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller-i-norge---/>

### Årsaker til sosiale helseforskjeller

Hva som er årsaken til mønstrene, er komplekse årsaksforbindelser og er gjenstand for diskusjon blant forskere. Det er nemlig ikke gitt at helseforskjellene blir borte selv om alle har like lang utdanning. Det er snarere slik at de sosioøkonomiske variablene er et uttrykk for en tilgang til en rekke ressurser – både materielle og psykososiale – som gir bedre helse.

Forskere har avdekket en lang rekke slike ressurser som har direkte eller indirekte helsemessig betydning. Noen faktorer, som økonomi og arbeid, har omfattende og komplekse påvirkningsveier til helse. Andre faktorer, som tobakk og fysisk miljø, er enklere og mer direkte i sin helsepåvirkning. Det er hovedsakelig påvirkningsfaktorene som kommer først. Helsen kommer som en konsekvens av påvirkningen.

Rapporten [Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse](#) er delt inn i ulike temaområder som alle har noen anbefalinger hver. Temaområdene som trekkes frem er:

- Oppvekst, inntektsulikhet, utdanning, arbeidsliv, helseatferd, helsetjenester, strukturelle tiltak og implementering



## 4.6 Risikoutsatte barn og ungdom

Tidlig innsats sammen med kompetente fagfolk og koordinerte tjenester vil være viktig for å avgrense problem, hindre videreutvikling og redusere negative konsekvenser.

Viktige samarbeidspartnere er barnehager, SFO, skoler, helsestasjon- og skolehelsetjeneste samt barneverntjenesten.

Familien skal gi trygge rammer rundt oppveksten til barn og unge. Tannhelsetjenesten skal også støtte foresatte og familie gjennom god informasjon, råd og veiledning.

Samtidig skal tannhelsepersonell være godt kjent med å oppdage barn som blir utsatt for vold og overgrep. Tannhelsetjenesten skal legge til rette for enkelt å sende bekymringsmeldinger med faglig, faktisk og juridisk grunn i vårt journalsystem. Systematisk opplæring av å avdekke vold og overgrep samt hvordan å handle ved mistanke.

## 4.7 Psykisk utviklingshemmede (Gruppe B)

Utfordringer med denne gruppen er selvbestemmelse, autonomi og samtykkekompetanse.

Tannhelsetjenesten skal bistå kommunene med et standardisert samarbeidsopplegg for ansatte i bo- og aktivitetstilbud. Vi skal sikre opplæring av tann- og munnstell blant ansatte og vikarer.

Utarbeide egne munnstellkort for denne gruppen pasienter som sikrer individuell oppfølging, både for brukeren selv som en påminnelse og til personellet.

En representant fra folkehelsegruppen sitter i et nettverk for ernæring og kosthold for denne gruppen.

## 4.8 Psykisk helse

En av de store utfordringene fremover er psykisk helse. Psykisk helse handler om tanker og følelser. Hvordan du oppfatter deg selv og andre, hvordan du har det i hverdagen samt hvordan du håndterer utfordringer. Fysisk og psykisk helse påvirker hverandre og er tett forbundet.

### 4.8.1 Psykiatri

Når pasientene er innlagt, er de ofte for dårlig til å komme på tannklinikken. Når de er på bedringens vei, skrives de ut fra institusjon. Tannhelsetjenesten bør utvikle tiltak for å nå denne gruppen med tannhelseopplysning og veiledning i munn- og tannstell. En representant fra folkehelsegruppen sitter i et nettverk for ernæring og kosthold for denne gruppen. Et godt samarbeid med psykisk helsevern vil sørge for at tannhelsetjenesten kan gi denne gruppen tilbud om time på tannklinikken på riktig tidspunkt i sykdomsforløpet.



#### 4.8.2 Tannbehandlingsangst

Tannlege og tannpleier bør bygge en relasjon til barn, ungdom og foresatte som preges av tillit og respekt og skal:

- samarbeide med barnet på en måte som barnet forstår og opplever betryggende
- tilpasse kommunikasjon til barnets utviklingsnivå og forutsetninger
- identifisere redde barn eller ungdommer tidlig og undersøke hva redselen handler om
  - vurder å snakke med barnet eller ungdommen alene
  - gi særskilt oppfølging ved behov, for eksempel hvis barnet eller ungdommen
    - har blitt skremt av en vond opplevelse i helsetjenesten
    - har vært utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt, se [egget kapittel](#)
- gi tilvenning til behandlingssituasjonen slik at barnet eller ungdommen opplever forutsigbarhet, kontroll og mestring
  - fokuser på det barnet eller ungdommen mestrer og gi positive forsterkninger
- holde avtaler, for eksempel
  - ikke gjør mer enn planlagt selv om barnet mestrer behandlingen. Det kan oppleves som straff.

Hvis barnet vegrer seg, bør man vurdere:

- om tannbehandlingen er helt nødvendig
- om den kan gjøres annerledes
- om den kan utsettes slik at barnet får tid til å forberede seg eller bli mer moden for behandling.

(Kilde: [Tannbarn.no](http://Tannbarn.no))

Tiltak for å hindre tannbehandlingsangst er et tett samarbeid med TBIT (trygge barn i tannbehandling). De har utarbeidet fire animasjonsfilmer som kan sees ved QR-kode. Disse kan brukes i undervisningssammenheng for eksempel på skole for å gi kunnskap og informasjon om hvordan det er å få bedøvelse og hvordan reparere en tann, om kroppens alarmsystem og om tannlegeskrekk.

#### 4.8.3 Livskvalitet

Livskvalitet handler om både materielle levekår og hvordan livet oppfattes, tilfredshet, glede, mening med livet, mestring og fravær av psykiske plager og negative følelser.

Livskvalitet og trivsel påvirkes av en rekke ulike faktorer - som gener og personlighet, mestringsressurser, sosial støtte, positive og negative livshendelser, tilknytningsforhold, kultur og objektive faktorer som samfunnsforhold og økonomi.



Tiltak og intervensjoner som retter seg mot slike sentrale faktorer, og som legger til rette for positive faktorer som opplevelse av glede, sosial deltagelse, mestring, autonomi og mening, kan være viktige mål for folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet må åpenbart foregå på mange arenaer både innenfor og utenfor helsetjenestene.

Mye tyder også på at systematiske styrkende tiltak kan forebygge mer psykisk uførhet enn tiltak som bare retter seg direkte mot psykiske lidelser.

#### Hvordan henger livskvalitet sammen med helse?

Høy livskvalitet har sammenheng både med bedre fysisk helse og færre psykiske plager og lidelser. Dette skyldes blant annet at noen av faktorene som bidrar til livskvalitet synes å beskytte mot psykiske vansker som for eksempel alvorlig depresjon og angst- og depresjonslignende plager. Høy livskvalitet kan sees som en viktig beskyttelsesfaktor mot – snarere enn motpolen til – psykisk sykdom.

Livskvalitet og trivsel synes også å ha positive konsekvenser for den fysiske helsetilstanden. Dette på grunn av positive effekter på sosiale relasjoner, livsstil og helseatferd, stress, ulykkesforekomst og generell mestring, men også direkte på immunforsvaret og hjerte- og karsystemet.

Studier av sammenhengene mellom fysisk helse, psykiske plager og livskvalitet er et relativt nytt forskningsfelt, og det er fremdeles begrenset kunnskap om disse sammenhengene og hvordan de utvikler seg over tid.

Ved utadrettet virksomhet bør økt livskvalitet ligge til grunn som mål for arbeidet.

Tannhelsestand ved Psykisk helsedag 14. oktober i VGS og ungdomsskole er et tiltak som rettes mot den settingen hvor ungdom lever sine liv. Aktuelt materiale til bruk eller inspirasjon vil utarbeides med tema som syreskader i et helsefremmende perspektiv med ph-testing, estetikk og smil, kosthold, vise too-filmer om tenner og tannhelse samt tannbehandlingsangst, dagsaktuell chatfunksjon hvor det kan stilles spørsmål osv.

#### **4.8.4 Seksuelle overgrep- tør å spørre!**

Seksuelle overgrep mot barn og unge har økt de siste årene. Statistikken tyder på at nesten alle kjenner noen som har vært utsatt. Det er vikt å huske at ansvaret for å avdekke overgrep mot barn ligger hos voksne, og ikke de overgrepsutsatte selv. Vi må tørre å spørre, tåle å ta imot historiene og vite hvordan vi kan hjelpe (Kilde: psykiskhelse.no)

Tannhelsetjenesten er i en unik posisjon til oppfølging av barn og unge, og skal i enda større grad ha fokus på å kjenne tegn til omsorgssvikt og seksuelle overgrep. Vi har gode rutiner for å sende bekymringsmeldinger ved ikke-møtt, men bør i større grad legge til rette i eget journalsystem å føre faglig, faktisk og juridisk grunn for bekymringsmelding.



## 4.9 Eldre

Eldre, langtidssyke og eldre i institusjon og hjemmesykepleie har utfordringer. De nærmeste ti årene vil endre den demografiske sammensetningen av Norge. Det blir flere eldre, en høyere andel eldre i befolkningen og i tillegg flere av de eldste eldre. Den demografiske utviklingen vil påvirke og ha konsekvenser for de fleste av samfunnets institusjoner, sektorer og markeder. Dette vil kreve at også tannhelsetjenesten må finne nye løsninger og skaper endringer på flere områder. En ny generasjon eldre har høyere utdanning, bedre helse, bedre boliger og bedre økonomi. Dette kan bli av avgjørende betydning at de tar i bruk sine ressurser og å imøtekomme alderdommens utfordringer og muligheter (St. Meld. 15 «Leve hele livet»).

Vi trenger å legge en plan for et aldersvennlig samfunn.

Flere av dagens eldre har sine egne tenner, og en mindre andel har proteser. Det er ønskelig med en god munn- og tannhelse lengst mulig, og med godt stell kan tennene vare hele livet. Deres rutiner når det gjelder kosthold, renhold av tennene og bruk av fluor er avgjørende for å opprettholde god tannhelse.

### 4.9.1 Eldre i institusjon

Tannhelsetjenesten skal utarbeide et kunnskapsbasert felles undervisningsmateriale slik at ikke hver enkelt lager sitt eget opplegg. Vi skal sikre skriftlig informasjon til helse- og velferdssentre i form av munnstellhefte «God tannhelse livet ut» som er utarbeidet (og digital link i pdf). Heftene skal deles ut til hvert helse- og velferdssenter og link skal sendes til leder for eventuell videre distribusjon til sine ansatte. I samarbeidsmøte med enhetsledere og avdelingsledere, bør tannhelsetjenesten oppfordre ledelsen til at alle studenter og vikarer skal lese og gjennomgå munnstellhefte slik at alle pleiere får kunnskap om munn- og tannstell.

BSI-registrering skal kunne settes opp kommunevis og skal fremover rapporteres til Trøndelag i tall. BSI-statistikk skal brukes i tilbakemelding til sykehjem slik at ledelsen blir informert om hvordan munnstellet er hos de ulike avdelingene.

Tannhelsetjenesten skal sørge for at beboerne har munnstellkort slik at daglig munnstells rutiner tilpasset hver bruker er plassert på innside av skap for at helsepersonell har informasjonen lett tilgjengelig.

Tannhelsetjenesten skal utarbeide felles utadrettet materiell til bruk i undervisning av helsepersonell på sykehjem.

Vi vil også utarbeide materiale til bruk i VGS rettet mot studenter på helsefag som skal være et likt tilbud til alle videregående skoler til å styrke tann- og munnstells kompetanse.

Tannhelsetjenesten bør vurdere å innføre ROAG (munnundersøkellesprosedyre for ikke-tannhelsepersonell) til tannkontakter og/eller avdelingsledere som minimumskrav. Ved å gjennomføre en ROAG-undersøkelse av nye pasienter i institusjon og hjemmesykepleie vil avdekke tidlig tannhelsebehov.



Det er allerede et systematisk samarbeid mellom TkMidt, Tannhelsetjenesten i Trøndelag fylkeskommune og NTNU i å tilby tann- og munnstells undervisning av sykepleierstudenter og vernepleierstudenter i regi av KAG (klinisk akademisk gruppe). Et fremtidig mål vil være å kunne tilby tann- og munnstellundervisning til andre helseutdanninger og til flere universitet for å sikre kvalitet og kunnskap til studenter som skal ut i helse- og omsorgstjenesten.

Et annet tiltak er å utarbeide munn- og tannstells undervisning til pleiepersonell. Dette kan være sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere – både i videregående skole samt ved universitet. Gjennom Oral helse KAG (Klinisk akademisk gruppe) er det et prøveprosjekt med munn- og tannstells undervisning av sykepleiere og vernepleiere ved NTNU i Trondheim som den offentlige tannhelsetjenesten er en del av. Tannhelsetjenesten må legge til rette for kunnskapsdeling, slik at helsepersonell som har ansvar for daglig munnstell

#### **4.9.2 Eldre i hjemmesykepleie**

Per i dag er det valgfritt for gruppe C2 om de ønsker å benytte seg av den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er en risikoutsatt gruppe, som den offentlige tannhelsetjenesten ønsker å nå bedre ut til. Dette for å forebygge og fremme tannhelsen til disse pasientene.

Folkehelsegruppen jobber med å utarbeide en hjemmesykepleiebrosjyre som hjemmesykepleien kan dele ut til sine brukere. Brosyren vil inneholde informasjon om den offentlige tannhelsetjenesten samt gode munn- og tannstells rutiner.

Ifølge statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger kan folketallet fortsette å stige jevnt til 5.9 millioner i 2030 og 6.7 millioner i 2050. antall personer over 67 år vil nesten fordobles fra 2000 til 2050. Antall personer 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 i år 2000 til 350 000 i år 2030 og nesten 590 000 i år 2050 (kilde: Meld. St. 15, Leve hele livet).

Dette vil gi konsekvenser og en særlig utfordring for kapasiteten i hjemmetjenester og tannhelsetjenester. Tjenestebehovet vil øke, og dermed vil det være viktig å ha nok personell. Et tiltak er å sikre nok tannhelsepersonell. Ved å stille på VGS sine utdanningsdager hvor tannhelsesekretærer, tannpleiere og tannleger fremmer sitt yrke og fagfelt er et viktig tiltak. Det å stille på utdanningsmesse er også et tiltak tannhelsetjenesten skal prioritere. Det finnes hverken tannlege eller tannpleierutdanning i Midt-Norge, derfor er det viktig at tannhelsetjenesten stiller med praksisplass og eventuell tilbyr sommervikar av aktuelle kandidater.

Utadrettet virksomhet rettet mot pensjonistforeninger er også et helsefremmende tiltak for å gi informasjon, kunnskap og veiledning til ivaretagelse av munnhelse. Vi jobber med å utarbeide en munnhelsebrosjyre som hjemmetjenesten skal gi ut til sine brukere. Om den offentlige tannhelsetjenestens tilbud samt munnhelse råd.

Utfordringer og muligheter: nye generasjoner med eldre har andre ressurser en tidligere eldregenerasjoner i møte med alderdommen. Vi må oppfordre og utfordre til å bruke dem til å planlegge og mestre egen tilstedeværelse. Tannhelsetjenesten bør legge til rette for hva de enkelte kan gjøre selv for å ivareta sin tannhelse med veiledning, informasjon og





tilrettelegging. Et tettere samarbeid med den private tannhelsetjenesten kan være et tiltak. Det er lettere å forebygge enn å behandle og bør legges til rette for

Det vil være viktig å sikre god opplæring og undervisning av munn- og tannstell hos helse- og omsorgspersonell i hjemmetjenesten. Munnstellsheftet "God tannhelse livet ut" bør også distribueres ut til alle hjemmetjenestesoner samt sende det i pdf. På mail.

Det finnes demensteam i enkelte kommuner. Det å ha et samarbeid med dem, vil tannhelsetjenesten kunne tilby munn- og tannstell undervisning. For eksempel innføring i ROAG slik at også demensteamet med dere helsepersonell kan avdekke tidlig tannhelsebehov.

## 4.10 Migrasjon

Migrasjonshelse er en folkehelseutfordring. **Migrasjon og helse** –multietnisk samfunn, ulike befolkningsgrupper har ulike helseutfordringer, annen livshistorie, vokst opp med annet kosthold, andre risikofaktorer for sykdom, andre normer og preferanser som tannhelsetjenesten også må ta høyde for.

- Generelt er innvandrere mindre syke og bruker helsetjenester i mindre grad enn befolkningen for øvrig, men det er store forskjeller.
- Opprinnelsesland, innvandringsårsak og botid i Norge har stor betydning for helsen. Flyktninger har dårligere helseprofil enn de som kommer til Norge pga. familiegjenforening, arbeid og utdanning.
- Diabetes er utbredt blant innvandrere fra Sri Lanka, India og Pakistan der 20-24 prosent av voksne i alderen 30-59 år har diabetes, mot 3-6 prosent i befolkningen for øvrig.
- Kreft er mindre utbredt blant innvandrere samlet sett enn i befolkningen for øvrig, men risikoen varierer med landbakgrunn og krefttype.
- Hjerter- og karsykdommer er mer utbredt blant innvandrere fra Sør-Asia og Balkan-region (f.eks. Bosnia-Hercegovina og Kosovo) enn i befolkningen for øvrig.
- Voksne innvandrere fra konflikt- og krigsområder, samt barn og voksne med flyktningbakgrunn, rapporterer om mer psykiske helseplager enn befolkningen for øvrig.



- Blant menn er det fortsatt en betydelig andel i noen grupper som røyker daglig, det gjelder menn fra Øst-Europa og Balkan og Tyrkia, Iran og Irak (31 - 45 prosent).  
(kilde: [Helse i innvandrerbefolkningen - FHI](#))

I det lange løp ser det ut til at innvandreres situasjon i vertslandet betyr mer for vedkommende sin helse enn lidelser og traumer før- og under flukten. Situasjonen her og nå betyr altså mer for innvandrerens helse enn situasjonen der og da (Kilde: [Migrasjon og helse på programmet | Den norske tannlegeforenings Tidende \(tannlegetidende.no\)](#))

Kultur påvirker tannhelsen i interaksjon med faktorer som biologi, psykologi og sosioøkonomi. Det økende kulturelle mangfoldet krever at helsearbeidere er oppmerksomme på forskjellene i tannhelseforståelse (oral health literacy) ([Flyktninger og tannhelse | ANO \(idunn.no\)](#)).

Den offentlige tannhelsetjenesten skal jobbe med å oversette lettforståelig informasjon på ulike språk.

Tett samarbeid med flyktningehelsetjenesten i kommunen er et viktig bidrag for å gi informasjon om tannhelsetjenesten samt enkle tann- og munnstells veiledning.

#### 4.11 Digitalisering

Den offentlige Tannhelsetjenesten i Trøndelag bør utarbeide en ny nettside med tannhelseinformasjon som skal sikre at våre pasienter kan innhente kvalitetssikret tannhelseinformasjon på internett.

Influencere er en utfordring og kan være en feilkilde til estetisk tannhelseinformasjon. Det må jobbes med retningslinjer for å kunne markedsføre helseskadelig tannhelsebehandlinger rettet mot unge. Uheldig fokus på tannbleking og veneers er blant annet utfordringsbilde vi må forholde oss til. Ulike tann-trender i sosiale medier

Noen tannklinikker tilbyr videokonsultasjoner ved behov. Dette er en digital tjeneste levert av join.nhn.no (Norsk helsenett). Videokonsultasjoner kan benyttes ved tannlegevakt, små traumer, tilvenning til tannbehandling, vegring for å møte på tannklinikken, relasjonsbygging, foreldreveiledning, forebyggende samtaler, små oppfølging som ikke krever fysisk tilstedeværelse for å nevne noe mulighetsrom.

TOOinfo.no har laget mange videofilmer om tenner og tannhelse som tannhelsepersonell kan viderefremme til våre pasienter.

Samarbeid med Tannhelsetjenestens kompetansesenter TkMidt og TBIT (trygge barn i tannbehandling) kan gjøre digitalisering lettere fremover. Noen tannklinikker har fått utdelt flyerbrosjyrer med QR-koder til animasjonsfilmer som de har utarbeidet for pasienter som er engstelige.



## 4.12 Bærekraftsmål



Kilde: Regjeringen.no

FN's bærekraftsmål er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. Bærekraftsmålene består av 17 mål og 169 delmål. Målene skal fungere som en felles global retning for land, næringsliv og sivilsamfunn.

Tannhelsetjenesten skal også ha bærekraftsmålene som grunddokument og veiledning når vi utarbeider folkehelsearbeid tannhelsetjenesten.

Mange av våre tannklinikker er miljøfyrtårn-sertifisert, og vi vil fortsette å jobbe for å beholde sertifiseringen. Samtidig er det en utfordring miljømessig at miljø ikke går foran smittevern

## 5 MÅL OG TILTAK

### 5.1 Kvalitet

Mål 1 – Tannhelsetjenesten i Trøndelag skal følge [Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år - Helsedirektoratet](#) – en faglig retningslinje vi skal etterfølge. Ansatte er selv ansvarlig for å lese og sette seg inn i retningslinjen og eventuelle oppdateringer.

Mål 2 – Få flere 18 åringer uten karieserfaring. Vi skal legge til rette for et mer systematisk fissurforsøglingsregime for å forebygge okklusalkaries i molarer hos barn og ungdom.



Mål 3 – Være mer tilgjengelig på digitale plattformer, der hvor ungdom er. Tannhelsetjenesten skal bli en mer innovativ tjeneste med egen nettside med tannhelseinformasjon og veiledning. Digitale tjenester som chat-funksjon, videokonsultasjon og sosiale medier kan være tjenester som den offentlige tannhelsetjenesten skal fokusere på fremover.

Mål 4 – Tannhelsetjenesten skal jobbe kunnskapsbasert ved å aktivt bruke KOSTRA-tall for å se våre utfordringer. Vi skal legge til rette for å gi et likt tilbud av utadrettet virksomhet ved å utarbeide felles powerpointer og undervisningsmateriale. Vi skal forsterke innsatsen med hensyn til lokalt utfordringsbilde.

Mål 5 – Folkehelsegruppen skal skape en figur – en bamse som fungerer som tannhelsetjenestens maskot. En bamse i menneskestørrelse, som kan brukes i utadrettet virksomhet mot barn for å skape mer trygghet og gjøre tannhelse mer synlig i samfunnet.

## 5.2 Folkehelseprofil

Folkehelseinstituttet har utarbeidet et verktøy som bidrar til oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunene. Disse oversiktene gir oss et viktig grunnlag for prioritering og utvikling av tjenester og tilbud, I større grad fremover skal vi benytte [folkehelseprofiler](#). Folkehelseinstituttet publiserer oppvekstprofiler med helsedeterminanter som kan brukes som kunnskapsgrunnlag for å sette i gang utadrettede tiltak. Hvert år er det nye tema som gjenspeiles i indikatorer og figurer som vi kan bruke i vårt arbeid utad. Indikatorene som presenteres i profilen er valgt med tanke på helsefremmende og forebyggende arbeid, og statistikken må tolkes i lys av annen lokal kunnskap. Folkehelseprofilene kan også hentes ut på kommunenivå, og i de største byene, som Trondheim, så kan man også hente ut bydeler.

## 5.3 Tiltaksplan

Det jobbes med en tiltaksplan for folkehelsearbeid og utadrettet virksomhet som skal gjelde for tannhelsetjenesten. Den vil bli trykt opp og distribuert ut til alle tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten i Trøndelag. SØT-modellen ligger til grunn og tiltak er delt inn etter de prioriterte gruppene samt noen til.

Barn 0-3 år

Barn 3-6 år

Barn 6-12 år

Barn og ungdom 12-18 år

Gruppe B – Psykisk utviklingshemmede

Gruppe C1 – Eldre i institusjon



Gruppe C2 – Eldre i hjemmesykepleie

Gruppe D – 19 og 20 år

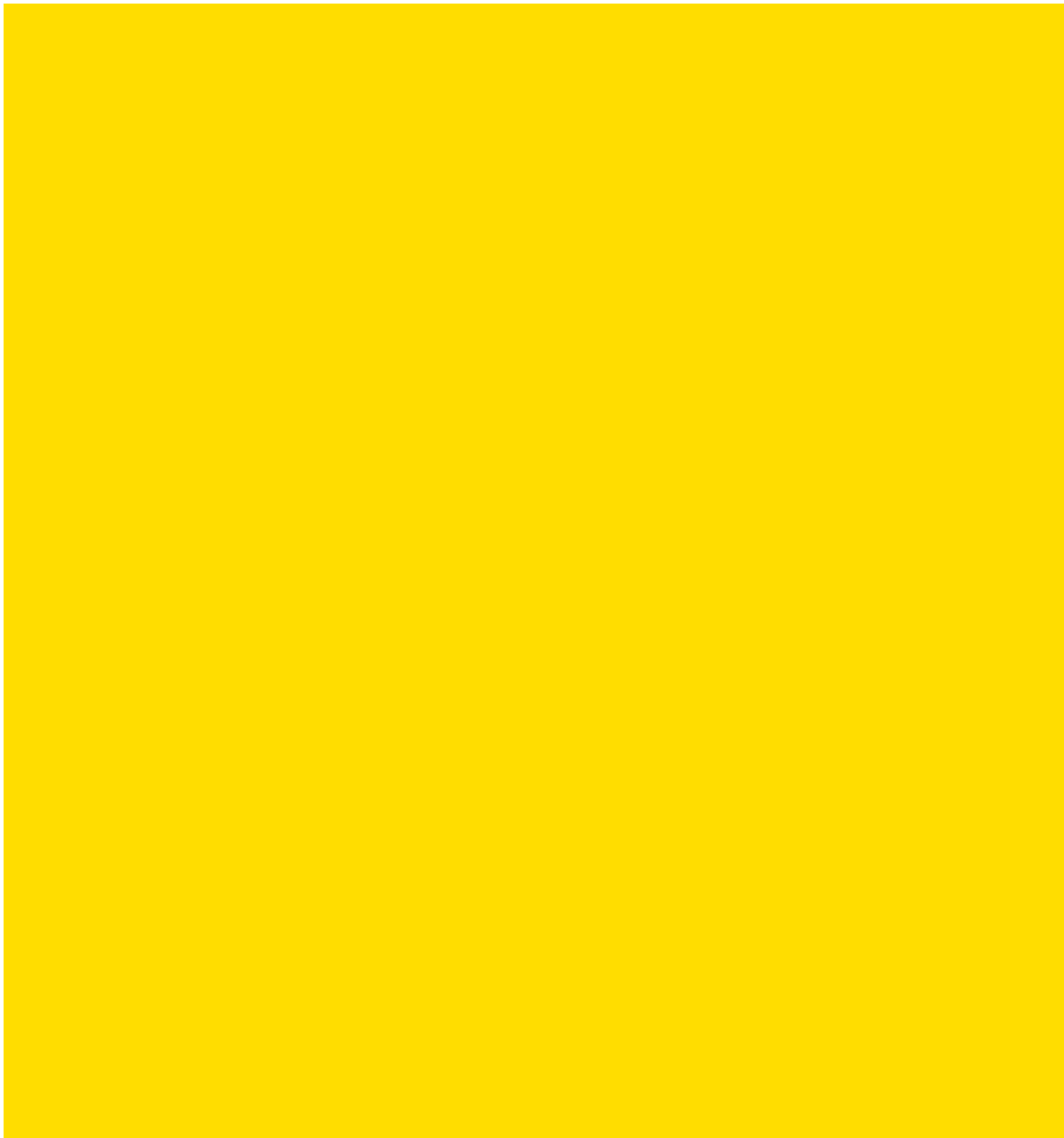
Gruppe E - Rus

Psykisk helsevern

Fengsel

Voksne betalende pasienter

Asylsøkere i statlig



## Tiltaksplan for helsefremmende og forebyggende arbeid 2023-2033:

«Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen»

Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere helsefremmende og forebyggende arbeid for helse befolkningen samt gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til prioriterte grupper.

Målgruppe	Situasjon i dag	Ønsket Situasjon	Tiltak
Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon, Gruppe B	Individuell innkalling etter behov – skal i utgangspunktet 1 x året	Bevare tannhelsen, recall etter behov	Individuell oppfølging og opplæring.
	Utfordring på egenomsorg for tann og munnhygiene.	Støtteapparatet skal ha gode kunnskaper og ferdigheter til å hjelpe den enkelte med tannstell	Skrive samarbeidsavtale Opplæring i tann og munnstell og kosthold. Munnstellkort
	Munntørrehet og drikkevaner. Selvbestemmelsesrett	Vann som tørstedrikk, mindre brus og syreholdige drikkevarer	Vannprosjekt. Flux/Xerodent-sugetabletter. Duraphat tannkrem
	Utfordringer på kosthold	Etablere gode kostholds rutiner,	Støtteapparat motiveres til gode vaner, samarbeid med bofellesskap
	Kontaktperson er i hjemmesykepleien	Samtykkeerklæring.	Samarbeidsavtale.
	Oppsøkende virksomhet til bofellesskap	Bedre samarbeid, mer ut av klinikk og ber oppsøkende virksomhet mot bofellesskap	Tilby munnstellundervisning, munnstellkort

Målgruppe	Situasjon i dag	Ønsket Situasjon	Tiltak
Beboere i helse og velferdssenter, Gruppe C1	Munn og tannstell for tilfeldig og personavhengig.	Daglig munn og tannstell. Minimal intervensjon	Undervisning og opplæring i munn og tannstell.
	Manglende daglige rutiner for individuell oppfølging. Noen	Helsepersonell skal ha kunnskap og ferdigheter til å utføre munn og tannstell.	Samarbeidsavtale. Utarbeide gode samarbeidsrutiner. Skrive tilbake-melding

	sykehjem har munnstellkort, andre ikke	Fylkets munnstellkort til alle sykehjem	etter tannbehandling
	Munntørrehet og dårlige drikkevaner	Vann som tørstedrikk	Vannprosjekt. Flux/Xerodent-sugetabletter.
	Årlig screening og individuell oppfølging.	Indikator for hygienetilstanden.	BSI-verktøy
	Eldreølge som rammer fylket i løpet av få år – mange med egne tenner fremfor protese	Utarbeide en ny oppfølging slik at vi klarer å møte en økt prioritert gruppe	Sikre oral helsekunnskap blant pleiepersonell som skal ivareta det daglige stedet. Lage undervisning til VGS og helsefagarbeiderutdanning til bruk i fylket

Målgruppe	Situasjon i dag	Ønsket situasjon	Tiltak
<b>Brukere som mottar hjemmesykepleie minst en gang i uka</b> Gruppe C2	Munn og tannstell for tilfeldig og personavhengig.	Helsepersonell skal ha kunnskap og ferdigheter til å utføre daglig tann og munnhygiene.	Undervisning og opplæring av helsepersonell. Utarbeide gode samarbeidsrutiner.
	Varierende om samarbeidsavtalen er signert.	Oppfølging av inngåtte avtaler Godt samarbeidsforhold	Skrive samarbeidsavtale. Skriv tilbakemelding på de som har vedtak om stell av personlig hygiene.
	Få som benytter den offentlige tannhelsetjenestens tilbud – vanskelig å	Bedre samarbeid med tildelingskontoret og hjemmetjenesten	Årligsamarbeidsmøte, utarbeide felles samarbeidsavtale
	Tilfeldig BSI-føring	BSI føring av alle pasienter	Oppfriskning og opplæring i tannhelsedataføring

Samtykkeerklæring – ved vedtak om hygiene/tannhygiene.  
Det foreligger et vedtak for hver behandling/tjeneste.

Målgruppe	Situasjon i dag	Ønsket situasjon	Tiltak
<b>Personer under psykisk helsevern i institusjon og personer</b>	Mange har dårlig tannhelse.	Bedre tannhelsen	Individuell innkalling til tannhelsekontroll



<b>med psykiske lidelser som mottar hjemmesykepleie.</b>			
	Stort behov for tannbehandling	Beholde egne tenner	Fast tannklinikk Oppfølging, Årlig tilbud om opplæring av helsesykepleier ei psykisk helsevern,
	Oppsøker tannlege kun ved akutt behov	Individuell innkalling til tannhelsekontroll.	Hjelp til oppfølging fra psykisk hjemmesykepleie
	<i>Munntørret.</i> Drikker mye sukkerholdig brus	Vann som tørstedrikk	Vannprosjekt. Flux/Xerodent
<b>Institusjoner Interesseorganisasjoner og psykiatrisk hjemmesykepleie</b>	Mangler møtearena	Temakveld	Inf om bivirkninger av medisiner. Opplæring i tann, munnstell og kostvaner.

<b>Målgruppe</b>	<b>Situasjon i dag</b>	<b>Ønsket situasjon</b>	<b>Tiltak</b>
<b>Innsatte i Tunga landsfengsel (gjennomsnitt soning i 5,2år) Leira gård Frigangshjemmet</b>	<b>Langtidsdømte</b> har god tilgang til tannbehandling.	Bevare egne tenner. Opprettholde godt tilbud.  Ha kunnskap og ferdighet til å ta vare på egen tannhelse	Motivere til egeninnsats Tilby undervisning, samarbeid med skole
	Innsatte må selv skrive skriftlig lapp om ønske om tannbehandling	Alle <i>innsatte</i> søker tannbehandling så fort som mulig.	Sykepleier motiverer innsatte til å søke tannbehandling og undervisning
	<i>Stillingsandeler:</i> <i>Tannlege 40%</i> <i>Tannpleier 10%</i> Utdeling av munnpleieartikler	<i>Tilstrebe full tannbehandling og mer forebyggelse</i>	<i>Øke motivasjonen blant innsatte ved hjelp av sykepleier</i>
	Mange innvandrere har en annen forståelse av munnhygiene og tannbehandling	Øke forståelsen for forebyggelse og tannbehandling	Informasjon og motivasjon, forebyggende og helsefremmende motivasjonssamtale
	<b>Korttidsdømte</b> får tannbehandling etter 3 mnd. Kun akutt tilbud fra dag 1. Alle blir vurdert individuelt og får	Motiveres av sykepleier til å søke tannbehandling så tidlig som mulig.	Forebygging, opplæring og undervisning i små grupper.

	akutt behandling.		
	<b>Butikk Børson inne i Trondheim fengsel</b>	Salg av sunne matvarer, legge til rette for valgmuligheter, salg av nødvendig tannhelseartikler	Samarbeid med de innsatte og fengselsledelsen

<b>Målgruppe</b>	<b>Situasjon i dag</b>	<b>Ønsket situasjon</b>	<b>Tiltak</b>
<b>Rusmisbrukere som bor eller oppholder seg i Trondheim kommune</b>	Frelsesarmeens rusomsorg i Hveita dagsenter.  Tannbeh på tirsdager Mye akuttbehandling	Usikkerhet om årlig øremerkede midler fra Trondheim kommune.  Alle kan søke tannbehandling	Samarbeid med kom om faste øremerkede midler til tannhelsetjenester.  Opplyning om tannhelsetilbudet
	Dårlig tannhelse Engstelig for tannbehandling Trygghet i Hveita	Prioriteres til tannbehandling i institusjon, ettervern og ved løslatelse.	Tilgang til tannbehandling og oppfølging i lokal tannklinikk/lege.
	Munntørrehet	Vann som tørstedrikk Temakveld	Vannprosjekt i institusjon. Flux
<b>Rusmisbrukere i institusjon som har plasser kjøpt opp av Helse Midt-Norge.</b>	Blå kors på Lade BUEstiftelsen- (Langørjan gård) Kvamsgrindkollektivet Norske kvinners Sanitetsfor S-Tr.lag krets Tyrili kollektivet Voksenklinikken Ungdomsklinikken	Individuell innkalling Daglig tannhygiene  Vann som tørstedrikk  Temakveld	Avtaler med klinikk Individuell opplæring i munn og tannstell.  Vannprosjekt med kostholdsveiledning  Prosjekt av og med beboere.
<b>Rusmisbrukere</b> Tannbehandling etter vedtak etter sosialtjenesteloven §4-2 jfr.§4-3 relatert til rusproblematikk..	Mye akuttbehandling	Bedre tannhelse. Gode tannhelsevaner	Samarbeid NAV

<b>Målgruppe</b>	<b>Situasjon i dag</b>	<b>Ønsket situasjon</b>	<b>Tiltak</b>
------------------	------------------------	-------------------------	---------------

<b>Asylsøkere i statlig mottak over 20 år</b>	Språkutfordringer. Kommunen dekker tolketjenester til denne gruppen	Bruk tolketjeneste. Kommunikasjon for å unngå misforståelser og sørge for mottatt helseinformasjon	Bestille tolk i tide Spesielt ved førstegangs undersøkelse/samtale
	Tilfeldig samarbeid med mottak.	Bedre samarbeid med ansatte i statlige mottak, samarbeid med flykninghelseteam	Samarbeidsmøter med flykninghelseteam
	Kulturelle forskjeller i forståelsen av behov for tannbehandling	Øke kunnskap og bevissthet om å ta vare på tannhelsen	Infoprogram (obligatorisk oppmøte) Opplæring i tannhelse/forebyggelse, etablere flerspråklig tannhelseinformasjon
	Må søke tannbehandling selv, Mye akuttbehandling fremfor forebygging	Forståelse for å ta vare på tannhelsen	Opplæring og informasjon, motiverende intervju
<b>Flyktninger bosatt i kommunene</b>	Flykninghelseteamet eller konsulenter gir et 2-års opplæringsprogram inkludert er Helsemøter	Øke kunnskap og bevissthet om å ta vare på tannhelsen	Samarbeid med kommunenes flykninghelseteam/konsulent. Helsemøter Opplæring i tannhelse, oversett tannhelseinformasjon og gi til

<b>Målgruppe</b>	<b>Situasjon i dag</b>	<b>Ønsket situasjon</b>	<b>Tiltak</b>
<b>Voksne betalende pasienter</b>	Mange går til fast tannhelsekontroll. Gjerne årlig recall. Ikke alle tannklinikker har ressurser nok til å ta imot mange voksne betalende	Individuelle innkallingsrutiner, de som har friske tenner kan ha lengre recallintervall,	Sende innkalling i god tid. Følge opp ikke møtt pasienter. Vurdere tannhelse og recall individuelt.
	En del voksne faller ut av innkallingssystemet.	Alle blir innkalt til individuell behandling	Motivere for forebyggelse og innkalling for 20åringer. Samarbeid med Forsvaret og SIT.

	Voksne med helseproblemer	Økonomisk støtte fra NAV, sosialtjenester og HELFO pkt 14.	Samarbeid med Frisklivssentaler og folkehelse og fysikkontakter.
--	---------------------------	--	--

Målgruppe	Situasjon i dag	Ønsket situasjon	Tiltak
<b>Barn 0-3 år</b>	Helsestasjon gjennomfører munnundersøkelser på barn fra 0-3år	Ønsker å få inn risikoutsatte barn på tannklinikk før de er 3 år	Tett samarbeid med helsestasjon – etablere klare retningslinjer og gode henvisningsrutiner samt opplæring av helsepersonell i hva som er sykdom og hva som er normal. Samarbeidsavtale
	Amming -hyppig nattamming kan gi økt risiko for karies for barn over 1 år.	Mindre kariesaktivitet i overkjeve front	
	Tannfrembrudd		
	Barnehage	Felles utadrettet opplegg mot barnehager,	Sørge for godt kosthold i matpakker, vann som tørstedrikk i flasker, unngå kakeservering ved hver bursdag, utarbeide felles powerpoint med opplegg rettet mot barn
<b>Barn 3-6 år</b>			
	Individuell innkalling, 5 åringer er indikatorull	Alle indikatorull får tilbud dette året	Sørge for at alle har fått tilbud ved årstallinnkalling
	Traume -	Styrke skoler og barnehager til gode rutiner	Ha samarbeid med barnehager og skole, samt skolehelsetjeneste -gi opplæring, utarbeide ny traumeplakat
	Manglende oppmøte		Ring foresatt umiddelbart, Send ikke-møtt sms/brev
	Mangler en figur som kan representere tannhelsetjenesten, det brukes ikke egne diplomer	En bamse som skal gjøre det lettere for helsepersonell å forberede våre minste på besøk hos oss – en	Utarbeide en maskot – en bamse som vi kan bruke i det forebyggende og helsefremmende

		merkevare vi kan lage vår egen diplom av, sant, regle, dans vi kan bruke i markedsføring. En bamsemaskot skal å bringe lykke og kan være et symbol som representerer tannhelsetjenesten.	arbeidet mot barn for helseinformasjon.
	Forskjellig bruk av diplomer	Ønsker en figur og egenprodusert diplom som er lik for hele fylket til 3 åringers første besøk på tannklinikken og et diplom for smokkeslutt	Utarbeide en tannfigur/maskot som kan pryde diplom etter første besøk på tannklinikk
	Kosthold	Sikre mindre sukker i barnehager, fokus på sunn matpakke, bærekraft og kun vann som tørstedrikk på drikkeflaske	Samarbeid med oppvekst og utdanning – barnehager og kosthold, grønt flagg eller Grønn barneby
	Samarbeid med barnehager	Mer samarbeid med barnehager	Sørge for mindre bruk av saft, kjeks, is, kake ved bursdager
<b>Barn 6-12 år</b>			
	Traume -	Sikre at alle barnehager og skoleskader kommer til tannklinikk for traumeregistrering	Utarbeide ny traumeplakat av «når uhellet er ute» til distribuering og bruk
	Tilfeldig fissurforsøgling, okklusal karies	Mindre karies i molarer, mer systematisk fissurforsøgling	Alltid fissurforsøgling av 1. og 2 molar ved dype furer og dekalsinasjoner eller risikoatferd
	Syrlige drikker	Ønsker mindre konsum av saft og brus	Utforme ny syreskadeplakat for trøndelag fylkes som kan distribueres og brukes i skole, helsesykepleie, helsestasjon for ungdom
	Samarbeid med skolehelsetjeneste er ulikt		Tannpleier inn som fagperson sammen med helsesykepleier i helseundersøkelse ved skoler 1. trinn, samarbeid med

			helseuker ved barneskoler
	Merkedager som vanndag, håndygienedag, munnhelsedag, psykisk helsedag	Mer synlighet om tannhelse på slike dager	Mer utadrettet virksomhet på slike dager – utarbeide materiale til bruk på de ulike merkedagene
	Digital informasjon er minimal, lite informasjon til foresatte utenom møte på tannklinikk	Kunne nå foresatte med tannhelse relatert informasjon digitalt	Opprette ny hjemmeside for tannhelsetjenesten, bruke skolen som «meldeboka» til informasjon til foresatte etter tannhelseundervisning i skolen
<b>Ungdom 12-18 år</b>			
	Hver enkelt har ansvar for å lage utadrettet materiale til å bruke på skoler	Kunnskapsbasert kunnskap, en felles undervisningsmappe hvor vi kan dele felles materiale slik at vi sikrer lik kunnskapsformidling til hele fylket	Opprette en felles digital mappe hvor alle kan legge inn sine powerpointer og utadrettet materiale. Folkehelsegruppe går gjennom powerpointer og sørger for kvalitetssikring – lage felles og likt utadrettet materiale til å bruke i VGS og ungdomsskole for å sikre likhet i fylket
	Syreskader/erosjoner blant ungdom og unge voksne	Etablere gode hverdagsvaner og gjøre vann mer attraktivt som tørstedrikk	Jobbe for å fjerne brusautomater, gjøre vann og farris mer synlig i kantiner, pH testing av syrlige drikker i naturfag/ kjemi
	Traume		Utarbeide ny traumeplakat for ungdom
	Tobakk -	Mindre bruk av snus og røyk	Tannhelserettet helseinformasjon ved skoleundervisning, utarbeide, bruke (MI)minimal intervensjon ved besøk på tannklinikk
	18 åringer er registreringskull og siste året med gratis tannbehandling	Alle skal få tilbud om undersøkelse på tannklinikken	Årskullinnkalling, gi informasjon om gruppe d-ordningen
	30,5 % av 18 åringer i	Øke prosenten av	Digital

	Norge er uten karieserfaring (2020)	antall kariesfri 18-åringer	oppfølgingsmuligheter i form av nettside, chat o.l, Mer systematisk opplæring av ivaretagelse av tenner, Prosjekt sammen med VGS,
	Samarbeid med skolehelsetjeneste er ulikt	Mer samarbeid med ungdomsskoler og VGS-	Økt satsing på samarbeid med helsesykepleier, psykisk helse dag, helseundersøkelse av 8.trinn – tannpleier inn som fagperson
	Brukermedvirkning		Ved utadrettet virksomhet kan man planlegge barn og ungdoms meninger og syk på ulike tannhelsetema, samarbeid med elevråd
<b>19-20 åringer</b>			
	Pasientene får gruppe D-brev i posten, må bestille selv	Sikre at pasienten blir ferdig før året er omme	Send gruppe d-brev tidlig på året og rett etter sommerferien slik at de fleste bestiller time i god tid før årsskifte
<b>Helsestasjon</b>			
	Årlig samarbeidsmøter med helsesykepleiere, hver enkelt tannklinikk som sogner til helsestasjon lager utadrettet opplegg eller bruker gammelt materiale pass og puss	Lik kunnskapsformidling til alle helsestasjoner	Utarbeide nytt helsestasjonsmateriale med nye bilder, legges i Teams under kanalen Folkehelse og filer som alle kan benytte i utadrettet virksomhet, årlig oppfølging og støtte til munnhelseundersøkelser på helsestasjon
	henvisningsrutiner	Sikre at barn som trenger tannhelseundersøkelse på tannklinikk før 3 år, henvises	
	Tannhelseinformasjonsmaterieill	Styrke foreldre i tann- og munnstell av sine barn	Puss fra første tannbrosjyre- utarbeide

<b>Skolehelsetjenesten</b>			
	Ingen systematisk samarbeid med helsesykepleiere i skolen	Et koordinert og strukturert samarbeid med alle skolehelsetjenester, få en fot innenfor skolesystemet, støtte helsesykepleier i tannhelse relatert kunnskap	Etablere en felles samarbeidsavtale, etablere en mal for samarbeidspunkter
	Helsesykepleier på skole har ansvar for helseundersøkelser	Tannhelse som integrert del av helseundersøkelser	Samarbeid, undervisning/opplæring av helsesykepleier, tannhelse ressurs til stede,
	Pusser tenner alene fra 9-10 års alder	Styrke barna i pusseteknikk og gode munnstellvaner	Skoleundervisning av 3. 4. og 5 trinn i gode tannhelsevaner
	Helseuke på skoler	Tannhelse som en del av helseuke	Utarbeide materiell til

Kilder: Tannbarn,

#### KOSTRA

Sett inn tannstatus for Trøndelag fylke – sammenlign med KOSTRA nasjonalt (uten karieserfaring)

5 åringer med friske tenner

12 åringer med friske tenner

15 åringer med friske tenner

18 åringer med friske tenner

Andel barn med 1-4 hull og andel barn med mer enn 4 hull

5 åringer

12 åringer

15 åringer

18 åringer

Sic-index

Fakta:

**Tannpuss:**



Tannpuss med fluortannkrem hver morgen og kveld. Barn trenger hjelp til tannpuss frem til de er ca. 10-12 år gamle på grunn av motorisk utvikling som ikke er på plass før rundt den alderen.

### **Fluor:**

Vi anbefaler ekstra fluortilskudd ved behov. Særsilt ved karieserfaring og mineraliseringsforstyrrelser.

### **Fissurforsegling:**

Barn og unge bør får fissurforsegling som behandling av initialkaries i permanente tenner fissurer.

### **Syreskader:**

Brus, saft, sportsdrikker, energidrikker, iste, juice og liknende kan gi syreskader og slitasje på tennenes emalje. Sure oppstøt og oppkast i forbindelse med spiseforstyrrelser kan også gi syreskader. Drikk vann som tørstedrikk mellom måltider.

### **Medisinbruk:**

Medisinbruk kan gi munntørret, soppinfeksjoner og misfarging av tenner. Medisiner tilsatt sukker kan medføre ekstra kariesrisiko.

### **Traume:**

Oppsøk tannklinikk snarest. Hvis tannen er slått helt ut, skal den oppbevares fuktig (i melk eller spytt). Alle traumer mot tenner skal registreres på tannklinikken for diagnostisering og videre oppfølging.

### **Tobakk:**

Røyk, snus og tobakk er helseskadelig, også for tenner og tannkjøtt. Røyking skader nesten alle organer i kroppen og forårsaker mange sykdommer som blant annet lungekreft, munnhulekreft og KOLS.

Snus gir skader på slimhinnen og kan føre til kreft i munnhulen. Ved langvarig bruk av snus, vil overflaten på slimhinnen bli hvitaktig og fortykket. Snus fører til misfarging av tenner og kan lede til at tannkjøttet trekker seg opp på roten og får bare tannhalser.

### **Sukker:**

Kosthold og ernæring har sammenheng med – og betydning for en rekke helseplager og folkesykdommer. Kosthold og sukker er spesielt relevant i forbindelse med forekomst av karies.

### **Karies:**

Karies/ «hull i tennene» /tannråte er verdens mest utbredte sykdom. Den kan ramme alle mennesker og kan forårsake smerte, lidelse og fravær fra skole og jobb. Til tross for betydelig redusert kariesforekomst i Norge, er det fremdeles mye karies i visse grupper av befolkningen.



Klinikker	Totalsum
<b>Berkåk Tannklinikk</b>	<b>1 500 000</b>
klinikk er gammel og sliten	1 500 000
<b>Brundalen Tannklinikk</b>	<b>859 000</b>
Bytte av alle varmeovner til nye med styring	80 000
Dørpumpe/ automatikk WC/ WC HC, flytting av døråpner, motor glassluke.	6 000
Manglende ledelys over dør ifb ny vegg i korridor ifb Corona.	3 000
Overtrykk 3 behandlingsrom tilbakestilles. Ref Corona	
Taklekkasje - Takvindu retning nord	70 000
En del slitte gulvbelegg samt knirk i gulv i flere rom.	700 000
<b>Byåsen Tannklinikk</b>	<b>351 475</b>
Dørautomatikk ytterdør	3 665
Lekk bereder, sikkerhetsventil	2 810
Oppgradering panelovner med sentral styring	80 000
Årskontroll EL, O planer, kontroll varmestyring	15 000
Maling av alle innv vegger - unntatt venteværelse	150 000
Opprettelse av OPC rom	100 000
<b>Malvik tannklinikk</b>	<b>170 000</b>
Bytte av hovedmagnetventil (tannlegeutstyr)	20 000
Utbedring av lister, dørstokker, gulvbelegg + maling	150 000
<b>Orkdal Tannklinikk</b>	<b>515 000</b>
Det er mye innsyn fra utsiden inn på behandlingsrom	15 000
Slitt gulvbelegg og vegger	500 000
<b>Risvollan Tannklinikk</b>	<b>5 000</b>
Kald luft oppleves inne labben.	5 000
<b>Stjørdal Tannklinikk</b>	<b>75 000</b>
Dørautomatikk sluse	25 000
Ombygging resepsjon	
Utbedring sugeledning fra tannlegestoler	50 000
<b>Støren Tannklinikk</b>	<b>200 000</b>
Ombygging resepsjon	200 000
<b>Valentinlyst tannklinikk</b>	<b>610 000</b>
Ombygning 3 behandlingsrom	610 000
<b>Leksvik Tannklinikk</b>	<b>50 000</b>
Middels oppussingsbehov.	50 000
<b>Meråker Tannklinikk</b>	<b>200 000</b>
Stort oppussingsbehov	200 000



<b>Tydal Tannklinikk</b>	<b>50 000</b>
Middels oppussingsbehov.	50 000
<b>Ørland Tannklinikk</b>	<b>50 000</b>
Middels oppussingsbehov.	50 000
<b>Totalsum</b>	<b>4 635 475</b>

Distrikt	Klinikk	Totalt antall pasienter	Voksne betalende	Prioriterte pasienter	Antall behandlere i dag	Tannleger	Tannpleiere	Pasienter per behandler i dag	Antall prioritert under tilsyn per behandler	Antall behandlere vis tilsyn med 1250 prioritert	Antall behandlere ved 1250 pasienter under tilsyn
Innherred og Fosen	Steinkjer (Malm	7,787	1,133	6,654	7.5	5.1	2.4	1038	887	5.3	6.2
Innherred og Fosen	Inderøy (Leksvi	3,278	598	2,680	2.6	1.6	1	1261	1031	2.1	2.6
Innherred og Fosen	Åfjord	1,925	751	1,174	2.8	1.8	1	688	419	0.9	1.5
Innherred og Fosen	Verdal	5,626	1,522	4,104	4.4	2.7	1.7	1279	933	3.3	4.5
Innherred og Fosen	Rissa	3,544	1,451	2,093	3.7	3	0.7	958	566	1.7	2.8
Namdal	Namsos (Osen,	5,432	560	4,872	6.5	4	2.5	836	750	3.9	4.3
Namdal	Overhalla	1,419	369	1,050	1.1	0.5	0.6	1290	955	0.8	1.1
Namdal	Ytre Namdal (Le	3,948	835	3,113	4.7	3	1.7	840	662	2.5	3.2
Namdal	Grong (Høyland	3,027	832	2,195	3.5	2.5	1	865	627	1.8	2.4
Namdal	Lierne	921	541	380	1	1		921	380	0.3	0.7
Sørvest	Ørland	3,372	648	2,724	2.7	1.7	1	1249	1009	2.2	2.7
Sørvest	Heim (Liabø)	2,264	690	1,574	2.5	1.5	1	906	630	1.3	1.8
Sørvest	Frøya	2,146	818	1,328	2.3	1.8	0.5	933	577	1.1	1.7
Sørvest	Skaun	3,690	1,064	2,626	2.7	2	0.7	1367	973	2.1	3.0
Sørvest	Rindal	1,455	882	573	1	1		1455	573	0.5	1.2
Sørvest	Hitra	2,578	1,272	1,306	3	2.5	0.5	859	435	1.0	2.1
Sørvest	Orkland (Lensvi	7,553	2,003	5,550	6	4	2	1259	925	4.4	6.0
Sørøst	Oppdal	3,543	940	2,603	3.2	2.5	0.7	1107	813	2.1	2.8
Sørøst	Holtålen	1,267	758	509	1	1		1267	509	0.4	1.0
Sørøst	Røros	2,420	961	1,459	2.8	2	0.8	864	521	1.2	1.9
Sørøst	Selbu	2,669	1,421	1,248	3.5	2.5	1	763	357	1.0	2.1
Sørøst	Malvik	5,644	1,545	4,099	4.7	4	0.7	1201	872	3.3	4.5
Sørøst	Støren	3,266	1,593	1,673	3.8	3	0.8	859	440	1.3	2.6
Sørøst	Melhus	7,650	2,688	4,962	6.9	5	1.9	1109	719	4.0	6.1
Trondheim sør	Heimdal	7,450	96	7,354	5.7	3.7	2	1307	1290	5.9	6.0
Trondheim sør	Spongdal	3,694	759	2,935	2.8	1.8	1	1319	1048	2.3	3.0
Trondheim sør	Tiller	12,066	1,058	11,008	9.4	5.4	4	1284	1171	8.8	9.7
Trondheim sør	Klæbu	3,489	1,203	2,286	3.3	2.3	1	1057	693	1.8	2.8
Trondheim sør	Byåsen	12,480	2,754	9,726	8.7	5.7	3	1434	1118	7.8	10.0
Trondheim øst	Lade	5,249	701	4,548	4	2.5	1.5	1312	1137	3.6	4.2
Trondheim øst	Valentinlyst	5,487	640	4,847	3.7	2.7	1	1483	1310	3.9	4.4
Trondheim øst	Sentrum	4,847	842	4,005	2.7	1.7	1	1795	1483	3.2	3.9
Trondheim øst	Risvollan	7,300	1,190	6,110	4.7	2.7	2	1553	1300	4.9	5.8
Trondheim øst	Ranheim	3,945	432	3,513	2.6	1.6	1	1517	1351	2.8	3.2
Trondheim øst	Brundalen	8,819	2,340	6,479	7.8	4.8	3	1131	831	5.2	7.1
Værnes	Stjørdal (Meråke	8,696	936	7,760	6.8	4.4	2.4	1279	1141	6.2	7.0
Værnes	Levanger	6,586	767	5,819	6.7	4.3	2.4	983	869	4.7	5.3
Værnes	Frosta	1,370	674	696	0.8	0.8		1713	870	0.6	1.1
		177,902	40,267	137,635	153.6	104.1	49.5				

	Antall pasienter tilsyn tannpleier	Andel av total pasientmasse	Antall pasienter tilsyn tannlege	Andel av total pasientmasse	Totalt	
A2	57301	34%	47512	28%	104813	61%
B	1016	1%	1410	1%	2426	1%
C1	2147	1%	1845	1%	3992	2%
C2	1399	1%	3351	2%	4750	3%
D	3757	2%	5679	3%	9436	6%
E	140	0%	597	0%	737	0%
F	8695	5%	30674	18%	39369	23%
G	1728	1%	3511	2%	5239	3%
	76183	45%	94579	55%	170762	100%
Antall årsverk	47		90		137	
Gjennomsnittlig	1620		1050		1250	

	2,327,000	1,243,000	366,000 -	985,000	3,408,000	6,359,000
<b>Klinikker</b>	<b>Husleie</b>	<b>Ambulering</b>	<b>Km-godtgjørelse</b>	<b>Skysstrefusjon</b>	<b>Kjøretid brukt til behandling</b>	<b>Sum nedleggelse</b>
Berkåk	132,000	33,600	11,520 -	34,600	120,000	262,520
Høylandet	356,000	67,200	15,360 -	44,100	144,000	538,460
Jøa	60,000	16,800	4,000 -	9,500	24,000	95,300
Lauvsnes	88,000	50,400	20,400 -	40,500	168,000	286,300
Leksvik	216,000	67,200	26,240 -	78,500	264,000	494,940
Lensvik	108,000	134,400	28,000 -	62,800	216,000	423,600
Leka	78,000	33,600	16,400 -	34,300	120,000	213,700
Liabø	-	134,400	40,000 -	95,300	312,000	391,100
Løkken	120,000	67,200	16,640 -	49,100	168,000	322,740
Malm	290,000	168,000	26,000 -	55,300	216,000	644,700
Meråker	108,000	67,200	30,720 -	93,900	312,000	424,020
Namsskogan	280,000	67,200	46,080 -	138,400	456,000	710,880
Osen	48,000	67,200	30,400 -	65,800	240,000	319,800
Rindal	172,000	134,400	28,000 -	64,100	216,000	486,300
Snåsa	228,000	67,200	- -	61,700	216,000	449,500
Tydal	43,200	67,200	26,000 -	57,300	216,000	295,100

Ingen fakturering 2020?

Faktura viser pr. måned, men finner bare fire fakturaer - tyder på kvartalsbetaling.

Timestakst 2400

Ambuleringsklinikk	Hovedklinikk	Avstand t/r	Dager ambulering	Km-godtgjørelse	Passasjertillegg	Sum transport	Ambuleringskostnad
Berkåk	Oppdal	72	1	11520	0	11520	33600
Høylandet	Grong	48	2	15360	0	15360	67200
Jøa	Namsos	80	0.25	3200	800	4000	16800
Lauvsnes	Namsos	136	0.75	16320	4080	20400	50400
Leksvik	Inderøy	82	2	26240	0	26240	67200
Lensvik	Orkland	70	2	22400	5600	28000	134400
Leka	Ytre Namdal	164	0.5	13120	3280	16400	33600
Liabø	Heim	100	2	32000	8000	40000	134400
Løkken	Orkland	52	2	16640	0	16640	67200
Malm	Steinkjer	52	2.5	20800	5200	26000	168000
Meråker	Stjørdal	96	2	30720	0	30720	67200
Namsskogan	Grong	144	2	46080	0	46080	67200
Osen	Namsos	152	1	24320	6080	30400	67200
Rindal	Meldal	70	2	22400	5600	28000	134400
Snåsa	Grong	68	2	0	0	0	67200
Tydal	Selbu	130	1	20800	5200	26000	67200

Ambuleringstillegg

120

Ambuleringsklinikk	Hovedklinikk	Avstand t/r	Dager ambulering	Transporttid/år
Berkåk	Oppdal	72	1	50
Høylandet	Grong	48	2	60
Jøa	Namsos	80	0.25	10
Lauvsnes	Namsos	136	0.75	70
Leksvik	Inderøy	82	2	110
Lensvik	Orkland	70	2	90
Leka	Ytre Namdal	164	0.5	50
Liabø	Heim	100	2	130
Løkken	Orkland	52	2	70
Malm	Steinkjer	52	2.5	90
Meråker	Stjørdal	96	2	130
Namsskogan	Grong	144	2	190
Osen	Namsos	152	1	100
Rindal	Meldal	70	2	90
Snåsa	Grong	68	2	90
Tydal	Selbu	130	1	90

1420

Ambuleringskl	Hovedklinikk	Avstand t/r	Dager ambule	Transporttid/år
Berkåk	Oppdal	72	1	50
Høylandet	Grong	48	2	60
Jøa	Namsos	80	0.25	10
Leksvik	Inderøy	82	2	110
Lensvik	Orkland	70	2	90
Liabø	Heim	100	2	130
Løkken	Orkland	52	2	70
Malm	Steinkjer	52	2.5	90
Rindal	Meldal	70	2	90
Snåsa	Grong	68	2	90
Tydal	Selbu	130	1	90

880



Ambuleringsklinikk	A2	B	C1	C2	D	E		Dager ambulering	Timer behandling	Timer per pasient	
Berkåk		429	10	23	46	68	1		1	280	0.5
Høylandet		256	10	19	38	38	0		2	560	1.6
Jøa		62	1	8	6	7	1		0.25	70	0.8
Lauvsnes		132	9	15	31	31	0		0.75	210	1.0
Leksvik		370	8	18	60	44	0		2	560	1.1
Lensvik		266	18	24	29	47	0		2	560	1.5
Leka		85	0	11	28	9	0		0.5	140	1.1
Liabø		254	4	22	26	42	0		2	560	1.6
Løkken		604	18	23	82	96	5		2	560	0.7
Malm		191	1	23	52	20	4		2.5	700	2.4
Meråker		399	11	21	35	62	4		2	560	1.1
Namsskogan		135	6	10	50	18	1		2	560	2.5
Osen		137	1	14	41	14	0		1	280	1.4
Rindal		347	9	20	45	46	6		2	560	1.2
Snåsa		386	15	22	68	52	8		2	560	1.0
Tydal		114	0	14	23	17	0		1	280	1.7

Ambuleringsklinikk	A2	B	C1	C2	D	E	Sum per besøk	Sum per år
Berkåk	71,400	0	0	0	0	0	71,400	34,600
Høylandet	28,400	0	0	0	0	0	28,400	44,100
Jøa	11,500	0	0	0	0	0	11,500	9,500
Lauvsnes	41,700	330	0	0	0	0	42,030	40,500
Leksvik	70,100	0	0	0	0	0	70,100	78,500
Lensvik	43,000	0	0	0	0	0	43,000	62,800
Leka	32,600	0	0	0	0	0	32,600	34,300
Liabø	58,700	0	0	550	0	0	59,250	95,300
Løkken	72,600	0	0	0	0	0	72,600	49,100
Malm	23,000	0	0	0	0	0	23,000	55,300
Meråker	88,500	0	0	730	0	0	89,230	93,900
Namsskogan	45,200	340	0	8840	0	0	54,380	138,400
Osen	48,600	80	0	0	0	0	48,680	65,800
Rindal	54,100	0	0	0	0	0	54,100	64,100
Snåsa	60,700	0	0	0	0	0	60,700	61,700
Tydal	34,400	0	0	0	0	0	34,400	57,300
							<u>795,370</u>	<u>985,200</u>

Skysstrefusjon 2.6 pr.km.

Egenandel utbetales  
ikke når avstanden  
er under

61 km

# SAKSFRAMLEGG

**Saksbehandler:** Renate Loktu Sandvik

**Arkiv:** G10

**Arkivsaksnr.:** 23/1202

**Saken skal behandles i følgende utvalg:**

Frøya eldre- og brukerråd

## **0-VISJON UTENFORSKAP - FEB**

### **Forslag til vedtak:**

**Frøya eldre- og brukerråd støtter "0-visjon" for utenforskap.**

### **Vedlegg:**

### **Saksopplysninger:**

Hovedutvalg for helse, omsorg, NAV, oppvekst og kultur vedtar formelt at Frøya kommune skal ha "0-visjon" for utenforskap.

Frøya kommune har over tid gjennom sin satsning «øya – det skal en hel øy til å oppdra et barn» jobbet for et inkluderende samfunn. For å styrke dette arbeidet ytterligere og for å redusere utenforskapet i vår kommune, har vi gjennom partnerskap med NAV, og Hitra og Frøya vedtatt en «0-visjon» for utenforskap. Gjennom partnerskapet har vi som mål å utvikle og implementere strategier for å oppnå denne visjonen.

Vår visjon er å skape et samfunn der ingen opplever utenforskap, der alle innbyggere er inkludert og har like muligheter til å delta i samfunnet. Vi ønsker å eliminere de barrierene som forhindrer mennesker fra å delta fullt ut i sosiale, økonomiske og kulturelle aktiviteter. En «0 visjon» for utenforskap er vår overordnede rettesnor og en forpliktelse til å arbeide for et inkluderende samfunn.

- Vi vil fortsette å utvikle og styrke partnerskapet mellom NAV og kommunen Hitra og Frøya for å sikre koordinerte og effektive tiltak mot utenforskap.
- Vi vil prioritere tidlig innsats og forebyggende tiltak for å hindre at innbyggere havner i utenforskap. Dette inkluderer å identifisere og støtte personer og grupper som er sårbare for utenforskap.
- Vi vil legge til rette for kontinuerlig kompetanseutvikling blant våre ansatte, slik at de er i stand til å møte behovene til personer som opplever utenforskap på en best mulig måte.
- Vi vil oppmuntre til og støtte aktiv deltakelse og medvirkning fra innbyggerne i utviklingen av tiltak og strategier for å redusere utenforskap.

Med dette som bakgrunn er det nedsatt en arbeidsgruppe i partnerskapet Nav Hitra og Frøya. Vi ønsker å gjennomføre et prosjekt som tar sikte på å utforske og forstå ungt utenforskap i Hitra og

Frøya kommuner som første steg. Prosjektet vil fokusere på å definere begrepet utenforskap, identifisere risikofaktorer knyttet til ungdommers utenforskap, og utarbeide forslag til målrettede tiltak for å motvirke dette.

Formålet med prosjektet er å oppnå en omforent forståelse av begrepet ungt utenforskap og å kartlegge den nåværende statusen for ungdommers utenforskap i Hitra og Frøya kommuner. Vi ønsker å bidra til utviklingen av tydeligere retningslinjer og målrettede tiltak som kan implementeres for å redusere utenforskapet blant unge mennesker i disse kommunene.

Vi vil gjennomføre en systematisk gjennomgang av eksisterende litteratur, forskning og relevante dokumenter for å få en bred oversikt over hvordan ungt utenforskap er definert og forstått både nasjonalt og internasjonalt. Dette vil danne grunnlaget for utarbeidelsen av en felles definisjon som kan benyttes i arbeidet med å bekjempe utenforskapet blant ungdom i Hitra og Frøya kommuner.

Vi vil gjennomføre grundige kartlegginger, inkludert spørreundersøkelser, fokusgrupper og intervjuer, blant ungdommer, foreldre, skoler, frivillige organisasjoner og andre relevante interessenter i de to kommunene. Målet er å få innsikt i ulike perspektiver og erfaringer knyttet til utenforskap blant ungdom, samt identifisere risikofaktorer og barrierer som hindrer inkludering og deltakelse.

Basert på kunnskapsgrunnlaget fra litteraturgjennomgangen og den innsamlede informasjonen gjennom kartleggingene, vil vi gjennomføre en grundig analyse for å identifisere hovedårsaker til utenforskap blant ungdom i Hitra og Frøya kommuner. Vi vil utarbeide konkrete anbefalinger og tiltak som kan bidra til å redusere utenforskap og fremme inkludering blant unge mennesker i disse områdene.

Vi søker om prosjektmidler til Statsforvalteren til å innhente ekstern bistand med spesialisert kunnskap på området for å bistå oss i gjennomføringen av prosjektet. Ekstern ekspertise vil sikre grundig analyse av dataene, utvikle anbefalinger basert på beste praksis og veilede oss gjennom prosessen med å etablere en omforent forståelse av ungt utenforskap i Hitra og Frøya kommuner.

Med ekstern bistand vil det styrke vår arbeidsgruppe og sikre at prosjektet utføres på en grundig måte. Dette vil bidra til å oppnå bedre resultater og mer effektive tiltak for å bekjempe ungt utenforskap i våre kommuner.

### **Vurdering:**

Ved å arbeide tett sammen med NAV og Hitra kommune, kan vi styrke samarbeidet og effektiviteten i våre tiltak mot utenforskap.

En «0 visjon» for utenforskap reflekterer vår forpliktelse til å skape et inkluderende samfunn der alle innbyggere har like muligheter og rettigheter. Gjennom strategier som tidlig innsats, forebygging, kompetanseutvikling og aktiv involvering av innbyggere, vil vi jobbe mot å fjerne barrierer og skape en inkluderende og rettferdig samfunnsmessig ramme for alle.

Kommunedirektøren anbefaler at denne uttalte visjonen for en «0 visjon» for utenforskap i Frøya kommune blir formelt vedtatt og kommunisert til alle relevante aktører og interessenter.

# SAKSFRAMLEGG

**Saksbehandler:** Siv-Tove Skarshaug  
**Arkivsaksnr.:** 23/1228

**Arkiv:** 033

**Saken skal behandles i følgende utvalg:**

Frøya eldre- og brukerråd

## REFERATSAK

**Forslag til vedtak:**

**Referatene tas til orientering.**

## Vedlegg:

1. Innspill til valg av elderråd – aldersvennlig Norge.
2. BPA og arbeid med konsesjonsordningene
3. Status: CDPR ordning: skriftlig status fra kommunalsjef helse og mestring (Ettersendes på mail)

Til kommunedirektører og fylkesdirektører

**Dato:** 23.05.2023

## Nye eldreråd – Forslag til kandidater

I september er det kommune- og fylkestingsvalg, og nye eldreråd skal velges etter at valget er gjennomført. Prosessen med å få et nytt eldreråd på plass bør starte tidlig for å sikre best mulig representasjon. I god tid før valget bør kommuner og fylkeskommuner gå ut med informasjon til organisasjoner og innbyggere og be om forslag til kandidater.

Rådet for et aldersvennlig Norge er opptatt av eldres medvirkning i samfunnet slik at eldres synspunkter blir ivaretatt i kommunale og fylkeskommunale beslutningsprosesser. Her er eldrerådene viktige for å sikre en bred, åpen og tilgjengelig medvirkning i alle saker som gjelder eldre. Vi vet at eldrerådene selv er opptatt av å få inn dyktige og engasjerte medlemmer i rådene både på kommunalt nivå og i fylkeskommunen.

Eldrerådet bør være bredt sammensatt og bestå av personer med ulik erfaring og bakgrunn.

[Veileder for valg av eldreråd som ligger på Kommunal- og distriktsdepartementets hjemmeside](#), gir god veiledning og oversikt over kommunens og fylkeskommunens ansvar for å få utnevnt nye eldreråd.

Kommunens oppgave er å gi informasjon til organisasjoner som representerer eldre om at de har rett til å foreslå aktuelle kandidater til eldrerådet, noe dere er godt kjent med. Veilederen viser til at kommunen bør ha oversikt over aktuelle organisasjoner og foreninger som kan få muligheten til å foreslå medlemmer til eldrerådet. Eksempler på landsomfattende organisasjoner som representerer eldre er Pensjonistforbundet, Senior Norge, Seniornett, Forsvarets seniorforbund og Landslaget for offentlige pensjonister.

Mange har også et kommunestyremedlem med i rådet. Det er dere sikkert også godt kjent med.

Det vi imidlertid tror bør gjøres bedre kjent, er utgangspunktet om at enhver eldre person kan velges til å sitte i rådet. Vi ønsker derfor å oppfordre til at når dere er i fasen med å innhente forslag til kandidater, gjør denne muligheten tydelig kjent for innbyggerne.

Rådet for et aldersvennlig Norge oppfordrer derfor kommunene og fylkeskommunene til å starte tidlig med forberedelsene til valg av eldreråd – og at valget skjer så fort som mulig etter at kommunestyre- og fylkestingsvalget er gjennomført.

Et kompetent og bredt sammensatt eldreråd vil være til stor nytte i lokalsamfunnet i årene som kommer der vi blir så mange flere eldre. Vi trenger eldreråd som går bredt ut og som engasjerer seg i alle saker som angår eldre. Skal vi lykkes med å skape et aldersvennlig samfunn, er eldre selv en viktig bidragsyter og ressurs.

Senteret for et aldersvennlig Norge, i samarbeid med Rådet for et aldersvennlig Norge, er fra regjeringen gitt i oppdrag i å utvikle et opplæringstilbud for eldrerådene. Dette er et tilbud som vil bli gitt til kommunene og fylkeskommunene etter valget. Hensikten er å bidra til at medlemmene i de nye eldrerådene kan bli enda mer kompetente og attraktive samarbeidspartnere for den administrative og politiske ledelsen i kommunene og fylkeskommunene.

Vi ønsker dere lykke til i prosessene dere har fram mot valget!

Med vennlig hilsen



Berit Brørby

Leder Rådet for et aldersvennlig Norge

Skriftlig svar fra kommunalsjef helse og mestring til Frøya eldre- og brukerråd angående anskaffelser av private tilbydere BPA ordning – vedtak kst 9/23.

Viser til vår telefonsamtale. Legger ved her som avtalt kort beskrivelse av veien videre i forhold KST – vedtak 9/23

- Frøya kommune har vært i kontakt med Abakus som gjennomfører anskaffelser på vegne av kommunen. De bistår med utarbeidelse av kvalifikasjonskrav for konsesjonstildeling. Herunder informasjon om anskaffelsens omfang, tidsramme og eventuelle kriterier som skal legges til grunn for tildeling av kontrakten.
- Når vi har dette klart vil Frøya kommune publiserer en kunngjøring i Doffin - den nasjonale databasen for offentlige anskaffelser.
- Frøya kommune sammen med Abakus evaluerer de innkomne tilbudene fra potensielle tilbydere for å fastslå om de oppfyller kvalifikasjonskravene og de kriterier som vi har lagt til grunn for tildeling av kontrakten.
- Basert på evalueringen velger vi ut tilbyderen. En tildelingsbeslutning blir deretter fattet, og kontrakten tildeles.

Når dette er gjennomført står vi med private tilbydere av BPA som innbyggere i Frøya kommune som har fått vedtak på en slik tjeneste fritt kan velge fra – altså fritt brukervalg/ brukervalgsordning.

Vennlig hilsen

**Renate Loktu Sandvik**

Kommunalsjef Helse og mestring

Frøya kommune

[Renate.loktu.sandvik@froya.kommune.no](mailto:Renate.loktu.sandvik@froya.kommune.no)

(+47) 98 67 49 83

[www.froya.kommune.no](http://www.froya.kommune.no)



## SAKSFRAMLEGG

**Saksbehandler:** Siv-Tove Skarshaug

**Arkiv:** 033

**Arkivsaksnr.:** 23/1249

**Saken skal behandles i følgende utvalg:**

Frøya eldre- og brukerråd

**BRUKEROMBUDETS ORIENTERING**

# SAKSFRAMLEGG

**Saksbehandler:** Siv-Tove Skarshaug

**Arkiv:** 033

**Arkivsaksnr.:** 23/1229

**Saken skal behandles i følgende utvalg:**

Frøya eldre- og brukerråd

## ORIENTERING/SPØRRERUNDE

**Gjennomgang svar på spørreundersøkelse ang. politisk struktur**