**Samarbeid mellom rusomsorgen og Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms**

Noen pasienter med rusmiddelavhengighet faller inn under de prioriterte kategoriene i Tannhelsetjenesteloven.

* Pasienter med rusmiddelavhengighet innlagt i institusjon som har avtale med Helse Nord HF. (C3)
* Pasienter med rusmiddelavhengighet i hjemmesykepleie. Hjemmesykepleie defineres som helsehjelp i form av sykepleie i hjemmet. (C2)

Disse pasientene har krav på gratis tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten.

I begge tilfeller kreves det at de har vært eller forventes å være tre måneder i institusjon eller hjemmesykepleie for å få gratis tannbehandling.

Troms fylkeskommune får tilskudd fra Staten til å finansiere behandlingen for to andre grupper av rusmiddelavhengige:

* Personer som **på grunn av et rusmiddelproblem** mottar tjenester etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr 6, bokstav b i minst 3 måneder.
* Personer som er i legemiddelassistert rusbehandling (LAR)

Personer i disse to gruppene kan i Troms fritt velge tannlege (privat eller offentlig), men behandlingsforslag og kostnadsoverslag må godkjennes av Den offentlige tannhelsetjenesten, dersom behandlingskostnadene overstiger 9000kr.

* Den som skal utføre tannbehandlingen må motta ferdig utfylt og underskrevet skjema. Alle felt i tilbudsbrevet skal fylles ut. Det er en fordel om SMS kan brukes for påminning om timeavtale. Det skal fylles ut et nytt tilbudsbrev når pasienten igjen har behov for ny konsultasjon etter en fullført behandlingsperiode. *Tilbudsbrevet kan lastes ned på nettsiden: Tromsfylkeskommune – Tannhelse – pasientinfo (eller fås på tannklinikken).*
* Dersom oppmøte er et problem, må kommunene oppnevne støttekontakt, og det må føres dialog mellom tannlege, pasient og støttekontakt.
* Hvis pasient ikke møter til avtalt time, skal tannhelsetjenesten sende et ikke møtt brev/SMS om at pasienten selv må ta kontakt for ny time.
* Dersom behandlingskostnadene overstiger 9000 kr, må behandlingsforslaget godkjennes. Bekreftelse på at personen tilhører gruppen som får gratis tannbehandling (tilbudsbrevet) må legges ved søknad og evt faktura.
* Behandlende tannlege/tannpleier har informasjonsplikt til pasienten om behandlingsbehov. Det skal gis informasjon fra behandlende tannlege om individuell behandlingsplan, jf. Veilederen God klinisk praksis (IS-1589)
* Tannhelsetjenesten og kommunal rusomsorg/NAV bør ha årlige samarbeidsmøter for oppdateringer av målgruppa, og avklare spørsmål om tilbudet.

**Aktuelle lover og føringer for tilbudet og samarbeidet:**

Lov om kommunal helse- og omsorgtjenesten

Lov om sosiale tjenester i Nav Kap.4

Lov om pasient- og brukerrettigheter

Lov om tannhelsetjenesten

Veilederen God klinisk praksis i tannhelsetjenesten IS-1589

Rundskriv Nr1-2/2006

Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling (rundskriv 1-7 2007)

**Samarbeidsavtale**

mellom tannhelsetjenesten og kommunal rusomsorg/NAV …………………………………… kommune.

Målgruppe:

* Personer som **på grunn av et rusmiddelproblem** mottar tjenester etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr 6, bokstav b i minst 3 måneder.
* Personer som er i legemiddelassistert rusbehandling (LAR)
* Personer som er innlagt på institusjon for rusmiddelavhengige (rusinstitusjon som er godkjent av Helse Nord HF). (C3)

Mål:

Utvikle et godt og effektivt samarbeid mellom tjenestene som medvirker til at tannhelsen blir en del av helsetilbudet brukerne har krav på.

**Kommunal rusomsorg/Nav sitt ansvar:**

* Gi informasjon om tilbudet, og fordele tilbudsskjemaet til målgruppen.
* Returnere tilbudsskjemaet i utfylt stand til nærmeste offentlige tannklinikk.
* Navn på støttekontakt skal stå på tilbudsskjemaet, dette er viktig dersom pasienten ikke møter. Støttekontakt må så godt som mulig hjelpe brukeren med å følge opp timeavtaler.
* Gi tannhelsetjenesten tilbakemelding om brukere har flyttet eller ikke lenger har rett på tilbudet 1-2x året (oppdaterte lister).
* Delta på årlige samarbeidsmøter med tannhelsetjenesten.

**Tannhelsetjenesten sitt ansvar:**

* Innkalle til samarbeidsmøter 1xåret
* Sikre at personer med rusproblem får nødvendig tannbehandling, råd og veiledning i munnstell ut fra sin helsetilstand.
* Gi tilbakemelding om nødvendig munnpleietiltak til støttekontakt dersom behov for hjelp til oppfølging av munnstell (informert samtykke).

Dato: ………………………………………………………

…………………………………………………………………… ……………………………………………………………………

For kommunal rusomsorg/Nav For tannhelsetjenesten

**Tilbudsskjema**

Bekreftelse på at bruker har krav på tilbud om gratis tannbehandling pga rusmiddelavhengighet.

* Personer som **på grunn av et rusmiddelproblem** mottar tjenester etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr 6, bokstav b i minst 3 måneder
* Personer som er i legemiddelassistert rusbehandling (LAR)
* Personer som er innlagt på institusjon for rusmiddelavhengige (rusinstitusjon som er godkjent av Helse Nord HF). (C3)

**Jeg samtykker at tannhelsetjenesten kan innhente informasjon om helsetilstanden min og medisinbruk, da dette kan ha betydning for tannhelsen og tannbehandlingen.**

Navn: …………………………………………………………………………………………………………………………….

Fødselsdato: …………………………………… Mobiltelefon: ………………………………………………….

Adresse/postnummer: …………………………………………………………………………………………………..

Samtykke til gratis SMS påminning om timeavtale: Ja Nei

Dato: ……………………………………… Underskrift: ……………………………………………………………………….

**Fylles ut av saksbehandler i kommunal rusomsorg/NAV:**

Vedtak om tjenester etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr 6, bokstav b i minst 3 måneder.

Fra dato ………………………… Slutt dato ………………………

Hvis ingen sluttdato, må brukeren få ny bekreftelse til neste behandlingsperiode.

Bekreftelse på at pasienten er i legemiddelassistert rusbehandling (LAR).

Bekreftelse på at pasienten er innlagt på institusjon for rusmiddelavhengige

(Godkjent av Helse Nord HF).

Har brukeren behov for følge? Ja Nei

Støttekontakt: …………………………………………………………. Tlf: ……………………………………………

Skal innkalling gå gjennom støttekontakt? Ja Nei Begge

*Hvis behov for følge sendes kopi av innkallingen til støttekontakt som har ansvar for at brukeren får følge til tannklinikken.*

Dato: ……………………….. Kontakt tlf: …………………………………………

Underskrift: ………………………………………………………………………………………………………………………

