

Kvalitets sikring av tverrfaglig tilbud i tannhelsetjenesten

Erfaringer fra Møre og Romsdal tilsier at klinikere kan lykkes med å initiere og utvikle resultatindikatorer for behandlingen.

TEKST

Yngvill Ane S. Westad

Gina Løge Flemmen

Henriette Hollingen

Trine B. Monsen

PUBLISERT 1. februar 2024

EMNER

tverrfaglig

odontofobi

Angst

Eksponeeringsterapi

Pasienter som har vært utsatt for tortur (T), overgrep (O) og/eller som har utviklet odontofobi (O), kan ha særskilte behov under tannlegebesøk. I løpet av det siste tiåret er det etablert tverrfaglige spesialiserte team, TOO-team, som består av tannhelsepersonell og psykolog. Teamene skal tilby tilrettelagt tannbehandling og/eller angstbehandling til disse pasientene. I 2023 har alle landets regioner etablert TOO-team. Disse er organisert enten ved regionale odontologiske kompetansesentre eller fylkeskommunalt i den offentlige tannhelsetjenesten.

Å tilby tverrfaglige tjenester kan være utfordrende, og det er viktig å vurdere effektiviteten av slike tilbud. Generelt sett er det et problem at nye offentlige tilbud innføres uten at de evalueres på en tilstrekkelig måte. For å adressere dette kan kvalitetsindikatorer brukes som måler effekt av intervensjonen.

Her beskriver vi hvordan vi har utviklet kvalitetsindikatorer for å evaluere TOO-tilbudet. Vi har hatt spesielt fokus på resultatindikatorer, som er en type kvalitetsindikator. Først vil vi gi en oversikt over hva TOO-team er, og hvordan vi har utviklet kvalitetsindikatorerne spesifikt i Møre og Romsdal. Vi vil også diskutere utfordringer vi har møtt underveis, og mulige implikasjoner av vår prosess.

TOO-team

Tannhelsetjenesten har en overordnet målsetting om å tilby lik tilgang til tannhelsetjenester uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn, personlig økonomi og livssituasjon. I 2010 kom Helsedirektoratet med en rapport som konkluderte med at pasienter utsatt for tortur, overgrep og/eller som har odontofobi, får mangelfull oppfølging og at de har redusert evne til å nyttiggjøre seg eksisterende tilbud i

tannhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010). Det ble derfor besluttet å etablere fylkesdekkende og tverrfaglige TOO-team (TOO-prosjektet) for å imøtekomme behovet til disse pasientgruppene.

TOO-teamene tilbyr angstbehandling og/eller tilrettelagt tannbehandling basert på en kognitiv atferdsterapeutisk (KAT) tilnærming. Målet er at pasienten skal bedre og få en tilfredsstillende god tannhelse og på sikt kunne følge opp ordinær tannbehandling. TOO-behandlingen er todelt. Angstbehandling og/eller tilrettelagt tannbehandling foregår i et tverrfaglig team med tannhelsepersonell og psykolog i opptil tolv KAT treningssesjoner (fase 1). Etter dette henvises pasienten til et TOO-tannbehandler-team for videre tannbehandling og restaurering av tannsett (fase 2). Dette teamet består utelukkende av tannhelsepersonell som også har en grunnleggende trening i KAT. Både angstbehandlingen og den påfølgende tannbehandlingen tilbys kostnadsfritt. TOO-tilbudet skal være et supplement til allerede eksisterende tilbud i kommune- og spesialisthelsetjeneste. I 2022 ble det bevilget 180 millioner kroner til TOO-prosjektet.

«Systematisk innhenting av kvalitetsindikatorer er en måte å vurdere og evaluere tjenestetilbud på»

Innholdet i TOO

For pasienter med sterk tannbehandlingsangst er KAT en godt dokumentert behandlingsform (Gordon et al., 2013; Wannemueller et al., 2011; Wide Boman et al., 2013). Frem til TOO-prosjektet ble iverksatt, har den psykologfaglige behandlingskompetansen for odontofobi og andre lidelser relatert til sterk tannbehandlingsangst i hovedsak vært etablert i et annet helsesystem, gjerne psykisk helsevern, enn der vanskene har best forutsetninger for å kunne endres, som tannhelsetjenesten. Ved angstbehandling har det nemlig vist seg å være viktig å legge til rette for lærings situasjoner som ligner mest mulig på situasjonen pasienten frykter, som slik kan bryte med pasientens etablerte negative forventninger (Craske et al., 2014). Behandlingsutbyttet forventes derfor å være størst når pasienter erfarer lærings situasjoner i tannbehandlingskonteksten som reflekterer de reelle situasjonene de skal mestre, fremfor i et samtalerom for psykiske lidelser.

Tannhelse, psykisk helse og somatisk helse har en klar sammenheng.

Tannbehandlingsangst og relatert unngåelsesatferd fører til at en utsetter eller lar være å gå til tannbehandling (Wide & Hakeberg, 2021). På sikt kan unngåelsen påvirke tannhelsen negativt, øke det oppsamlede tannbehandlingsbehovet, fører til både for lite og dårlig næringsinntak og øke risikoen for øvrige somatiske komplikasjoner og lidelser (Beaudette et al., 2017). Suksessivt økende kostnader knyttet til det oppsamlede tannbehandlingsbehovet, samt stadig mer skam og angst, vil kunne forsterke unngåelsesatferden over tid. Dette, i tillegg til den nevnte forutsetningen for nylæring knyttet til selve tannbehandlingen, underbygger viktigheten av et nært samarbeid

mellom tannhelsetjeneste og psykisk helsetjeneste for å kunne forebygge og behandle tannbehandlingsvansker. TOO-prosjektet kan således antas å være en egnet intervensjonsmodell for å sikre at pasienter med tannbehandlingsangst får god og tilpasset behandling.

Selv om det foreligger et overordnet mandat og felles styringsprinsipper for TOO, er det dokumentert betydelige variasjoner mellom TOO-teamene. Dette både når det gjelder organisatoriske og administrative forhold, de konkrete tilnærmingene til behandlingen som tilbys, og behandlingsstruktur. Det mangler systematisk datainnsamling og forskning på TOO-behandlingen, hvilket har ført til at «beste-praksis» hverken har blitt vurdert eller identifisert (Helsedirektoratet, 2021a).

Organisering og implementering

Etableringen av TOO i Møre og Romsdal fylkeskommune startet i 2014. *Det tverrfaglige teamet* – som primært er inne i fase 1 – består av en offentlig ansatt psykologspesialist, tannlege og tannhelsesekretær. Det fungerer som et fylkesdekkende team for vurdering og behandling av odontofobi og tannbehandlingsangst knyttet til det å ha vært utsatt for tortur, seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner. Psykologspesialisten hadde gjennomført toårig videreutdanning i KAT. Tannlegene og tannhelsesekretærene fikk omfattende opplæring i psykologfaglig KAT-metodikk, både gjennom nasjonal TOO-opplæring og lokal veiledning av en psykologspesialist. Fase 2 ble først og fremst gjennomført av TOO *tannbehandlerteam* bestående av tannleger og tannhelsesekretærer. De ble opplært i å gjennomføre tannbehandling og restaurering av tannsett etter KAT-prinsipper. I 2023 har Møre og Romsdal fylkeskommune to tverrfaglige team (samlet ressurs på 150 % psykolog, 150 % tannlege og 150 % tannhelsesekretær) og ti tannbehandlerteam. Mens de tverrfaglige teamene er samlokalisert ved Molde Kompetanseklinikk, er de ti tannbehandlerteamene geografisk spredt i fylket. Dette for å sørge for nærhet og redusert reisebelastning for pasientene. For å vedlikeholde KAT-kompetanse og sørge for godt samarbeid, felles rammeverk og forståelse, blir det arrangert årlige vedlikeholds-kurs for alle tverrfaglige og tannbehandler-teamene samlet. I tillegg skal det være lav terskel for tannbehandlerteamene når det gjelder å konsultere tverrfaglige team ved behov.

Indikatorer og tilbakemelding

Kjerneverdiene for sosial- og helsetjenesten er bygget på omsorg og respekt i møte med pasient og bruker, trygghet og tilgjengelighet av tjenester, samt kvalitet i prosess og resultat. God kvalitet innebærer at tjenestene er virkningsfulle og sikre, at de involverer brukerne og gir brukermedvirkning, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, samt at de er tilgjengelige og rettfærdig fordelt (Helsedirektoratet, 2005).

I tråd med disse kjerneverdiene har alle som yter helsetjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven plikt til å sørge for at virksomheten jobber systematisk for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2016). Videre skal

personen med det overordnede ansvaret i en virksomhet sørge for å etablere systemer for å innhente informasjon og kunnskap til å planlegge, gjennomføre og forbedre virksomhetens oppgaver. Det er likevel yrkesutøvelsen til den enkelte medarbeider som skal ha god nok kvalitet. Den ansatte burde derfor ikke bare ha kjennskap til hva som er god behandling, men bør også få en viktig rolle i kvalitetsutviklingsprosessen.

Systematisk innhenting av kvalitetsindikatorer er en måte å vurdere og evaluere tjenestetilbud på. En kvalitetsindikator er et mål som sier noe om kvaliteten på tjenesten som blir evaluert. Ifølge Helsedirektoratet (2021b) kan kvalitet vurderes i tre dimensjoner: strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer.

Strukturindikatorer inkluderer rammer, ressurser, utstyr, kompetanse og liknende som tjenesten har etablert og har tilgjengelig. Prosessindikatorer omhandler aktivitet i selve behandlingsforløpet, som eksempelvis antall diagnostiserte og ferdig behandlede pasienter. Resultatindikatorer omhandler selve helseutbyttet og tilfredshet pasientene opplever av, og som følge av, behandlingstilbudet. Målet med å samle inn resultatindikatorer er todelt. For det første er det viktig å etablere en solid kunnskapsplattform angående behandlingen som tilbys, og for det andre å etablere en referanse for kvaliteten på den gitte behandlingen. Dette åpner opp for å kunne sammenligne behandlingskvaliteten på ulike behandlingssteder, som kan ha noe varierte tilnærminger til et behandlingstilbud.

Åpenhet rundt kvalitetsindikatorer er viktig både for helsemyndigheter, helsetjenesteleverandører og pasienter. For pasientene er det viktig for å kunne ta informerte valg og beslutninger rundt egen helse. Virksomheten trenger denne informasjonen for å kunne fortløpende styre og justere tilbud som gis. Helsemyndighetene på sin side trenger innsikt i dette for å kunne bedre befolkningens helse på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå.

TOO-teamene i Norge rapporterer om ulike kvalitetsindikatorer til Helsedirektoratet årlig via fylkeskommunene og de ansvarlige regionale odontologiske kompetansesentrene. Helsedirektoratet etterspør hovedsakelig indikatorer som omhandler organisatoriske og administrative forhold i tjenesten, altså struktur- og prosessindikatorer. Eksempler er tilgjengelige personellressurser, aktuell ventetid på tilbudet, antall ferdigbehandlede per år, pasientenes spesifikke tannbehandlingsbehov og hvor mye TOO-ansatte deltar på kurs og opplæring. Innsamling av indikatorer som omhandler selve behandlingsutbyttet pasientene har – altså resultatindikatorer – har derimot i liten grad blitt gjennomført.

Ekspertutvalget for tematisk organisering av psykisk helsevern problematiserer det å utelukkende samle inn informasjon om administrative forhold og ikke indikatorer som gir direkte informasjon om hvorvidt tjenestene er virkningsfulle, altså utfallet av behandlingen (Ekspertutvalget, 2023). Utvalget fremhever risikoen for at det som lett kan måles blir det viktige, uten noe faglig begrunnelse for å gjøre en slik vektlegging. Dette kan føre til faglig fremmedgjøring for de ansatte i tjenesten, og at virksomheten ikke får viktig informasjon angående hva som virker godt og mindre godt i pasientbehandling.

I den lokale arbeidsprosessen med å utvikle kvalitetsindikatorer i Møre og Romsdal har vi derfor hatt intensjon om å komplementere struktur- og prosessmål med de vi anser som de mest essensielle resultatindikatorer knyttet til TOO-tilbudet. For å undersøke både de kortsiktige og langsiktige effektene av TOO-behandlingen inkluderer vi derfor en rekke spørsmål til pasientene som omhandler behandlingsutfall. Spørsmålene dekker både angstsymptomer, tannhelse og mer generelle mål som livskvalitet og funksjonsnivå.

«Utvalget fremhever risikoen for at det som lett kan måles blir det viktige, uten noe faglig begrunnelse»

Implementering

Systemet som har blitt implementert i Møre og Romsdal bygger på standardisert datainnhenting fra pasientene på ulike målingstidspunkter i behandlingsforløpet. Dette systemet benyttes for å vurdere og justere hvert enkelt behandlingsforløp, samt at det muliggjør vurdering av behandlingen som helhet ved å samle data over tid på tvers av pasientgruppen. I 2022 ble kvalitetsarbeidsprosessen for TOO-tilbudet i Møre og Romsdal fylkeskommune forsterket gjennom samarbeid med fylkestannlegen, personvernombudet, fylkets IT-tjeneste og lederen for beredskap og informasjonssikkerhet. Dette førte til at det ble opprettet et lokalt medisinsk kvalitetsregister for TOO-tilbudet. Samarbeidet sikrer at helseopplysninger i kvalitetsregisteret innhentes, oppbevares og anvendes på en etisk forsvarlig måte, og at den enkeltes personvern blir ivaretatt i tråd med gjeldende regelverk. Registeret er utformet med det formål å legge til rette for evaluering og kvalitetsforbedring av behandlingen basert på statistiske analyser. Videre er intensjonen at registeret skal bidra til fremtidig planlegging og styring av TOO-tilbudet i fylkeskommunen.

Resultatene av TOO-behandlingen har interesse også utenfor organisasjonen den utføres i, både med tanke på det overordnede TOO-prosjektet og for å oppnå innsikt i typiske TOO-pasienter og deres behov. Vi formet derfor en arbeidsgruppe som omfattet både forskerkompetanse, klinisk kompetanse og brukerdeltagelse. Denne gruppen søkte om forhåndsgodkjenning av kvalitetsregisteret som et forskningsprosjekt fra den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). I en forskningsprotokoll spesifiserte vi relevante forskningsspørsmål og hvorfor disse kun kunne besvares ved å følge pasientene over tid. Vi spesifiserte også hvilke demografiske, sosioøkonomiske, psykologiske og odontologiske variabler som skulle måles, samt tidspunktene for innsamling av disse dataene i behandlingsoppfølgingen. I 2023 ble TOO kvalitetsregisteret i Møre og Romsdal fylkeskommune godkjent av REK (REK-Midt: 2023-488462).

Utfordringer

I vårt arbeid med å evaluere kvaliteten av TOO-tjenestetilbudet har vi møtt på enkelte utfordringer. Disse omhandler i hovedsak manglende etablert infrastruktur og kompetanse på kvalitetsarbeid og forskning i det offentlige. En slik infrastruktur burde helst vært lett tilgjengelig for medarbeiderne som tilbyr helsetjenesten. I den kliniske hverdagen har det vært vanskelig å orientere seg i både lovverk, organisatoriske forhold og i eventuelt tilgjengelige kvalitets- og forskningsstøttende funksjoner. Innad i organisasjonen har det likevel vært stor vilje til å gi bistand. Vår erfaring er at det går an å lykkes med å etablere rutiner og systemer for kvalitetssikring også når dette initieres av klinikere. Men etablering av gode kvalitetssikringssystemer synes i for stor grad å avhenge av personlig engasjement hos den som utøver helsetjenesten.

Kvalitetsevaluering og -arbeid bør være en selvfølge ved implementering av nye helsetjenester. Likevel har vi erfart at dette sjelden blir tilstrekkelig ivaretatt når det etableres nye offentlige helsetilbud. En vesentlig utfordring har vært mangelen på øremerket tid og ressurser avsatt til kvalitetsarbeid. Kvalitetsarbeid bør planlegges og systematiseres allerede før nye helsetjenester implementeres, og ressurser til dette arbeidet bør integreres i selve tjenestetilbudet. Dette vil ikke bare øke sjansene for å levere gode og effektive helsetjenester, men også legge grunnlaget for en organisasjon med god lærings- og endringskompetanse, allerede fra oppstart.

Implikasjoner

Når det etableres nye helsetiltak, trenger vi informasjon om også riktig mengde ressurser, kompetanse og rammer er tilgjengelig. Vi bør også vite om selve behandlingsprosessen fungerer etter hensikten, og at tjenesten som tilbys er virkningsfull for de som skal motta tilbudet. Vi mener kvalitetsarbeid i større grad bør igangsettes allerede ved implementeringen av tjenestetilbudet. Videre bør kvalitetsindikatorer i større grad omhandle behandlingskvalitet og -utfall, ikke bare organisatoriske og administrative forhold – selv om sistnevnte er lettere å måle. Videre mener vi lokale kvalitetsregistre kan bidra til å beskrive hvordan ulik praksis og etterlevelse av faglige retningslinjer kan være av betydning for ulike behandlingsutfall. På sitt beste kan informasjon om ulik praksis bidra til å utvikle bedre tilbud. Vi håper vårt arbeid kan inspirere andre leverandører av helsetjenester som er opptatt av å dokumentere, vurdere og sikre kvalitet i tjenestetilbudet.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 61, nummer 2, 2024, side 114-118

TEKST

Yngvill Ane S. Westad

KONTAKT: yngvill.ane.stokke.westad@mrfylke.no

Gina Løge Flemmen

Henriette Hollingen

Trine B. Monsen

Beaudette, J.R., Fritz, P.C., Sullivan, P.J. & Ward, W.E. (2017). Oral Health, Nutritional Choices, and Dental Fear and Anxiety. *Dentistry Journal*, 5(1), 8. <https://www.mdpi.com/2304-6767/5/1/8>

Craske, M.G., Treanor, M., Conway, C.C., Zbozinek, T. & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, 58, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>

Ekspertutvalget. (2023). Forenkle og forbedre. Rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern.

Gordon, D., Heimberg, R.G., Tellez, M. & Ismail, A.I. (2013). A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 365-378. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.002>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, (2016).

Helsedirektoratet. (2010). Tilrettelagt tannhelsetilbud til mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. (IS-1855).

Helsedirektoratet. (2021a). Evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi («TOO-tilbudet») - Rapport fra PWC.

Helsedirektoratet. (2021b). Kvalitet og kvalitetsindikatorer. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

Helsedirektoratet, S.-o. (2005). ... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.

Wannemueller, A., Joehren, P., Haug, S., Hatting, M., Elsesser, K. & Sartory, G. (2011). A practice-based comparison of brief cognitive behavioural treatment, two kinds of hypnosis and general anaesthesia in dental phobia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 159-165. <https://doi.org/10.1159/000320977>

Wide Boman, U., Carlsson, V., Westin, M. & Hakeberg, M. (2013). Psychological treatment of dental anxiety among adults: a systematic review. *European Journal of Oral Sciences*, 121(3 Pt 2), 225-234. <https://doi.org/10.1111/eos.12032>

Wide, U., & Hakeberg, M. (2021). Treatment of Dental Anxiety and Phobia-Diagnostic Criteria and Conceptual Model of Behavioural Treatment. *Dentistry Journal (Basel)*, 9(12). <https://doi.org/10.3390/dj9120153>