



AGDER
fylkeskommune

Helhetlig omstilling og effektivisering av Tannhelsetjenesten i Agder

Vedlegg 4 – Nye innsatsområder for helhetlig omstilling og effektivisering





Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag.....	3
2	Bakgrunn.....	5
3	Vurderingskriteriene	6
4	Beskrivelse av nye innsatsområder	8
5	Innføring av nye innsatsområder.....	12
6	Effekt av de ulike innsatsområdene	13
6.1	Vurdering av innsatsområde utvidet åpningstid	13
6.2	Vurdering av innsatsområde pasientgrunnlag uavhengig av kommunegrenser	15
6.3	Vurdering av innsatsområde kontaktsenter og samordnet timebok ...	17
6.4	Vurdering av innsatsområde overbooking.....	18
6.5	Vurdering av innsatsområde offentlig-privat kapasitetssamarbeid.....	19
6.6	Vurdering av innsatsområde bonus-ordninger.....	21
6.7	Vurdering av innsatsområde kunnskaps- og behovsdrevet pasientoppfølging	22



1 Sammendrag

Formålet med omstillingsprosessen er å gjøre Agder fylkeskommune i stand til å løse samfunnsoppdraget på en mer ressurseffektiv måte. Formålet med delprosess 3 - helhetlig omstilling og effektivisering i tannhelsetjenesten er å «*levere gode offentlige tannhelsetjenester til våre egder med effektiv ressursbruk innenfor stadig mindre økonomisk handlingsrom*».

Totalt er syv nye innsatsområder identifisert, beskrevet og vurdert opp mot formålet, som er tydeliggjort gjennom seks vurderingskriterier.

Vurderingskriteriene ivaretar perspektivet til brukerne, ansatte, produktivitet, reisevei og ressursbruk.

- *Pasientsikkerhet og kvalitet:* vurderingskriteriet er tett koblet til formålets del om *gode offentlige tannhelsetjenester til våre egder*. Likeverdige tannhelsetjenester er et sentralt element i vurderingskriteriet. Tannhelsetjenesten er en regional tjeneste, og egdene skal motta samme pasientsikkerhet og kvalitet uavhengig om innbyggeren har valgt å bosette seg i by eller land.
- *Pasientproduktivitet:* vurderingskriteriet er tett koblet til formålets del om *effektiv ressursbruk*. Pasientproduktivitet er behandlingskostnadene per pasient som påvirkes av aktivitetsnivå, ressursinnsats og ressursutnyttelse.
- *Pasienttilfredshet* er hvor fornøyde pasientene er med tannhelsetjenestene de mottar, og er koblet til pasientens opplevelse mot formålets del om *gode offentlige tannhelsetjenester til våre egder*.
- *Godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljøer* er forhold ved arbeidsplassen som medvirker til å oppnå formålet. Arbeidsmiljø refererer til forholdene for ansatte på en arbeidsplass, både fysiske og psykososiale forhold. Et sterkt fagmiljø er et miljø hvor ulike profesjoner samhandler og bidrar med kunnskapsdeling og kompetanseutvikling i fellesskap, til det beste for pasienten.
- *Bærekraftig ressursbruk* er i hvilken grad tannhelsetjenesten kan drives på en måte som sikrer langsiktig økonomisk stabilitet og god utnyttelse av ressursene som er til rådighet. Dette handler om å redusere kostnadene gjennom effektiv drift, og å investere i bærekraftige løsninger som gir avkastning over tid. Fylkeskommunen må drifte sine tjenesteområder på en mer ressurseffektiv måte innenfor stadig strammere økonomiske rammer.
- *Reisevei:* vurderingskriteriet har ingen medvirkende kobling til formålet. Reisevei er avstanden egden har til tannhelsetilbudet, og er knyttet til målsettingen i Regionplan Agder 2030 om å ta hele Agder i bruk.

Nedenfor er vurderingene av de syv nye innsatsområdene opp mot vurderingskriteriene illustrert:



Vurderingskriterier	Pasientkvalitet og -sikkerhet	Pasientproduktivitet	Pasienttilfredshet	Godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljø	Bærekraftig ressursbruk	Reisevei
Innsatsområder						
Utvidet åpningstid						
Pasientgrunnlag uavhengig av kommunegrenser						
Kontaktsenter med samordnet timebok						
Overbooking						
Offentlig-privat kapasitetssamarbeid						
Bonusordninger						
Kunnskaps- og behovsdrivet pasientoppfølging						

Basert på vurderingene er arbeidsgiver og ansattrepresentantene enige om å forkaste følgende nye innsatsområder:

- Overbooking: Den mulige oppsiden av innsatsområdet overbooking er ikke tilstrekkelig. Nedsidene, særlig knyttet til pasienttilfredshet og arbeidsmiljøet, er store. Partene er enige om at problematikken med pasienter som ikke møter til timen sin må håndteres, og vil være et sentralt element i andre innsatsområder i delprosessen.
- Bonusordninger: Innsatsområdet vurderes å ha negativ effekt på vurderingskriteriene pasientkvalitet og -sikkerheten og pasienttilfredsheten med den skisserte innrettingen. Fra et pasientperspektiv anses en bonusordning basert på Helfo-refusjon som lite hensiktsmessig, og kan potensielt stimulere til unødvendige behandlinger. Partene er enige om å vurdere mer hensiktsmessige incentivordninger om andre tiltak ikke har tilstrekkelig effekt på formålet.

Partene er enige om å gå videre med følgende:

- Utvidet åpningstid: Det å tilgjengeliggjøre tre til fem behandlingsrom på tannklinikker som har tolv behandlingsrom eller flere vil ha god effekt på pasientproduktiviteten, pasienttilfredsheten, og ressursbruken. En suksessfaktor for arbeidsmiljøet er størst mulig grad av frivillighet. Avhengig av en formålstjenlig klinikkstruktur for god effekt.
- Pasientgrunnlag uavhengig av kommunegrenser: Innsatsområdet skårer godt på pasientproduktivitet ved at man bedre kan utnytte kapasiteten til behandlerne og behandlingsrommene, og dermed også høyt på god ressursbruk. Det skårer godt på pasienttilfredshet ved at pasientene raskere får timer. Avhengig av en formålstjenlig klinikkstruktur for god effekt.
- Kontaktsenter med samordnet timebok: Et felles kontaktsenter med samordnet timebok vil være viktig for å utvikle tannhelsetjenesten enhetlig og samordnet. Innsatsområdet skårer godt på samtlige dimensjoner. En suksessfaktor er partsenighet om parameterne og bruk av timeboken.
- Offentlig-privat kapasitetssamarbeid: Innsatsområdet skårer godt på pasientproduktivitet og pasienttilfredshet. Flere positive elementer knyttet til arbeids- og fagmiljø er trukket frem.
- Kunnskaps- og behovsdrivet pasientoppfølging: Dette skårer godt på flere av vurderingskriteriene. Om man tar inn flere elementer fra DigiDOT-prosjektet skårer det veldig godt. Det å flytte ressursbruk fra pasienter med lav risiko til pasienter med høy risiko vil kunne oppleves negativt på pasienttilfredsheten.



En suksessfaktor for å lykkes med nye innsatsområder er godt partsarbeid i innføringsarbeidets faser; fra forberedelse og planlegging til å teste, evaluere og skalere, justere eller terminere innsatsområdet.

2 Bakgrunn

En sentral del av fylkeskommunedirektørens forslag til handlings- og økonomiplan for 2025–2028 var «*nødvendig omstilling til en bærekraftig økonomi*». I forslaget ble tre tiltakskategorier løftet frem: strukturtiltak, tiltak innenfor omfang og bredde i tjenestetilbudet og effektiviseringstiltak.

Fylkestinget budsjettvedtak, sak 78/2024 Agder fylkeskommunes handlings- og økonomiplan for perioden 2025–2028, omprioriterte aktiviteten og forsterket kravet til varig innsparing betydelig. Fylkestinget vedtok i desember 2024 å redusere budsjettet for Agder fylkeskommune med 46 mill. kroner i 2025, dette øker til 93 mill. kroner i 2026 og til 144 mill. kroner fra 2027.

Vedtaket innebærer en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten: *«Fylkestinget ber om en politisk sak som gjennomgår hele tannhelsetjenesten. Relevante spørsmål som ønskes besvart er:*

- *En gjennomgang av alle kommende oppgraderingskostnader ved våre klinikker og en vurdering av disse.*
- *Hva er variasjonen på de forskjellige klinikkene basert antall behandlede pasienter om dagen, og kan det utformes felles forventninger om behandlinger. Basert på benchmarking og felles effektivitetsprosedyrer for alle klinikkene.*
- *En utredning av hvilke incentiver som kan gis den enkelte behandler for å sikre effektiv drift, f. eks en bonus av andel av Helfo-refusjoner som mange kommuner benytter med kommunale fastleger».*

I fylkestinget 25. februar ble prinsippsak om ny administrativ organisering av Agder fylkeskommune vedtatt, med kort beskrivelse av delprosess 3 – helhetlig omstilling og effektivisering i tannhelsetjenesten.

I vedlegg 1 – dagens situasjon i Tannhelsetjenesten i Agder og nullalternativet beskrives flere pågående innsatsområder. Flere av de pågående innsatsområdene vil videreføres og forsterkes som en del av omstillingsarbeidet.

I dette vedlegget beskrives nye innsatsområder som vil øke muligheten for å levere på formålet om å levere gode offentlige tannhelsetjenester til våre egder, med effektiv ressursbruk innenfor stadig mindre økonomisk handlingsrom.

De nye innsatsområdene er i tiltakskategoriene omfang og bredde og omstilling og effektiviseringstiltak.

Flere av de nye innsatsområdene vil kunne defineres innenfor fylkeskommunedirektørens styringsrett for å tilpasse driften, ref. kommuneloven § 5-3. *Kommunestyre og fylkesting.*



Intern delegering og § 13-1. Kommunedirektør. Myndighet og oppgaver. Delprosessens omfattende formål og omfanget av innsatsområdene vurderes til prinsipiell karakter og som såpass omfattende for både pasienter og ansatte at de løftes til politisk behandling.

3 Vurderingskriteriene

Formålet med omstillingsprosessen er å gjøre Agder fylkeskommune i stand til å løse samfunnsoppdraget på en mer ressurseffektiv måte: «*Vi skal levere gode tjenester til innbyggerne og være en relevant samarbeidspartner innenfor stadig strammere økonomiske rammer*».

Formålet med den helhetlige omstillingen og effektiviseringen av tannhelsetjenesten i Agder skal understøtte det politisk vedtatte formålet med omstillingsprosessen til Agder fylkeskommune. Formålet med delprosess 3 - helhetlig omstilling og effektivisering i tannhelsetjenesten kan oppsummeres som følger: «*Vi skal levere gode offentlige tannhelsetjenester til våre egder med effektiv ressursbruk innenfor stadig mindre økonomisk handlingsrom*».

For å detaljere formålet er det etablert seks vurderingskriterier med tilhørende beskrivelse. Disse ivaretar tjensteperspektivet til innbyggerne, arbeidshverdagen til ansatte, reisevei og økonomi. Tiltakene for å oppfylle fylkestingets vedtak om varig innsparing gjennom struktur, omfang, bredde og effektivisering, oppsummert i prosessens formål, vurderes opp mot disse kriteriene.

Pasientsikkerhet og kvalitet

Vurderingskriteriet er tett koblet til formålets del om *gode offentlige tannhelsetjenester til våre egder*. Vårt samfunnsoppdrag å sikre gode tannhelsetjenester til Agders befolkning. Fylkeskommunen har ansvar for å yte lovpålagte tannhelsetjenester av god kvalitet til prioriterte pasientgrupper.

Likeverdige tannhelsetjenester er et sentralt element i vurderingskriteriet. Tannhelsetjenesten er en regional tjeneste, og egdene skal motta samme pasientsikkerhet og kvalitet uavhengig om innbyggeren har valgt å bosette seg i by eller land.

Pasientproduktivitet

Vurderingskriteriet er tett koblet til formålets del om *effektiv ressursbruk*. Pasientproduktivitet er behandlingskostnadene per pasient som påvirkes av aktivitetsnivå, ressursinnsats og ressursutnyttelse.

Pasientproduktivitet kan beskrives som et mål på hvor effektivt helsetjenester leveres til våre pasienter. Det er flere perspektiver som må hensyntas i vurderingen av pasientproduktivitet:

- Faktorer som antall konsultasjoner per årsverk og ressursutnyttelse som sikrer at rett tjeneste gis til rett tid. Høy pasientproduktivitet innebærer at flere pasienter får nødvendig behandling på en effektiv måte, samtidig som kvaliteten på tjenestene opprettholdes. Kapasitet og kontinuitet i tjenesten er nøkkelparametere.
- Faktorer som mest mulig helsegevinst sett opp mot ressursinnsatsen. Dette



innebærer riktig valg av behandling til riktig tid, samt fokus på forebyggende tiltak. Slik kan vi begrense fremtidig ressursbehov og unngå unødvendige behandlinger og undersøkelser.

Ansatte som samarbeider i team og sammen utgjør høy grad av kunnskap og erfaring er en vesentlig forutsetning for effektiv ressursbruk.

Pasienttilfredshet

Vurderingskriteriet er koblet til formålets del om *gode offentlige tannhelsetjenester til våre egder*. Pasienttilfredshet beskriver hvor fornøyde pasientene er med helsetjenestene de mottar. Det inkluderer aspekter som kvaliteten på behandlingen, kommunikasjon med helsepersonell, ventetider, og hvor godt pasientenes behov og forventninger blir møtt.

Godt arbeidsmiljø og sterkt fagmiljø

Vurderingskriteriet er tett koblet med hele formålet, både *gode tjenester, effektiv ressursbruk og mindre økonomisk handlingsrom*.

Vurderingskriteriet består av to elementer, som i all hovedsak drar i samme retning.

- Et godt arbeidsmiljø: Arbeidsmiljø handler om hvordan arbeidet organiseres, planlegges og gjennomføres. Det inkluderer alle forhold på arbeidsplassen som påvirker arbeidstakernes helse, sikkerhet, og trivsel. Arbeidsmiljøet kan deles inn i flere hovedområder: Psykososialt-, organisatorisk-, fysisk- og kjemisk og biologisk arbeidsmiljø.
- Et sterkt fagmiljø: Endringer i demografi, pasientenes sykdomsbilde og behandlingsmuligheter stiller høye krav til kompetanse. Dette omfatter både tannhelsefaglig spesialkompetanse og bred, tverrfaglig kompetanse. Et sterkt fagmiljø kan beskrives som et miljø hvor ulike profesjoner samhandler og bidrar med kunnskapsdeling og kompetanseutvikling i fellesskap. Samlokalisering og stabilitet er en suksessfaktor, både for fagmiljøet for å levere god kvalitet og likeverdige tjenester. Et sterkt fagmiljø vil være viktig for attraktiviteten til tannhelsetjenesten, og kritisk både for rekruttering og for å beholde ansatte.

Et godt arbeids- og fagmiljø som bidrar til kunnskapsdeling og kompetanseutvikling for å styrke profesjonsutøverne i ulike behandlingssituasjoner, er avgjørende for både pasientkvalitet og pasientproduktivitet.

Bærekraftig ressursbruk

Regionplan Agder 2030 setter premisset for utviklingen: *Vi tar vare på det vi har*. Dagens ressurser er knappe, og vi har et høyt materielt forbruk, høye klimagassutslipp og store mengder avfall. Vårt forbruk overskrider planetens tålegrenser, og vi må derfor ta bedre vare på det vi har.

Vurderingskriteriet er tett koblet til formålets del om *effektiv ressursbruk og mindre økonomisk handlingsrom*. Det handler om i hvilke handlingsrom tannhelsetjenesten har til å drive på en måte som sikrer langsiktig økonomisk stabilitet og god ressursutnyttelse av begrensede ressurser, også når rammebetingelsene og pasientsammensetningen endrer seg.



I tillegg vil gjennomgangen også handle om ansvarlig og effektiv ressursbruk som tar hensyn til både demografiske endringer og samfunnssikkerhet. Vi må tilstrebe en effektiv offentlig sektor, slik at begrensede ressurser kan bidra der de trengs mest i samfunnet, eksempelvis helse og omsorg og forsvaret. I økt konkurranse om arbeidskraften må vi samtidig være en attraktiv arbeidsgiver for våre nåværende og fremtidige ansatte.

Reisevei

Regionplan Agder 2030 setter premisset for utviklingen: Vi tar hele Agder i bruk: Utviklingen skal fremme sosial rettferdighet og økonomisk trygghet for alle. Vi skal bruke hele Agder og sørge for at utviklingen kommer alle egder til gode, og særlig de sårbare gruppene. Agder er en funksjonell region. Det er relativt korte avstander, men også forskjeller mellom de ulike regionene.

4 Beskrivelse av nye innsatsområder

I vedlegget om dagens situasjon beskrives flere viktige pågående innsatsområder. Her beskrives blant annet standardisering av tjenesteproduksjonen, sykefraværsoppfølging, etablering av internkontroll, oppfølging av 10-faktor medarbeiderundersøkelse og arbeid med å profesjonalisere vernetjenesten og partsarbeidet.

De pågående innsatsområdene har vist seg å ikke være tilstrekkelig for å levere på formålet. Derfor løftes det opp syv nye innsatsområder til vurdering for å *«levere gode offentlige tannhelsetjenester til våre egder med effektiv ressursbruk innenfor stadig mindre økonomisk handlingsrom»*.

Utvidet åpningstid

Dagens organisering med åpningstid fra 08:00 til 15:00 begrenser ressursutnyttelsen og tilgjengeligheten av tjenesten:

- våre investeringer som leide og eide lokaler med tilhørende utstyr som behandlingsstoler og røntgenutstyr, steril, OPG, lasere, 3D-skannere, våtsug, osv. En utvidet åpningstid vil øke kapasiteten og bedre utnytte ressursene som våre tannklinikker utgjør. Et behandlingsrom som har tolv timer åpningstid, har 160 prosent dekningsgrad.
- øke tjenestens tilgjengelighet for våre pasienter og pårørende. Ulike livsfaser vil ha ulike behov. I en travel hverdag vil økte åpningstider gi foreldre og pårørende mulighet til å kunne følge barn/eldre/andre til tannklinikken utover kjernetid.
- økt åpningstid vil tilrettelegge for fleksible løsninger for våre ansatte.

Det planlegges med å tilgjengeliggjøre tre til fem behandlingsrom på tannklinikker som har tolv behandlingsrom eller flere. Det vil i foreslått klinikkstruktur gjelde for følgende geografiske målepunkter (Målepunktet er brukt for å hente ut antall innbyggere med tilhørende reisevei, og må ikke leses som et forslag til plassering av tannklinikken):

- Fløyheia (20 behandlingsrom)
- Øygardsdalen (13 behandlingsrom)



- Sørlandsparken (20 behandlingsrom)
- Vågsbygd (22 behandlingsrom)
- Lister (12 behandlingsrom)

Pasientgrunnlag uavhengig av kommunegrenser

Den offentlige tannhelsetjenesten er en regional tjeneste. I dag er pasientgrunnlaget til den enkelte klinikk i stor grad fordelt etter kommunegrenser. De tidligere fylkesgrensene henger igjen, både geografisk og som premiss for hvordan pasientgrunnlaget forvaltes.

Ressursinnsats i form av antall ansatte årsverk knyttet til hver enkelt klinikk ble ikke evaluert eller endret i forbindelse med sammenslåingen i 2020. Ressursinnsatsen har vært ulik fra klinikk til klinikk, og samsvarer ikke med pasientgrunnlaget når man bare ser på de prioriterte pasientene, og heller ikke i tråd med demografiutviklingen i sine områder.

Noen klinikker har mer ressurser enn behov, andre mindre. Ledig kapasitet utover prioriterte pasienter budsjetteres til å gi tilbud til voksne betalende pasienter, som ikke er prioritert i den offentlige tannhelsetjenesten og i direkte konkurranse med privat tannhelsetjeneste. En mer grenseløs organisering av pasientfordeling åpner for en jevnere ressursinnsats med bedre utnyttelse av kapasiteten til klinikkene.

En ny og mer dynamisk modell for pasientfordeling vil bidra til en jevnere fordeling av mer kompliserte pasientgrupper og voksne betalende. Over tid har flere klinikker formidlet en oppfatning av å ha for lite ressurser/mindre ressurser enn andre klinikker, uavhengig av de faktiske tall. En modell uten hensyn til kommunegrenser vil sikre lik ressurstilgang, og dermed unngå denne type oppfatninger.

Pasienter på sykehjem og institusjoner vil tilhøre faste tannklinikker.

Kontaktsenter med samordnet timebok

Tannhelsestrategiens overordnede målsetting er å utvikle tannhelsetjenesten enhetlig og samordnet. Den underbygger Agder fylkeskommunes interne oppdrag om å bygge én fylkeskommune som løfter Agder, og svarer også ut det politiske vedtaket om standardisering ([sak 49/50](#)); «*Agder fylkeskommune skal gå foran i arbeidet med standardisering i regionen. Arbeidet starter internt i fylkeskommunen med innkjøp, drift, felles metodikk og rutiner*».

Standardisering av pasientenes kontaktkanaler er et sentralt innsatsområde i dagens og ny tannhelsestrategi. I dag går alle telefonhenvendelser til den enkelte klinikk. Åtte klinikker, alle med en viss størrelse har egen resepsjonist. De resterende klinikkene må håndtere henvendelser fortløpende i og mellom pasientbesøk.

De digitale selvbetjente kontaktmulighetene har stort potensial, og er i dag svært begrenset. Et sentralt team vil ha ansvaret for å etablere og kontinuerlig forbedre disse kontaktkanalene.

Oversikt fra dagens telefonisystem på alle tannklinikker, fordelt på måneder gjennom 2024.



Av de inngående telefonsamtaler besvares 48 prosent innen 25 sekunder (som er SLA – vedtatt servicenivå). 36 prosent av inngående telefonsamtaler som besvares har lengre ventetid enn 25 sekunder, og 17 prosent av inngående telefonsamtaler forblir ubesvarte. Det er stor variasjon mellom de ulike tannklinikkene.

Overbooking

Mange pasienter møter ikke til oppsatt time, og det påvirker tjenestens effektivitet. I 2024 var det totalt ca. 7 500 timer i Agder hvor pasienten ikke møtte. Dette tilsvarer ca. 7 prosent av den totale produksjonskapasiteten til tjenesten. Problematikken med at pasienter ikke møter til time er godt kjent fra andre helse- og omsorgstjenester, [her fra Sørlandet sykehus](#).

Pasienter som ikke møter er timer som er satt av til og avtalt med pasient, der pasient ikke møter og ikke melder fra på forhånd. Dette skaper hull i produksjonsplanen, og reduserer produktiviteten og gir behandlere perioder uten på forhånd planlagte arbeidsoppgaver. I dag håndteres denne tiden ved at tiden brukes til å behandle pasienter på kort varsel eller ved å foreta administrative oppgaver i den frigjorte tiden.

Utfordringen med pasienter som ikke møter til time må håndteres. Det er en sentral faktor for å omstille til en mer effektiv tannhelsetjeneste. Bruken av timeboken omtalt over er et viktig tiltak. Planmessig overbooking i deler av klinikkens åpningstid er det også ønskelig å teste. Det vil kunne bidra til å redusere perioder der behandler ikke har pasienter. Gitt sannsynligheten for antall pasienter som ikke møter, vil de overbookede gli inn i de ledige timene i løpet av kort tid.

Gitt antallet som ikke møter, vil overbooking kunne være aktuelt fra morgenen og etter lunsj. Ved flere behandlingsrom og utvidet åpningstid vil overbookede pasienter sannsynligvis kunne erstatte pasienter som ikke møter i løpet av kort tid.

Offentlig-privat kapasitetssamarbeid

Privat sektor utgjør ca. 66 prosent av de totale tannhelsetjenestene i Norge. Det er stort sett



ledig kapasitet i privat sektor over hele Agder, og når det offentlige får ansvar for flere pasientgrupper, vil den ledige kapasiteten øke. God ressursutnyttelse i tannhelsetjenesten på Agder fordrer godt samspill med privat sektor.

I dag er det formalisert samarbeid med private i form av kjøp av tjenester til behandling av TOO-pasienter (tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi)), samt kjøp av nødvendige spesialisttjenester den offentlige tannhelsetjenesten ikke selv besitter eller vil være samfunnsøkonomisk riktig å bygge opp.

Et annet område hvor samarbeid med privat sektor vurderes, er gruppen med eldre pasienter som får C2-rettigheter (hjemmesykepleie). Pasientene vil kunne i en overgangsfase fortsette hos sin faste tannlege som kjenner pasienten over flere år. Den privatpraktiserende tannlegen kan gi tilbud etter føringer fra den offentlige tannhelsetjeneste og sender nødvendig dokumentasjon og kostnadsoverslag basert på takster fastsatt av den offentlige tannhelsetjenesten.

Når vi legger til grunn et ønske om mer og bedre samhandling mellom det offentlige og private er det naturlig å vurdere faste eller midlertidige ordninger hvor man samarbeider også om arbeidsforhold. For eksempel kan man se for seg at tannhelsepersonell jobber delte stillinger mellom offentlig og privat sektor, for eksempel 50 prosent i hver. Denne typen samarbeid innebærer at tannhelsepersonell deler sin arbeidstid mellom en offentlig tannklinikk og en privat praksis. Dette kan bidra til å utnytte kompetansen og ressursene bedre, samtidig som det gir tannleger og tannpleiere muligheten til å opprettholde en variert arbeidshverdag. Ved økt åpningstid til tolv timer kan en fra privat sektor ha en kombinasjonsløsning 60 prosent stilling på to dager i uken, og dermed i sum bidra til at utnyttelsesgraden på et behandlingsrom utgjør 160 prosent.

Bonus-ordninger

Tannhelsetjeneste i fylkeskommunal regi er heloffentlig, på lik linje med for eksempel kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehustjenester. Det er stadig økende bevissthet på å se tannhelsetjenester som del av helsetjenester ellers. Sett i det perspektivet, vil en incentiv- eller bonus-ordning være en annen form for avlønning enn hva man ellers praktiserer i helse-Norge.

Bonusordninger i tannhelsetjenesten er regulert i SFS 2309, rammeavtale om bonusordning i tannhelsetjenesten (RAB). Bruk av bonusavtaler og utforminger har variert over tid og mellom fylkeskommunene. Det har også vært brukt tidligere i Aust-Agder fylkeskommune og Vest-Agder fylkeskommune. Det er partene lokalt som eventuelt avtaler bonusgrunnlaget, størrelse og fordeling av bonusutbetalingen.

Kunnskaps- og behovsdrevet pasientoppfølging

En av de store gevinstene som analysekapasiteten til DigiDOT-prosjektet tilrettelegger for, er å gå fra dagens erfarings- og tidsbaserte pasientoppfølging til en kunnskaps- og behovsdrevet oppfølging. Det vil kunne rette innsatsen dit risikoen eller behovet er størst. Det kan frigjøre kapasitet eller omfordele kapasiteten til områder som gir enda større effekt,



som for eksempel forebyggende innsats.

Gevinstpotensialet i DigiDOT-prosjektet kommer frem i sin helhet i vedlegg 5.

5 Innføring av nye innsatsområder

Omstillingen av tannhelsetjenesten i Agder vil ta tid og være ressurskrevende. Særlig struktur-, standardiserings-, ledelses- og kulturtiltakene vil bli krevende.

Agder fylkeskommune har «*innovasjon og kontinuerlig forbedring*» som et av de ni førende prinsippene i organisasjonspolitikken.

Det finnes mange forskningsmetodikker til kontinuerlig forbedring av offentlig sektor. Vi har valgt å bruke modell for kvalitetsforbedring fra Folkehelseinstituttet (FHI): «*Helsetjenesten er kompleks og forbedring av den er krevende, men nødvendig. Modell for kvalitetsforbedring kan være til hjelp for å sikre den systematikk som er nødvendig for å gjennomføre forbedringer i komplekse organisasjoner. Ingen modeller er perfekte, men noen er nyttige, og vår erfaring gjennom mange år er at denne er nyttig*».



Vi har oversatt modellen til Tannhelsetjenesten i Agder og behovet for helhetlig omstilling og effektivisering. Kort beskrivelse av modellen og hvordan den er planlagt benyttet i innføringen av innsatsområder i Tannhelsetjenesten i Agder

1. Forberede: Underlaget til den politiske saken er en sentral del av forberedelsene. Beskrivelse og vurdering av innsatsområdene er en sentral del av forberedelsesfasen, sammen med forankring.
2. Planlegge: Ved positivt politisk vedtak vil arbeidsgiver sammen med ansattrepresentantene og vernetjenesten starte arbeidet med å planlegge innføringen.
3. Utføre: Her vil innsatsområdet prøves ut i mindre skala, fortrinnsvis basert på frivillig deltagelse, eksempelvis på et fåtall tannklinikker eller områder, eller kanskje ulike versjoner av innsatsområdet på ulike klinikker.
4. Evaluere: Måle og reflektere over resultatene og effekten av tiltaket, samt vurdere forbedringer og justeringer.
5. Følge opp: Skal innsatsområdet skaleres til hele virksomheten, kun noen utvalgte



tannklinikker eller termineres som innsatsområde? Her vil vi også legge til rette for å dele erfaringer med andre, særlig andre fylkeskommuner.

Innholdet og omfanget av de ulike stegene vil variere for de ulike innsatsområdene. Enkelte innsatsområder må også innføres og testes i kombinasjon for best mulig effekt. Innsatsområder som ikke har ønsket effekt vil ikke skaleres, de vil enten justeres eller avsluttes.

Det vil være en tverrfaglig arbeidsgruppe som tester og innfører de ulike innsatsområdene. Ansattrepresentanter og vernetjeneste vil delta i arbeidsgruppen.

6 Effekt av de ulike innsatsområdene

For å vurdere hvilke nye innsatsområder som bør testes, evalueres og eventuelt innføres i tannhelsetjenesten i Agder, er hvert innsatsområde vurdert opp mot vurderingskriteriene.

6.1 Vurdering av innsatsområde utvidet åpningstid

Dagens organisering med åpningstid fra 08:00 til 15:00 begrenser ressursutnyttelsen og tilgjengeligheten av tjenesten:

- våre investeringer som leide og eide lokaler med tilhørende utstyr som behandlingsstoler og røntgenutstyr, steril, OPG, lasere, 3D-skannere, våtsug, osv. En utvidet åpningstid vil øke kapasiteten og bedre utnytte ressursene som våre tannklinikker utgjør. Et behandlingsrom som har tolv timer åpningstid, har 160 prosent dekningsgrad.
- øke tjenestens tilgjengelighet for våre pasienter og pårørende. Ulike livsfaser vil ha ulike behov. I en travel hverdag vil økte åpningstider gi foreldre og pårørende mulighet til å kunne følge barn/eldre/andre til tannklinikken utover kjernetid.
- økt åpningstid vil tilrettelegge for fleksible løsninger for våre ansatte.

Det å tilgjengeliggjøre tre til fem behandlingsrom på tannklinikker som har tolv behandlingsrom eller flere, vil ha god effekt på pasientproduktiviteten, pasienttilfredsheten, og ressursbruken. En suksessfaktor for arbeidsmiljøet er størst mulig grad av frivillighet. Avhengig av en formålstjenlig klinikkstruktur for god effekt. Det vil i foreslått klinikkstruktur gjelde for følgende geografiske målepunkter:

- Fløyheia (20 behandlingsrom)
- Øygardsdalen (13 behandlingsrom)
- Sørlandsparken (20 behandlingsrom)
- Vågsbygd (22 behandlingsrom)
- Lister (12 behandlingsrom)

Overordnet vurdering av effekten av innsatsområdet

En utvidet åpningstid på enkelte klinikker legger til rette for bedre ressursutnyttelse, økt kapasitet og gjøre tannhelsetjenesten mer tilgjengelig for pasienter og deres pårørende.



Vurderingskriterier	Pasientkvalitet og -sikkerhet	Pasientproduktivitet	Pasienttilfredshet	Godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljø	Bærekraftig ressursbruk	Reisevei
Innsatsområder						
Utvidet åpningstid						

- Pasientkvalitet og -sikkerhet: Pasientsikkerhet og kvalitet vurderes som likt, selv om forsvarligheten ved pasientbehandling ved lengre vakter er påpekt som en mulig risiko.
- Pasientproduktivitet: Økt åpningstid vil øke kapasiteten og kunne ha effekt på pasienter som ikke møter til timen. Innsatsområdet vurderes positivt på vurderingskriteriet.
- Pasienttilfredshet: Utvidet åpningstid, og dermed økt tilgjengelighet, vurderes meget positivt av en del av pasienter og pårørende. Økt åpningstid vil gi pasienter og pårørende større frihet til å ikke ta ut barna av skole og barnehage, eller ta fri fra jobb.
- Godt arbeidsmiljø og sterkt fagmiljø: Økt åpningstid vil gi økt fleksibilitet for de ansatte som vil kunne tilpasse arbeidstid til sine livsfasebehov. Likevel er ikke dette et tiltak som i dag har bred støtte blant de ansatte. En suksessfaktor er størst mulig grad av frivillighet.
- Bærekraftig ressursbruk: Økt åpningstid vil gi økt ressursutnyttelse og økt kapasitet uten ekstra investeringer, noe som er meget positivt for bærekraftig ressursbruk. For eksempel vil et behandlingsrom som har tolv timers åpningstid ha 160 prosent ressursutnyttelse. Dobbelt skift vil gi 200 prosent ressursutnyttelse.
- Reisevei: Økt åpningstid er planlagt ved de tannklinikkene med 12 behandlingsrom eller mer, altså vil reiseveien øke for noen pasienter om de ønsker behandling utover normal arbeidstid. Forslaget innebærer de fem store tannklinikkene som vil dekke 75 prosent av egdene innenfor 45 minutter.

For å få effekt av innsatsområdet økt åpningstid må det etableres en formålstjenlig klinikkstruktur. Pasienttilfanget må være uavhengig av kommunegrenser for å utnytte den økte kapasiteten, og kontaktsenter med samordnet timebok vil øke ressursutnyttelsen.

Basert på vurderingene er arbeidsgiver og ansattrepresentantene generelt enige om å anbefale innsatsområdet utvidet åpningstid, men det er behov for nærmere utredning og drøfting av mulige modeller.

Foreløpig er tre modeller for utvidet åpningstid skissert;

Modell 1: Tolvtimers vakter

Eksempel på arbeidstid: 08:00 til 20:00

Beskrivelse: Tolvtimers vakter innebærer at ansatte jobber lengre skift, typisk tolv timer. Dette kan gi fordeler som færre arbeidsdager per uke, men kan også føre til økt fysisk og mental belastning. Slike vakter er utenfor gjeldende arbeidstidsreglement og må derfor drøftes med tillitsvalgte og arbeidstilsynet. Det kan være aktuelt som en frivillig ordning for de ansatte som ønsker det.

- Fordeler: Færre arbeidsdager per uke, høyere kontinuitet i arbeidet og bedre utnyttelse av investeringene. Mulighet for mer fleksibilitet for ansatte i ulike livsfaser.
- Ulemper: Forsvarligheten er et diskusjonstema, særlig ved presisjonsarbeid som deler av tannhelsetjenesten leverer. Merbelastning kan gi økt sykefravær. Økte



driftskostnader, eksempelvis økt slitasje på utstyr og økt strømbruk. Potensielle negative konsekvenser for oppsplitting av fagmiljø vil reduseres ved en formålstjenlig klinikkstruktur.

Modell 2: To-skift ordninger

Eksempel på arbeidstid: 06:00 til 14:30 og 14:30 til 21:00

Beskrivelse: To-skifts ordninger deler arbeidsdagen i to skift, noe som gir mulighet for lengre åpningstider uten å påføre ansatte de store belastningene som tre-skifts eller tolvtimers vakter kan medføre. På en større klinikk kan noen utvalgte rom brukes til to-skift ordninger mens andre rom har vanlig åpningstid. Det er også mulig å inkludere et overlappende skift (f.eks. 10:00 til 17:30) for å øke fleksibiliteten.

- Fordeler: Økt åpningstid møter de aller fleste pasientenes behov. Bedre utnyttelse av utstyr og lokaler, og kan passe bedre for enkelte ansatte i ulike livsfaser, f.eks. "barnehagevennlig turnus". Mindre belastende enn tolvtimers vakter. Økt motivasjon og effektivitet når ordninger baserer seg på frivillig deltagelse.
- Ulemper: Krever koordinering og planlegging både med tanke på å fylle timeboken ved pasienter som ikke møter til timen og ved fravær. Økte driftskostnader, på lik linje som ved tolvtimersvakter. En del av arbeid vil måtte utføres ved ugunstige tidspunkter for både pasienter og behandlere.

Modell 3: Endret arbeidsmønster innenfor gjeldende arbeidstidsreglement.

Eksempel på arbeidstid: Hovedregel er 08:00 til 15:30, men arbeidet kan etter avtale med de ansatte forskyves utover dagen så lenge totalarbeidstiden er innenfor 7,5 timer per dag. Andre alternativer kan være å innarbeide tid i en periode for å kunne avspasere ved senere tidspunkt, eller å ta i bruk ordningen om økt klinisk virksomhet som er forankret i sentral avtale (SFS 2304).

Beskrivelse: Endringer i arbeidsmønsteret innenfor gjeldende arbeidstidsreglement innebærer at det lages en turnusplan hvor arbeidstiden forskyves i den ene eller andre retning. Det enkelte arbeidsteam kan selv legge en plan for periodevis lengre arbeidsøkter for å sikre plusstimer til avspasering senere. Et annet alternativ er benytte seg muligheten til økt klinisk virksomhet slik at tannleger jobber inntil fire timer ekstra per uke mot avtalt ekstra lønnskompensasjon. Slike løsninger gir ansatte fleksibilitet til å tilpasse arbeidstiden etter egne behov og livssituasjon.

- Fordeler: Økt åpningstid, møter de aller fleste pasientenes behov. Ligner dagens ordning, men mer tilpasset til individuelle behov og livsfaser til de ansatte enn det som dagens ordning tillater. Mindre krevende å administrere enn to-skift eller tolvtimers vakter. Økt motivasjon og effektivitet når ordninger baserer seg på frivillig deltagelse.
- Ulemper: Begrensninger på hvor mye åpningstid kan utvides, krever nøye koordinering og planlegging og kapasitet i behandlingsrom.

6.2 Vurdering av innsatsområde pasientgrunnlag uavhengig av kommunegrenser

Fritt behandlingsvalg og -sted er et gode som er godt kjent i spesialisthelsetjenesten, og det



er naturlig at brukerne av tannhelsetjenesten i Agder skal få økt valgfrihet innenfor tannklinikken til den offentlige tannhelsetjenesten.

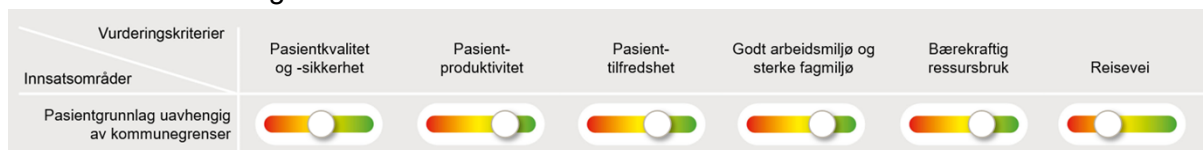
Den offentlige tannhelsetjenesten er en regional tjeneste. I dag er pasientgrunnlaget til den enkelte klinikk i stor grad fordelt etter kommunegrenser. De tidligere fylkesgrensene henger igjen, både geografisk og som premiss for hvordan pasientgrunnlaget forvaltes.

Ressursinnsats i form av antall ansatte årsverk knyttet til hver enkelt klinikk ble ikke evaluert eller endret i forbindelse med sammenslåingen i 2020. Ressursinnsatsen har vært ulik fra klinikk til klinikk, og samsvarer ikke med pasientgrunnlaget når man bare ser på de prioriterte pasientene, og heller ikke i tråd med demografiutviklingen i sine områder.

Noen klinikker har mer ressurser enn behov, andre mindre. Ledig kapasitet utover prioriterte pasienter budsjetteres til å gi tilbud til voksne betalende pasienter, som ikke er prioritert i den offentlige tannhelsetjenesten og i direkte konkurranse med privat tannhelsetjeneste. En mer grenseløs organisering av pasientfordeling åpner for en jevnere ressursinnsats med bedre utnyttelse av kapasiteten til klinikkene.

Pasienter på sykehjem og institusjoner vil tilhøre faste tannklinikker.

Overordnet vurdering av effekten av innsatsområdet



- Pasientkvalitet og -sikkerhet: Innsatsområdet har liten påvirkning på pasientkvalitet og -sikkerhet.
- Pasientproduktivitet: En ny modell vil øke handlingsrommet ved å sluse pasienter mellom klinikkområdene etter behov og kapasitet, for eksempel når pågang av nye pasienter oppstår innenfor et begrenset geografisk område. En mer grenseløs pasientfordeling vil bidra til mer smidige løsninger for å sikre bedre ressursbruk, og dermed øke pasientproduktiviteten.
- Pasienttilfredshet: Pasienter og pårørende vil kunne oppleve bedre tilgjengelighet ved at de kan velge en klinikk som ligger geografisk i en annen retning mot kortere ventetid. Noen går kanskje på skole eller jobber et sted som gjør at de kunne ønske å benytte en annen klinikk enn den de i dag geografisk sett tilhører. Det skårer godt på pasienttilfredshet ved at pasientene kan få raskere time og økt valgfrihet.
- Godt arbeidsmiljø og sterkt fagmiljø: En ny og mer dynamisk modell for pasientfordeling vil bidra til en jevnere fordeling av mer kompliserte pasientgrupper og voksne betalende. Over tid har flere klinikker formidlet en oppfatning av å ha for lite ressurser/mindre ressurser enn andre klinikker, uavhengig av de faktiske tall. En modell uten hensyn til kommunegrenser vil sikre lik ressurstilgang, og dermed unngå denne type oppfatninger.
- Bærekraftig ressursbruk: En mer grenseløs organisering av pasientfordeling åpner for en jevnere ressursinnsats med bedre utnyttelse av kapasiteten til klinikkene.
- Reisevei: Friheten til å velge og mer dynamisk og grenseløst pasienttilfang kan medføre at pasienten velger en tannklinik som gir økt reisevei.



Tannhelsetjenesten har allerede iverksatt styrking av helsefremmende, utadrettede tjenester. Det utvikles systematisk i form av oppsøkende virksomhet rettet mot grupper i samfunnet (skoler, foreldregrupper, organisasjoner, helsestasjoner osv.). Denne helhetlig regional tjeneste leveres uavhengig av kommuner og kommunegrenser, og innrettes på de brukergruppene og arenaene der den har størst effekt.

For å få forventet effekt av innsatsområdet er man avhengig av økt kapasitet, innsatsområdet har derfor en avhengighet til økt åpningstider, samtidig vil innsatsområdet ha avhengighet til innsatsområdene kontaktsenter med samordnet timebok for å utnytte kapasiteten på tvers av tannklinikkene best mulig.

Basert på vurderingene er arbeidsgiver og ansattrepresentantene enige om å anbefale innsatsområdet pasientgrunnlag uavhengig av kommunegrenser.

6.3 Vurdering av innsatsområde kontaktsenter og samordnet timebok

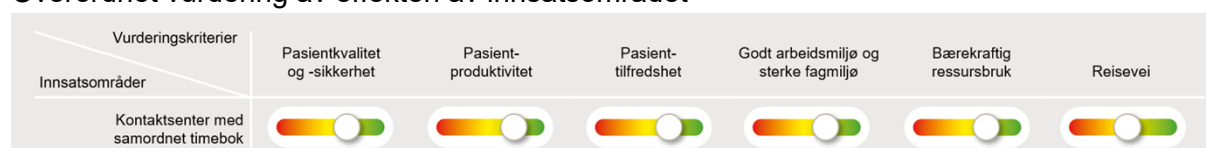
Tannhelsestrategiens overordnede målsetting er å utvikle tannhelsetjenesten enhetlig og samordnet. Standardisering av den digitale pasientkontakten er et sentralt innsatsområde i dagens og ny tannhelsestrategi. I dag går alle telefonhenvendelser til den enkelte klinikk. Åtte klinikker, alle med en viss størrelse, har egen resepsjonist. De resterende klinikkene må håndtere henvendelser fortløpende i og mellom pasientbesøk.

Én vei inn til tannhelsetjenesten i Agder, uavhengig hvem som henvender seg, kan bidra til at publikum (pasient, pårørende, andre) møtes av et mottaksapparat med ansatte som kan kundebehandling. Det vil kunne profesjonalisere tjenesten, forbedre omdømmet og enklere forfølge utviklingsmuligheter i brukerkontakten.

Et typisk avvik på personvernforordningen er at personell velger å besvare telefonene i behandlingsrommet, noe som igjen kan medføre brudd på taushetsplikt da det er vanskelig å unngå at de som befinner seg i rommet vil overhele deler av telefonsamtalen. Å skulle flytte seg til et område som er tilrettelagt for taushetsbelagt samtale påvirker pasientproduktiviteten og tap av arbeidsflyt. Man må logge seg av arbeidsstasjonen på behandlingsrom, forflytte seg til resepsjon eller annet ledig kontor, for så å logge seg inn på nytt på annen arbeidsstasjon.

De digitale selvbetjente kontaktmulighetene har stort potensial, og er i dag svært begrenset. Et sentralt team vil ha ansvaret for å etablere og kontinuerlig forbedre kontaktkanalerne.

Overordnet vurdering av effekten av innsatsområdet



- Pasientkvalitet og -sikkerhet: Innsatsområdet vurderes å ha positiv effekt på



vurderingskriteriet pasientkvalitet og -sikkerhet ved mer likeverdige tjenester til innbyggerne og forbedret digital tjeneste med økt selvbetjening. Det vil også medføre mindre forstyrrelser på tannklinikken, noe som kan øke arbeidsflyten til behandlerne.

- Pasientproduktivitet: Innsatsområdet vil ha positiv effekt på pasientproduktivitet og pasienttilfredshet. I dag vil pasienter og pårørende relativt ofte måtte vente uforholdsmessig lenge før telefon besvares. Typisk årsak er at behandlere ikke kan gå fra pågående behandling der klinikker mangler resepsjonist, stor pågang på telefon eller resepsjonisten er syk. For de større klinikkene må man ved sykefravær kanskje benytte resepsjonisten til pasientrettede kliniske oppgaver, noe som medfører at telefoner som kommer inn til de store klinikkene kan bli stående i kø. En telefon som ringer, vil kunne medføre stressbelastning for de ansatte som må bevege seg mellom pasientbehandling og telefoner.
- Pasienttilfredshet: Det å få kjapt svar når man ringer tannhelsetjenesten, vil ha en positiv effekt på pasienttilfredshet. Samtidig vil et sentralt team lettere se forbedringsområder på brukerkontakten, gjennom digitalisering av kontaktpunktene og legge til rette for økt selvbetjening.
- Godt arbeidsmiljø og sterkt fagmiljø: Innsatsområdet vil ha en positiv effekt på arbeidsmiljøet ved at dagens situasjon i negativ grad påvirker kontinuitet i daglig drift og arbeidsro i pasientbehandlingen for ansatte. Mer tid til behandling vil bidra til å styrke fagmiljøene.
- Bærekraftig ressursbruk: Innsatsområdet vil ha positiv effekt på bærekraftig ressursbruk, fortrinnsvis gjennom ressursutnyttelse av den tilgjengelige kapasiteten på tvers av tannklinikkene og økt produktivitet hos behandlerne.
- Reisevei: Innsatsområdet vil ikke påvirke reisevei.

Et kontaktsenter som sentralt styrer innkommende telefonsamtaler, oppsetting av timeavtaler til undersøkelser, flytting av timer, regnskap osv, har bred oppslutning blant ansatte.

For at innsatsområdet skal få forventet effekt er det avhengig av:

- For å bedre utnytte den totale ressurskapasiteten er det avhengighet til innsatsområde «pasienttilfang uavhengig av kommunegrenser».
- En forutsetning for å hente ut effekten av innsatsområdet er at man også samordner timeboken.

Basert på vurderingene er arbeidsgiver og ansattrepresentantene enige om å anbefale innsatsområdet kontaktsenter og samordnet timebok.

6.4 Vurdering av innsatsområde overbooking

Mange pasienter møter ikke til oppsatt time, og det påvirker tjenestens effektivitet. I 2024 var det totalt ca. 7 500 timer hvor pasienten ikke møter til time i Agder. Dette tilsvarer ca. 7 prosent av den totale produksjonskapasiteten til tjenesten. Utfordringen med pasienter som ikke møter til time er godt kjent fra andre helse- og omsorgstjenester, [her fra Sørlandet sykehus](#).

«Ikke-møtt» er timer som er satt av til og avtalt med pasient, der pasient ikke møter og ikke melder fra på forhånd. Dette skaper hull i produksjonsplanen, og reduserer produktiviteten og



gir behandlere perioder uten på forhånd planlagte arbeidsoppgaver. I dag håndteres pasienter som ikke møter til time ved at tiden brukes til å behandle pasienter på kort varsel eller ved å foreta administrative oppgaver i den frigjorte tiden.

Utfordringen med pasienter som ikke møter til time må håndteres. Det er en sentral faktor for å omstille til en mer effektiv tannhelsetjeneste. Bruken av timeboken omtalt over er et viktig tiltak. Planmessig overbooking i deler av klinikkenes åpningstid er det også ønskelig å teste. Det vil kunne bidra til å redusere perioder der behandler ikke har pasienter. Gitt sannsynligheten for antall pasienter som ikke møter, vil de overbookede gli inn i de ledige timene i løpet av kort tid.

Gitt antallet som ikke møter, vil overbooking kunne være aktuelt fra morgenen og etter lunsj. Ved flere behandlingsrom og utvidet åpningstid vil overbookede pasienter sannsynligvis kunne erstatte pasienter som ikke møter i løpet av kort tid.

Overordnet vurdering av effekten av innsatsområdet

Vurderingskriterier	Pasientkvalitet og -sikkerhet	Pasientproduktivitet	Pasienttilfredshet	Godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljø	Bærekraftig ressursbruk	Reisevei
Innsatsområder						
Overbooking						

- Pasientkvalitet og -sikkerhet: Innsatsområdet vurderes å ha liten effekt på vurderingskriteriene pasientkvalitet og -sikkerhet.
- Pasientproduktivitet: Overbooking vil ikke løse utfordringen med ikke-møtt-pasienter eller omfanget av dette. Overbooking vil likevel kunne bidra til å øke pasientproduktiviteten eller redusere ventelistene noe. Effekten er dog vurdert som liten.
- Pasienttilfredshet: Innsatsområdet vil kunne ha negativ effekt på pasienttilfredsheten ved at pasienter som overbookes må vente noe lengre på behandler.
- Godt arbeidsmiljø og sterkt fagmiljø: Overbooking vil kunne påvirke arbeidsmiljøet ved at det for enkelte ansatte kan medføre økt stress og gå ut over arbeidsflyten.
- Bærekraftig ressursbruk: Overbooking vil kunne ha en mindre positiv effekt på vurderingskriteriet bærekraftig ressursbruk.
- Reisevei: Innsatsområdet vurderes å ha liten effekt på vurderingskriteriet reisevei.

Den mulige oppsiden av innsatsområdet overbooking er ikke tilstrekkelig. Nedsidene, særlig knyttet til pasienttilfredshet og arbeidsmiljøet, er store. Partene er enige om at problematikken med «ikke-møtt pasienter» må håndteres, og vil være et sentralt element i andre innsatsområder i delprosessen.

Basert på vurderingene er arbeidsgiver og ansattrepresentantene enige om å ikke anbefale innsatsområdet overbooking.

6.5 Vurdering av innsatsområde offentlig-privat kapasitetssamarbeid

Privat sektor utgjør ca. 66 prosent av de totale tannhelsetjenestene i Norge. Det er stort sett



ledig kapasitet i privat sektor over hele Agder, og når det offentlige får ansvar for flere pasientgrupper, vil den ledige kapasiteten øke. God ressursutnyttelse i tannhelsetjenesten på Agder fordrer godt samspill med privat sektor.

Fylkeskommunen står fritt til å levere lovpålagte tjenester selv eller alternativt kjøpe disse. Agder fylkeskommune, som alle andre fylkeskommuner, leverer i all hovedsak tjenestene selv gjennom den offentlige tannhelsetjenesten. I dag er det formalisert samarbeid med private i form av kjøp av tjenester til behandling av TOO-pasienter (tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi)), samt kjøp av nødvendige spesialisttjenester den offentlige tannhelsetjenesten ikke selv besitter eller vil være samfunnsøkonomisk riktig å bygge opp.

Et annet område hvor samarbeid med privat sektor vurderes, er gruppen med eldre pasienter som får C2-rettigheter (hjemmesykepleie). Pasientene vil kunne i en overgangsfase fortsette hos sin faste tannlege som kjenner pasienten over flere år. Den privatpraktiserende tannlegen kan gi tilbud etter føringer fra den offentlige tannhelsetjeneste og sender nødvendig dokumentasjon og kostnadsoverslag basert på takster fastsatt av den offentlige tannhelsetjenesten.

Når vi legger til grunn et ønske om mer og bedre samhandling mellom det offentlige og private er det naturlig å vurdere faste eller midlertidige ordninger hvor man samarbeider også om arbeidsforhold. For eksempel kan man se for seg at tannhelsepersonell jobber delte stillinger mellom offentlig og privat sektor, for eksempel 50 prosent i hver. Denne typen samarbeid innebærer at tannhelsepersonell deler sin arbeidstid mellom en offentlig tannklinikk og en privat praksis. Dette kan bidra til å utnytte kompetansen og ressursene bedre, samtidig som det gir tannleger og tannpleiere muligheten til å opprettholde en variert arbeidshverdag. Ved økt åpningstid til tolv timer kan en fra privat sektor ha en kombinasjonsløsning 60 prosent stilling på to dager i uken, og dermed i sum bidra til at utnyttelsesgraden på et behandlingsrom utgjør 160 prosent.

Det er ikke ønskelig å finansiere tannhelsetjenesten ved å budsjettere med voksne betalende pasienter, slik som i dag. Dette er i direkte konkurranse med et sunt privat tannhelsemarked. Se vurdering av bærekraftig ressursbruk under nullalternativet for eksempel. Voksne betalende kan være en del pasientporteføljen til tannhelsetjenesten i Agder der det er naturlige kliniske årsaker til dette.

Overordnet vurdering av effekten av innsatsområdet

Vurderingskriterier	Pasientkvalitet og -sikkerhet	Pasientproduktivitet	Pasienttilfredshet	Arbeidsmiljø og robuste fagmiljø	Økonomisk bærekraft	Distrikt
Innsatsområder						
Offentlig-privat kapasitetssamarbeid						

- Pasientkvalitet og -sikkerhet: Innsatsområdet vurderes å ha liten effekt på vurderingskriteriene generell pasientkvalitet og -sikkerhet, det vil kunne ha en positiv effekt på pasientkvalitet ved kjøp av spesialisttjenester.
- Pasientproduktivitet: Økt tilgang på kapasitet, særlig på tjenester som TOO, tannlegevakt og narkosebehandling vil kunne øke pasientproduktiviteten og redusere



ventelistene.

- Pasienttilfredshet: Økt kapasitet generelt, og særlig på spesialistområder, vil ha en positiv effekt på pasienttilfredshet.
- Godt arbeidsmiljø og sterkt fagmiljø: Offentlig-privat kapasitetssamarbeid vil kunne ha positiv effekt på arbeidsmiljøet og fagmiljøet, særlig med økt tilgang på kompetanse og håndtering av spesialistoppgaver. Videre kan behandlere dra nytte av et bredere fagmiljø og flere utviklingsmuligheter, noe som kan øke trivsel og motivasjon. Deling av beste praksis og kompetanse mellom sektorene kan også bidra til en høyere standard på tannhelsetjenestene.
- Bærekraftig ressursbruk: Det er noen ganger mer ressurseffektivt å kjøpe en spesialisttjeneste enn å investere i dette i egen regi. Videre vil kombinasjonsløsninger med privat sektor utnytte den totale ressurskapasiteten bedre, noe som er samfunnsøkonomisk fornuftig. Samtidig er kjøp av tjenester ressurskrevende å administrere og det kreves høy juridisk kompetanse ved formulering av avtaler.
- Reisevei: Innsatsområdet vurderes å ha liten effekt på vurderingskriteriet reisevei, med unntak at noen spesialistoppgaver som løses av det private vil medføre økt reisevei.

For å bedre utnytte den totale ressurskapasiteten er det avhengighet til innsatsområde «pasienttilfang uavhengig av kommunegrenser». En formålstjenlig klinikkstruktur vil medvirke innsatsområdet, særlig større tannklinikker som kan ha økt åpningstid og dermed økt kapasitet.

Basert på vurderingene er arbeidsgiver og ansattrepresentantene enige om å anbefale innsatsområdet offentlig-privat kapasitetssamarbeid.

6.6 Vurdering av innsatsområde bonus-ordninger

«Fylkestinget ber om en politisk sak som gjennomgår hele tannhelsetjenesten. Relevante spørsmål som ønskes besvart er:

- *En utredning av hvilke incentiver som kan gis den enkelte behandler for å sikre effektiv drift, f. eks en bonus av andel av Helfo-refusjoner som mange kommuner benytter med kommunale fastleger».*

Tannhelsetjeneste i fylkeskommunal regi er heloffentlig, på lik linje med for eksempel kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehustjenester. Det er stadig økende bevissthet på å se tannhelsetjenester som del av helsetjenester ellers. Sett i det perspektivet, vil en incentiv- eller bonus-ordning være en annen form for avlønning enn hva man ellers praktiserer i helse-Norge.

Bonusordninger i tannhelsetjenesten er regulert i SFS 2309, rammeavtale om bonusordning i tannhelsetjenesten (RAB). Bruk av bonusavtaler og utforminger har variert over tid og mellom fylkeskommunene. Det har også vært brukt tidligere i Aust-Agder fylkeskommune og Vest-Agder fylkeskommune. Det er partene lokalt som eventuelt avtaler bonusgrunnlaget, størrelse og fordeling av bonusutbetalingen.

Overordnet vurdering av effekten av innsatsområdet



Vurderingskriterier	Pasientkvalitet og -sikkerhet	Pasientproduktivitet	Pasienttilfredshet	Godt arbeidsmiljø og sterke fagmiljø	Bærekraftig ressursbruk	Reisevei
Innsatsområder						
Bonusordninger						

- Pasientkvalitet og -sikkerhet: Innsatsområdet vurderes å ha negativ effekt på vurderingskriteriene pasientkvalitet og -sikkerheten. Fra et pasientperspektiv anses en bonusordning basert på Helfo-refusjon som lite hensiktsmessig, og kan potensielt stimulere til unødvendige behandlinger.
- Pasientproduktivitet: Det vil ha kunne ha en effekt på produktiviteten, både positivt og negativt. Positivt ved at behandlerne får et incentiv til å være mer produktive, og negativt ved at man i større grad prioriterer pasienter som har et individuelt inntekspotensial enn risikopasienter med behov.
- Pasienttilfredshet:
- Godt arbeidsmiljø og sterkt fagmiljø: En bonusordning med andel av Helfo-refusjoner vil kunne medføre individuelle prioriteringer fremfor teamet, og derfor en negativ effekt på innsatsområdet.
- Bærekraftig ressursbruk: En bonusordning vil ha negativ effekt på bærekraftig ressursbruk. Særlig fordi incentivene ikke underbygger formålet.
- Reisevei: Innsatsområdet vurderes å ha liten effekt på vurderingskriteriet reisevei.

Partene er enige om å vurdere mer hensiktsmessige incentivordninger om andre tiltak ikke har tilstrekkelig effekt på formålet.

Basert på vurderingene er arbeidsgiver og ansattrepresentantene enige om å ikke anbefale innsatsområdet bonusordning.

6.7 Vurdering av innsatsområde kunnskaps- og behovsdrevet pasientoppfølging

Visjonen til prosjektet er «Munnen er en del av kroppen, i hvert fall digitalt». Munnhelse og generell helse er tett sammenknyttet, og ved å “sette munnen tilbake i kroppen” møter pasientene et helsevesen med en mer helhetlig tilnærming, der pasienten er i sentrum.

Munnen er en del av kroppen, og mange av pasientene som den offentlige tannhelsetjenesten må prioritere, har også andre helseproblemer og -utfordringer. For både pasient og behandler er det store fordeler ved et mer helhetlig perspektiv når vi snakker om helse og sykdom, blant annet ved å forsøke finne synergieffekter gjennom samarbeid og samhandling i helsevesenet. Helsevesenet må ha et felles mål om å gjøre pasientene i stand til å mestre livet og hverdagen, og dette krever å se forbi den enkelte diagnosen.

Digitalisering er avgjørende for å sikre samhandling, pasientsikkerhet, styring og tilgjengelighet i den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten trenger digitale verktøy som dekker behovene for samhandling, integrasjoner og tilgang til data.

Den offentlige tannhelsetjenesten må bidra til et likeverdig og helhetlig helsetilbud for



befolkningen i Norge. Med økende krav til samhandling, digitalisering og effektivisering er det et behov for nye digitale løsninger som gjør det enklere for fylkeskommunene å levere trygge, koordinerte og tilgjengelige tannhelsetjenester.

For å møte dette behovet har fylkeskommunene samarbeidet om en nasjonal utredning av konseptuelle tilnærminger til samarbeid om anskaffelse av digitale verktøy for den offentlige tannhelsetjenesten.

Målbildet til prosjektet er å utvikle tannhelsetjenestens evne til samhandling, informasjonsdeling og analyse. På denne måten skal den offentlige tannhelsetjenesten kunne levere mer effektive og tryggere tannhelsetjenester, som en del av en mer helhetlig og sammenhengende helsetjeneste, med pasientenes behov i sentrum.

Fylkeskommunene har etter tannhelsetjenesteloven ansvaret for samordning av den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor. Fylkeskommunen skal sørge for at virksomheter som yter tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven, samarbeider med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

For å etterleve sine lovpålagte plikter er den offentlige tannhelsetjenesten i utstrakt grad avhengig av samarbeid med andre tjenester i fylkeskommunen, det offentlige helsevesenet og tjenester i kommunal, statlig og privat sektor.

En av de store gevinstene som analysekapasiteten til DigiDOT-prosjektet tilrettelegger for, er å gå fra dagens erfarings- og tidsbaserte pasientoppfølging til en kunnskaps- og behovsdrevet oppfølging. Det vil kunne rette innsatsen dit risikoen eller behovet er størst. Det kan frigjøre kapasitet eller omfordele kapasiteten til områder som igjen gir enda større effekt, som forebyggende innsats.

Overordnet vurdering av effekten av innsatsområdet



- Pasientkvalitet og -sikkerhet: Det å kunne prioritere ressursinnsatsen på de som har størst helsegevinst har god effekt på vurderingskriteriet, samtidig vil innsatsområdet bidra til en mer enhetlig og samordnet tannhelsetjeneste.
- Pasientproduktivitet: Det å gå fra dagens erfarings- og tidsbaserte pasientoppfølging til en kunnskaps- og behovsdrevet oppfølging. Det vil kunne rette innsatsen dit risikoen eller behovet er størst. Det kan frigjøre kapasitet eller omfordele kapasiteten til områder som igjen gir enda større effekt, som forebyggende innsats.
- Pasienttilfredshet: Det å flytte ressursbruk fra friske pasienter til risikopasienter vil kunne oppleves negativt på pasienttilfredsheten. Pasienter med lav risiko blir innkalt sjeldnere enn før, noe som vil kunne oppleves som en dårligere offentlig tjeneste. God kommunikasjon vil være viktig for å skape forståelse blant brukerne på den datadrevne prioriteringen.



- Godt arbeidsmiljø og sterkt fagmiljø: Godt arbeidsmiljø og sterkt fagmiljø vil ikke nevneverdig påvirkes av tiltaket. Det vil kunne oppleves positivt at innsatsen fokuseres mer til pasienter med høy risiko, Bærekraftig ressursbruk: Det å rette kapasiteten på de pasientene med størst behov, vil kunne øke pasientproduktiviteten betraktelig, og sikre at vi bruker ressursene mer effektivt. Digitale løsninger og forbedringer har potensiale til å forenkle og effektivisere mye i arbeidshverdagen, som vil være ressursbesparende. En mer effektiv ressursutnyttelse vil gi handlingsrom til å prioritere hvordan frigjort kapasitet skal benyttes, enten til varig innsparing eller til økt fokus på folkehelseiltak for å ytterligere øke andelen friske pasienter.
- Reisevei: Innsatsområdet vurderes å ha liten effekt på vurderingskriteriet reisevei.

Basert på vurderingene er arbeidsgiver og ansattrepresentantene enige om å anbefale innsatsområdet kunnskaps- og behovsdrevet pasientoppfølging.



AGDER
fylkeskommune

Vedlegg 4 – Nye innsatsområder for helhetlig omstilling og
effektivisering

Agder fylkeskommune

Postboks 788, Stoa
NO-4809 Arendal

Besøksadresse Kristiansand:
Tordenskjolds gate 25

Org.nr.: 921 707 134
Bank: 3207.28.74993

Besøksadresse Arendal:
Ragnvald Blakstads vei 1

www.agderfk.no