

ABSTRACT

Specialtandpleje gives som et kommunalt tilbud om tandpleje i Sundhedsloven. Kommunerne er frit stillet i forhold til organiseringen af opgaven, hvilket gør, at der findes ni forskellige måder at organisere tandplejetilbuddet på. Nærværende undersøgelse peger på, at der er stor ulighed i adgang til specialtandplejetilbuddet, og at dækningsgraden varierer signifikant på landsplan. Undersøgelsen peger ligeledes på, at ordningen opleves som vanskelig at omkostnings-/tidsestimere i forhold til de øvrige opgaver i den kommunale tandpleje.

Når man summerer data fra undersøgelsen, peger de på, at specialtandplejetilbuddet bør tages op til revision snarest. Dette set både i lyset af anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen om en sammenlægning af omsorgs- og specialtandplejen, men også i lyset af, at det er politisk vedtaget at etablere et nyt tandplejetilbud i form af socialtandpleje, hvor der må forventes en gråzoneproblematik, og hvor der derfor bør være klare og tydelige snitflader til specialtandplejetilbuddet, således at visitationen lettes for alle involverede parter.

EMNEORD

Dental care for disabled | delivery of dental care | health care economics and organizations | community dentistry | public health dentistry



Korrespondanceansvarlig førsteforfatter:

BØRGE HEIDE
bhe@sund.ku.dk

Status for specialtandpleje i Danmark

BØRGE HEIDE, adjungeret lektor, ph.d., Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

MAIKEN BAGGER, klinikleder, tandlæge, Voksntandplejen, Aalborg kommunale tandpleje, Familie- og beskæftigelsesforvaltningen, Aalborg Kommune

► Accepteret til publikation den 27. marts 2020

Tandlægebladet 2020;124:696-704

Sundhedslovens § 133 (1) pålægger kommunerne at tilbyde et specialiseret tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, praksistandplejen eller omsorgstandplejen. Tilbuddet kaldes specialtandpleje og blev ved kommunalreformen i 2007 overført fra at være et amtskommunalt tandplejetilbud – amts-tandpleje – til at være et kommunalt tandplejetilbud – specialtandpleje.

Ifølge Bekendtgørelsen om tandpleje (2) er kommunerne frit stillet, mht. hvordan de organiserer tilbuddet. Sundhedsloven pålægger dog regionerne at stille et tilbud om specialtandpleje til rådighed, såfremt kommunerne efterspørger dette, men kommunerne kan også ”købe” specialtandpleje hos hinanden eller hos private leverandører. Da regionerne således har et forsyningsansvar mht. specialtandplejen, er det alment kendt, at der er etableret et regionalt forankret specialtandplejetilbud i tre regioner – Syd, Midt og Sjælland – og at flere af de største kommuner løser specialtandplejeforpligtigheden for flere mindre kommuner, det gælder fx København, Aalborg og Odense Kommuner. Men også andre organisationsformer og blandingsmodeller kan forekomme. I hvilket omfang kommunerne benytter disse alternative muligheder for leverance, er imidlertid ikke kendt.

Tilbuddet blev oprindeligt etableret i 2001 som følge af et udvalgsarbejde under Sundhedsstyrelsen – ”amtstændeplejeudvalget” (3), men allerede i 1980’erne havde man konstateret mangel på et tandplejetilbud til psykisk sårbare personer, udviklingshæmmede borgere og andre med betydelige psykisk betingede funktionstab, hvilket blev beskrevet i Sundhedsstyrelsens skelsættende ATFO-rapport (4), der dannede grundlag

for mange af de udviklingstiltag, der skete i dansk tandpleje de følgende 20 år.

Det efterfølgende udvalgsarbejde, der lå til grund for amtstandplejen – ”amtstandplejeudvalget” – præsenterede bl.a. estimater for omfanget af den omfattede persongruppe, dimensioneringen af specialtandplejen og de med ordningen forbundne omkostninger. Indholdet og kravene til specialtandpleje blev på baggrund af udvalgsarbejdet beskrevet i Sundhedsstyrelsens daværende vejledning for den kommunale tandpleje (5), som senest er opdateret i 2018 (6).

Ordningens faktiske udmøntning er ikke blevet evalueret eller beskrevet, siden ordningen blev etableret i 2002. Næsten 20 år efter tilbuddets etablering eksisterer der derfor kun meget sparsom systematisk viden om specialtandplejens faktiske organisering, indhold og økonomi, og forsøg på beskrivelse af effekten af ordningen er helt fraværende – et forhold der stort set gælder alle andre danske tandplejeordninger frasat den kommunale børnetandpleje. Der blev dog i 2014 foretaget en uformel spørgeskemaundersøgelse vedr. specialtandplejen, hvis resultater aldrig blev publiceret (7).

Et andet kommunalt tandplejetilbud – omsorgstandplejen – som blev etableret i 1994, er derimod blevet beskrevet flere gange (8-10), senest ved et udvalgsarbejde initieret af Folketinget (11).

Evalueringen af omsorgstandplejen påviste betydelige mangler i kommunernes tilbud og mundede ud i flere forskellige forslag til forbedringer. Et af forslagene var at sammenlægge omsorgstandpleje og specialtandpleje til et tilbud. Dette forslag hviler udelukkende på viden om omsorgstandpleje og ikke om specialtandpleje. Det kunne derfor synes relevant at foretage en lignende undersøgelse af specialtandplejen i Danmark, hvorfor formålet med den foreliggende undersøgelse er at beskrive de organisatoriske træk ved specialtandplejen i Danmark.

MATERIALE OG METODER

Undersøgelsen blev gennemført som en spørgeskemaundersøgelse i marts-april 2019 via et webbaseret spørgeskemaprogram (12). Samtlige kommuner i Danmark undtagen Grønland og Færøerne fik fremsendt en mail med et følgebrev fra Sundhedsstyrelsen, hvor den ansvarlige for specialtandplejen blev bedt om at besvare et spørgeskema vedr. specialtandpleje.

Der blev tillige angivet en mulighed for, at respondenterne kunne stille spørgsmål via mail, såfremt nogle af spørgsmålene skulle volde problemer. På baggrund af de henvendelser, der var kommet, blev der efter tre uger udarbejdet en FAQ-liste (Frequently Asked Questions), som blev udsendt til samtlige kommuner, der endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet. Efter udløb af svarfristen blev alle ikke-responderende rykket for svar via mail. Efter endnu en svarfrist blev der rettet individuel henvendelse pr. mail og/eller telefon, indtil de resterende non-responderende kommuner alle havde svaret.

Undersøgelsespopulationen omfatter således alle kommuner i Danmark – men ikke Grønland og Færøerne – i alt 98 kommuner.

Det standardiserede spørgeskema indeholdt i alt 19 spørgsmål med lukkede svarkategorier og et enkelt felt med adgang

til kommentarer i prosa. Spørgsmålene omhandlede, hvem der besvarede spørgeskemaet, kommunens geografiske placering og størrelse, specialtandplejens organisering og patienter, mulighed for behandling i generel anæstesi og behandling af specialtandlæge, hvilke behandlinger der udføres, henvisnings- og visitationsprocedurer, personaleanvendelse og økonomi.

Alle spørgsmål havde tidligere været anvendt dels i en af Sundhedsstyrelsen initieret undersøgelse af omsorgstandplejen i Danmark (11), dels i en tidligere upubliceret undersøgelse af specialtandplejen i Danmark (7).

Samtlige svar blev indlæst i SPSS mhp. statistisk analyse, og data blev rensset for fejl, hvor svar også kunne indhentes fra anden kilde, fx data fra Danmarks Statistik; fx blev svar om kommunens demografiske placering og størrelse kontrolleret for fejl. Der blev foretaget frekvensfordelinger, og i den statistiske analyse for eventuelle bivariate sammenhænge blev anvendt non-parametrisk statistik – Chi-square-test, Mann-Whitney-test og Kruskal-Wallis-test.

RESULTATER

Undersøgelsen blev overvejende besvaret af kommunens over-tandlæge (78 %) eller anden kommunal tandlæge (10 %), men blev tillige besvaret af anden kommunal medarbejder på chef-niveau (2 %) eller en anden kommunal medarbejder (10 %). Ikke alle spørgsmål blev besvaret af samtlige respondenter.

I Fig. 1 er illustreret, hvilken leverandør eller miks af leverandører kommunerne angav at have i forhold til kommune-størrelsen og totalt. Der kunne identificeres i alt ni forskellige modeller/miks af leverandører. For overskuelighedens skyld er der i Fig. 1 ikke skelnet mellem forskellige typer af offentlige leverandører – region/anden kommune/eller begge – eller private leverandører – praktiserende tandlæge/tandtekniker/begge. Der er derfor kun angivet fire grundmodeller. Halvdelen af kommunerne havde kun en enkelt leverandørtype, medens 40 % havde to leverandørtyper, 9 % tre leverandørtyper, medens en enkelt kommune angav at have fire forskellige typer leverandører. Ni kommuner angav, at de leverede specialtandpleje til andre kommuner, hvilket ikke var relateret til kommune-størrelse eller region. Ikke blot kommune-størrelse (Fig. 1), men også region (Fig. 2) var statistisk signifikant relateret til valg af leverandør (chi-square $P < 0,01$ og $P < 0,001$), og region var statistisk signifikant relateret til antal leverandører (Kruskal-Wallis $P < 0,05$) (ikke vist i tabel). En leverandør var således langt hyppigere forekommende i Region Syd og Sjælland, to leverandører var hyppigst forekommende i region Midt og Nord, medens Region Hovedstaden placerede sig midt mellem.

Det blev i alt angivet, at 16.489 ($n = 88$) borgere var tilmeldt specialtandplejen (range 3 – 2.186), hvoraf 2.619 var børn under 18 år (range 0 – 683). Spørgsmålet blev kun besvaret af 88 kommuner svarende til 95 % af det samlede befolknings-underlag. Den gennemsnitlige dækningsgrad var 2,9 promille af befolkningsunderlaget. Dækningsgraden sat i relation til kommune-størrelse og region er angivet i Tabel 1 og 2. Der var betydelige geografiske forskelligheder i dækningsgrad, som er beskrevet i Tabel 2. Dækningsgraden var statistisk signifikant ▶

Leverandører i relation til kommunestørrelse

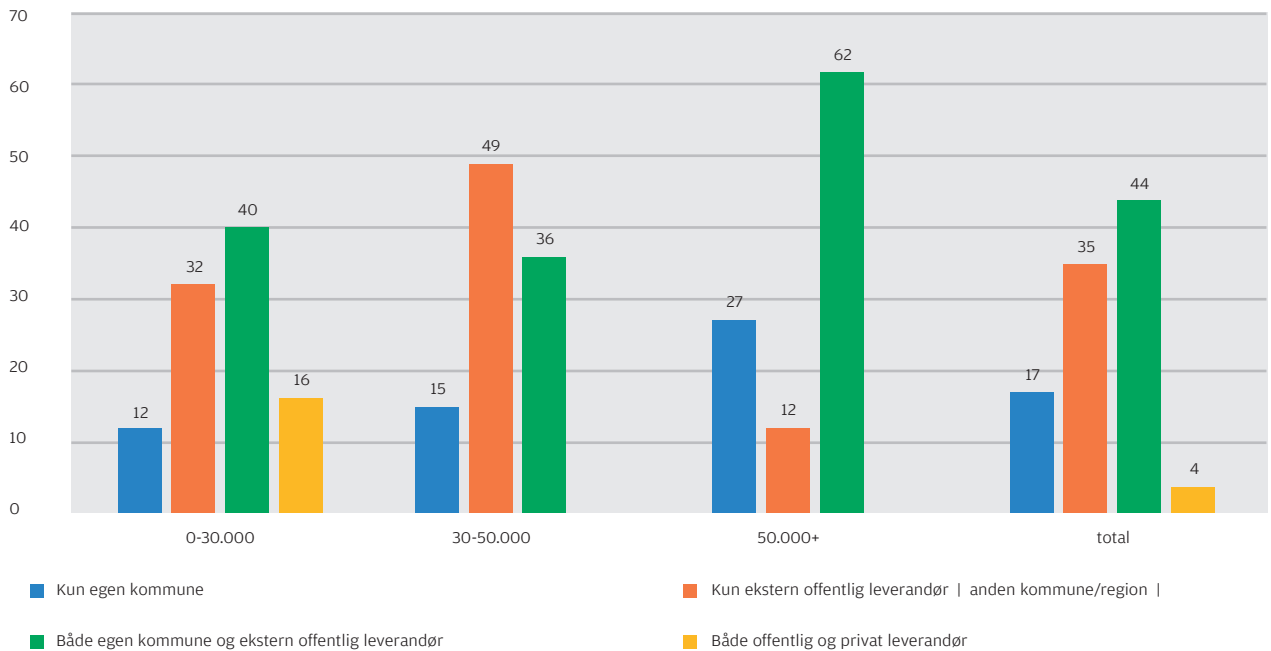


Fig. 1. Kommunerne fordelt i procent, efter hvilke leverandører der leverer specialtandpleje for kommunen og kommunestørrelsen (n = 98) (chi-square P < 0,01).
Fig. 1. The Danish municipalities distributed in relation to suppliers of special care dentistry and the number of citizens (n = 98) (chi-square P < 0,01).

Leverandører i forhold til geografi

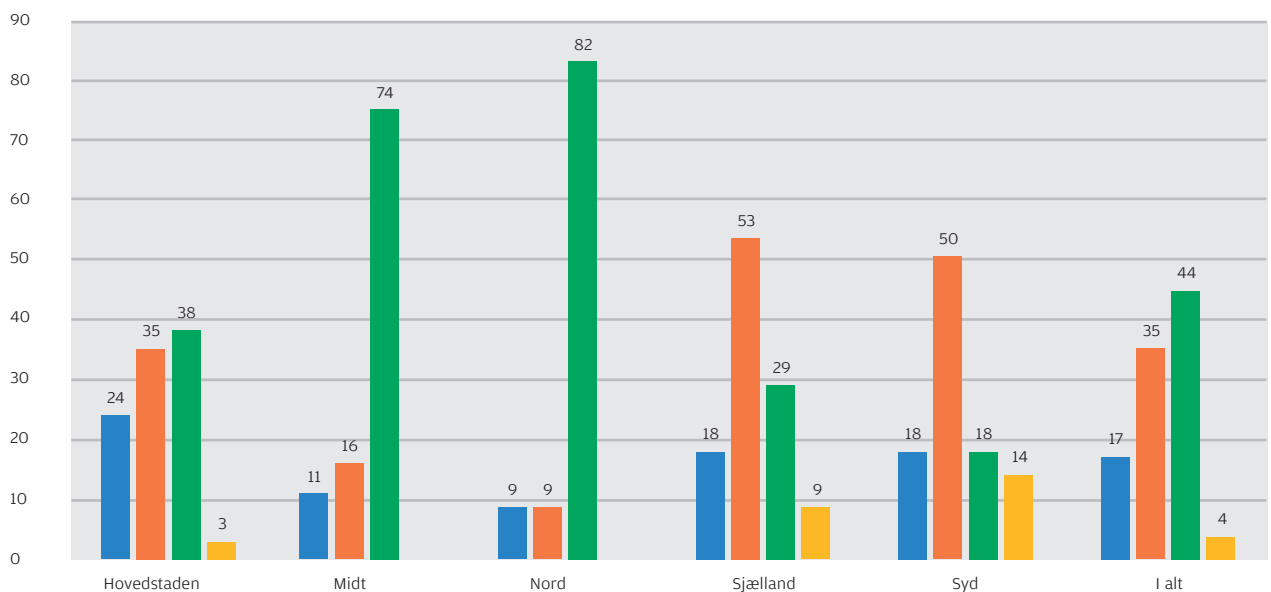


Fig. 2. Kommunerne fordelt i procent, efter hvilke leverandører der leverer specialtandpleje for kommunen og kommunens beliggenhed (geografi) (n = 98) (chi-square P < 0,001).
Fig. 2. The Danish municipalities distributed in relation to suppliers of special care dentistry and the geographical location (n = 98) (chi-square P < 0,001).

relateret til region i Tabel 2 (chi-square $P < 0,001$ og Kuskall-Wallis $P < 0,0001$), men ikke til kommunestørrelse (Tabel 1).

I Tabel 3 er kommunerne beskrevet efter befolkningsunderlag, og hvilke patienter de opgiver at have indskrevet. Der kunne ikke konstateres større forskelle mht. patientkarakteristika og region eller kommunestørrelse.

I en fjerdedel af kommunerne bliver der behandlet børn i generel anæstesi og en tilsvarende andel behandlede voksne i generel anæstesi. 57 % af kommunerne angav at have mulighed for at henvise til sygehus, såfremt patientens tilstand tilsiger det, medens 43 % ikke havde muligheden. Tilsvarende kunne der i halvdelen af kommunerne henvises specialtandplejepatienter til specialtandlæge i såvel ortodonti som TMK-kirurgi. I 14 % kunne der kun henvises til et af specialerne, og i 5 % kunne der slet ikke henvises. 30 % af kommunerne oplyste, at de ikke vidste, om der kunne henvises til en specialtandlæge.

Mht. hvem der henviser patienterne til specialtandpleje, er dette beskrevet i Tabel 4. I de fleste kommuner blev patienterne henvist af flere kanaler. Således blev det oplyst, at man modtog henvisning fra tre eller flere kanaler i ca. 50 % af kommunerne. Der blev foretaget en tandlægelig visitation efter henvisningen i 59 % af kommunerne – i syv kommuner svarede man ”ved ikke” på dette spørgsmål. Langt de fleste kommuner – 86 %

Klinisk perspektiv

I den almene kliniske hverdag møder såvel den kommunale som den praktiserende tandlæge patienter med væsentlige funktionsnedsættelser, der gør det vanskeligt – måske umuligt for den enkelte patient at anvende de almene tilbud om tandpleje i praksistandplejen og i børne-unge-tandplejen. Hvis der er behov for et særligt tilbud, er det derfor relevant at henvise til specialtandplejen. Specialtandplejen synes på nuværende tidspunkt at være meget uensartet organiseret, hvorfor såvel de praktiserende tandlæger som kommunalt ansatte i social- og sundhedssektoren kan have svært ved at rådgive patienter og pårørende om ordningen, fordi den er så uensartet.

– har en procedure for visitation og henvisning af borgere til specialtandpleje.

Svarene mht. kommunalt beskæftigede medarbejdere i specialtandplejen er opgivet i Tabel 5. I tabellen er tillige angivet, hvor stor en del af landets samlede befolkningsunder-

Patientantal i specialtandplejen

Kommunestørrelse	< 30.000	30-60.000	60.000 +	alle
0-2 promille	46	29	25	32
2-3 promille	27	24	25	25
Mere end 3 promille	27	47	50	43
I alt	100	100	100	100
Gennemsnit	2,3	3,0	3,1	2,9

Tabel 1. Andel tilmeldte borgere i promille af det samlede folketal i den enkelte kommune og den gennemsnitlige andel (n = 88).

Table 1. Proportion of citizens enrolled in the special care dentistry program calculated as per thousand of the total population and in relation to number of citizens in the municipality (n = 88).

Tilmeldte geografisk fordelt

	Region Nord	Region Midt	Region Syd	Sjælland	Hovedstaden	Alle
0-2 promille	27	5	16	69	42	32
2-3 promille	18	21	32	25	27	25
Mere end 3 promille	55	74	53	6	31	43
I alt	100	100	100	100	100	100
#Gennemsnit	3,5	4,0	3,2	1,8	2,3	2,9

(chi-square $P < 0,001$, #Kuskall-Wallis $P < 0,0001$)

Tabel 2. Andel tilmeldte borgere i specialtandplejen pr. kommune samt gennemsnittet for kommunerne (n = 88).

Table 2. Proportion of citizens enrolled in the special care dentistry program calculated as per thousand of the total population and in relation to region in Denmark (n = 88).

Patientkategorier i specialtandplejen

	< 30.000	30-60.000	60.000 +	alle
Næsten udelukkende udviklingshæmmede borgere	0	0	4	3
Overvejende udviklingshæmmede borgere	32	21	19	24
En ligelig fordeling mellem udviklingshæmmede og psykisk syge	28	40	32	35
Overvejende sindslidende borgere	20	21	42	27
Næsten udelukkende sindslidende borgere	12	0	0	3
Ved ikke	8	13	4	9

Table 3. Kommunerne fordelt efter, hvilke patienter der fortrinsvis er tilknyttet specialtandplejen (n = 98).

Table 3. The municipalities distributed in relation to the kind of patients which are enrolled in the special care dentistry program (n = 98).

Henvisningsveje i specialtandplejen

Henvisning modtages fra	Ja	Nej	Ved ikke	Ubesvaret
Kommunal visitation	44	39	7	8
Kommunal tandpleje	87	8	2	1
Praktiserende tandlæge	24	-	1	77
Praktiserende læge	19	-	-	79
Psykiatrien	76	12	5	5
Kommunale institutioner	3	-	-	95
Kommunale sagsbehandlere	6	-	-	92
Pårørende	2	-	-	96

Table 4. Kommunerne fordelt efter, hvorfra de modtager henvisninger (n = 98).

Table 4. The municipalities distributed in relation to sources of referral (n=98).

Personaleanvendelse i specialtandplejen

Personalekategori	n	Responderende kommuners befolkningsunderlag i procent af landets samlede befolkningsunderlag	Årsværk
Tandlæger	76	83,6 %	29,13
Tandplejere	81	87,2 %	14,96
Klinikassistenter	75	82,4 %	53,55
Administrative medarbejdere	74	81,8 %	14,35
Andre*	81	87,2 %	1,16
I alt			113,15

*Specialtandlæger og tandteknikere

Table 5. Antal årsværk, som anvendes i kommunerne til specialtandpleje.

Table 5. The total reported manpower spent on special care dentistry in the municipalities.

Udgift pr. patient i relation til region

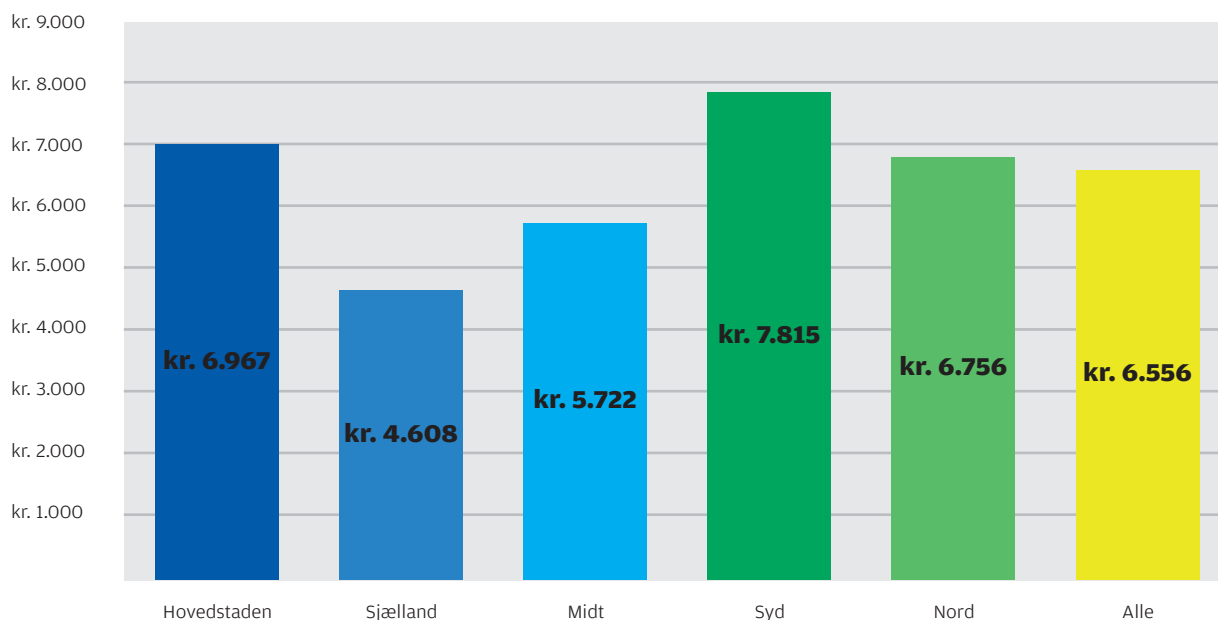


Fig. 3. Den gennemsnitlige årlige udgift (i danske kroner) pr. patient i specialtandplejen i relation til region (n = 51).

Fig. 3. The average cost (in DKK) per patient in the special care dentistry in relation to region (n = 51).

lag besvarelsen er udtryk for, idet undersøgelsesenheden er kommune og ikke borgere. Mht. den gennemsnitlige udgift pr. patient var der betydelige, men ikke statistisk signifikante forskelle mht. kommunes størrelse og region. Variationen mellem regionerne er vist i Fig. 3.

I respondenternes kommentarer til besvarelsen blev det i talrige tilfælde angivet (25 %), at det er meget vanskeligt at opgøre både de anvendte årsværk, men også at estimere en enhedsudgift, da aktivitet i specialtandplejen indgår i den øvrige kommunale tandplejes aktivitetsbudget, der også omfatter børne-unge-tandpleje og omsorgstandpleje. Det blev også i mange tilfælde (18 %) bemærket, at specialtandplejen blev "købt" eksternt, og at man derfor ikke kunne svare på spørgsmålene vedrørende tandplejens indhold og serviceniveau.

DISKUSSION

Data blev indsamlet ved tidligere anvendte og præ-testede spørgsmål, men ikke alle spørgsmål blev besvaret af alle kommuner, hvilket kan svække repræsentativiteten af data. Endvidere blev det fremhævet af flere respondenter, at såvel estimatet for anvendte årsværk som de anvendte økonomiske resurser var vanskelige at beregne, hvorfor data vedrørende disse forhold må tages med forbehold. Der blev udsendt en FAQ-liste under dataindsamlingen, da spørgeskemaet, på trods af at det indeholdt afprøvede spørgsmål, gav nogle respondenter problemer ved besvarelsen. Udsendelsen af en FAQ-liste midt i dataindsamlingen kan have induceret bias, da man kan formode,

at respondenter, der svarede, inden denne klarificering havde dårligere forudsætninger for at svare end de respondenter, der svarede efter FAQ-listen blev udsendt. Alternativet havde været at undlade en udsendelse af en FAQ-liste, hvilket også kan have givet anledning til bias. Det blev vurderet, at udsendelse af FAQ-listen var det mindst ringe alternativ.

Endvidere kan respondentens faglige baggrund, organisatoriske indplacering i det kommunale hierarki samt forholdet om ekstern/intern leverance have påvirket svarens validitet. Alt andet lige må man antage, at tandlæger i kommuner, som har intern leverance, må have bedre forudsætninger for at beskrive tandplejens indhold og serviceniveau end kommuner med ekstern leverance og besvarelse fra en ikke-tandlægefaglig embedsmand. Kommuner udelukkende med ekstern leverance vil alt andet lige have bedre forudsætninger for at opgøre udgifterne til specialtandpleje i kommunen via afregninger med leverandørerne. Den anvendte metode frembød det muliges kunst og søgte at give et generelt billede af den aktuelle situation.

Vi fandt en meget stor variation i måden, de enkelte kommuner havde organiseret specialtandplejen på. Der var således ni forskellige organisationsformer, og valget af organisationsform var afhængigt af såvel kommunes størrelse som region i landet. For samarbejdspartnere såvel i den øvrige tandpleje som i kommunernes socialforvaltninger, institutions- og plejesektor og især for patienterne synes det uheldigt, at der er en sådan diversitet i tilbuddet, da dette kan påvirke tilgængeligheden, indholdet, kvaliteten og dækningsgraden. ▶

Det var overraskende, at tilslutningsprocenten på landsplan, selv efter at ordningen har eksisteret i næsten 20 år, fortsat er så lav. I bemærkningerne til det oprindelige lovforslag (13) blev det på baggrund af amtstandplejeudvalgets rapport skønnet, at ca. 31.000 personer, heraf ca. 3.000 børn, ville være omfattet af amtstandplejen (specialtandplejen). Upublicerede data fra 2014 tydede på, at ca. 9.500 voksne på daværende tidspunkt var indskrevet (7). De foreliggende data synes at indikere, at 14-15.000 voksne og ca. 3.000 børn er visiteret til specialtandplejen. Selv om dette synes at være en fremgang siden 2014, tyder resultaterne på, at visitation af voksne til specialtandplejetilbuddet stadig er en stor udfordring for kommunerne. Det faktiske antal indskrevne voksne borgere udgør således kun ca. halvdelen af det faktisk forudsatte. Desuden kan den store geografisk betingede variation i dækningsgrad vække bekymring, særligt for så vidt angår Region Sjælland og til dels Region Hovedstaden. Demografien kan ikke alene forklare disse variationer. Dækningsgraden i Region Hovedstaden kan eventuelt forklares ved en tilsvarende højere dækningsgrad for omsorgstandpleje (10), hvorimod dækningsgraden for Region Sjælland også var den laveste i landet, for så vidt angår omsorgstandplejen. Begge kommunale voksantandplejetilbud synes således dårligt forankret i kommunerne i Region Sjælland, som for størstedelens vedkommende betjener sig af eksterne leverandører.

Det bidrager heller ikke nødvendigvis til overskuelighed, tilgængelighed og samarbejde med kommunens social- og plejesektor særligt i forhold til den forebyggende indsats, at selve tandplejen og behandlingen af patienten ikke foretages i egen kommune, fx hos lokal praktiserende tandlæge eller lokal kommunal tandpleje, men ofte foretages i samarbejde med eksterne leverandører i form af enten regional eller anden kommunal tandpleje udenfor kommunegrænsen. Samtidig er den beskri-

vende lovtekst i forhold til § 131 (omsorgstandpleje) og § 133 (specialtandpleje) så enslydende, at det for "ikke-tandlægelige" fagpersoner, men endog også for tandfaglige personer kan være vanskeligt at skelne mellem special- og omsorgstandpleje og dermed henvise korrekt (Faktaboks).

Der er en voksende gråzone af patienter, som reelt ligger mellem omsorgstandplejen og specialtandplejen grundet øget ko-morbiditet og naturlige tænder med stort og komplekst behandlingsbehov, der bidrager til en stadigt mere vanskelig visitation. Det er i den forbindelse værd at bemærke, at det i nærværende data viser sig, at de estimerede tal for andelen af børn og unge i specialtandplejen er stabile og som forventet af "amtstandplejeudvalget". Dette kan forklares ved den kommunale tandplejes indgående kendskab til børnegruppen og det enkelte barn.

Den lave dækningsgrad for voksne kan enten forklares ved, at "amtstandplejeudvalgets" skøn over det forventede antal voksenbrugere af specialtandplejetilbuddet var for højt, eller at kommunerne ikke er opsøgende og oplysende nok omkring tilbuddet. Hvor "amtstandplejeudvalget" skelnede mellem forskellige typer patienter (fx fysisk udviklingshæmmede eller sindslidende), fremgår det af Tabel 2, at denne opdeling af patienttyper er forbundet med en usikkerhed i en del af kommunerne.

Det blev oprindeligt forudsat, at ca. 7.500 voksne sindslidende og ca. 19.000 voksne psykisk udviklingshæmmede havde behov for et særligt tilbud. Hertil kom ca. 1.500 tidligere særfororsklienter – patienter med cerebral parese (spastiske lammelser) og med autisme – der havde et tilsvarende behov. Ud fra besvarelserne synes der at være et ligeligt antal patienter med sindslidelse og udviklingshæmning. Dette kunne antyde en underrepræsentation af udviklingshæmmede borgere i specialtandplejen. Om dette skyldes, at disse borgere i højere grad end antaget benytter praktiserende tandlæge eller blot ikke modtager den nødvendige tandpleje, kræver en nøjere undersøgelse.

Det synes påfaldende, at 12 kommuner angiver, at de ikke modtager henvisninger fra psykiatrien, da psykiatrien jf. lovteksten kan henvise direkte til specialtandplejetilbuddet. At otte kommuner angiver, at det ikke er en mulighed at henvise fra den kommunale tandpleje (BUT/omsorgstandpleje) til specialtandplejen, kalder ligeledes på en uklarhed i visitationen til specialtandplejetilbuddet.

Tabel 3 viser, at der er en relativt stor gruppe sindslidende i specialtandplejen. Det er karakteristisk for denne gruppe, at deres tilstand kan ændres over tid, hvorfor det også er vigtigt at have fokus på overgangen fra specialtandpleje til praktiserende tandlæge for den gruppe sindslidende, hvis tilstand forbedres i sådan en grad, at de bør kunne behandles hos praktiserende tandlæge på almindelige vilkår. Det vil ligeledes også være et opmærksomhedspunkt at visitere fra specialtandpleje til omsorgstandpleje i de tilfælde, hvor det vurderes, at patienten ikke længere har brug for det specialiserede tandplejetilbud.

Ved beskrivelse af tandplejens faktiske indhold og serviceniveau (henvisningsmulighed, generel anæstesi m.v.) var der et bekymrende stort antal "ved ikke"-besvarelser fra kommuner med ekstern leverandør. Dette kan indikere, at den ansvarlige

FAKTABOKS

Sundhedslovens §§ 131 og 133

§ 131

Kommunalbestyrelsen tilbyder forebyggende og behandlende tandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud.

§ 133

Kommunalbestyrelsen tilbyder et specialiseret tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, praktistandplejen eller omsorgstandplejen.

for specialtandplejen i kommunen er uvidende om, hvilket serviceniveau der leveres, når opgaven er udlagt, da det stadig er hjemkommunen, der har ansvaret for den specialtandpleje, som borgeren modtager.

Med de forbehold, som må tages mht. de økonomiske data, kunne der konstateres en stor variation i gennemsnitsudgift pr. specialtandplejepatient både kommunerne imellem, men også mellem regioner. De største forskelle kunne ses i de regioner, hvor de fleste kommuner udelukkende anvender eksterne leverandører af specialtandpleje. Det skal understreges, at nærværende undersøgelse ikke har undersøgt, hverken hvilke type behandlinger de enkelte patienter får udført eller serviceniveau mht. ventetid på generel anæstesi eller andre kvalitative forhold, som kan påvirke udgiftsniveauet. Det kan dog igen vække bekymring, at kommunerne i Region Sjælland skiller sig markant ud og dette på trods af en meget lav dækningsgrad.

Det fremgår desuden af denne undersøgelse, at der er en usikkerhed i forhold til, hvilke typer af patientgrupper, der tilbydes specialtandpleje, og at det kan være geografisk afhængigt af, hvilken type af behandling der tilbydes de enkelte patienter. Dette kalder på en harmonisering af tilbuddet, således at det sikrer en vis sikkerhed for sammenhæng og kvalitet i tilbuddet.

Undersøgelsen viser en meget stor variation i tilbuddet om

specialtandpleje, hvad angår indhold, og en lav dækningsgrad, som varierer geografisk i et omfang, som ikke synes velbegrunderet. Den gennemførte undersøgelse kalder derfor på en revision af specialtandplejetilbuddet i samme omfang som den modernisering af omsorgstandplejen, der blev anbefalet i 2016 i Sundhedsstyrelsens Moderniseringsrapport (11). Moderniseringsrapporten medførte, at der fra regeringens side blev sat fokus på visitationen til tilbuddet, og at den faglige vejledning vedr. omsorgstandpleje blev revideret. En af de væsentligste anbefalinger i rapporten var at sammenlægge omsorgs- og specialtandplejetilbuddet. Hvis dette skal være realistisk, kalder det på, at specialtandplejetilbuddet gennemgås og revideres i samme omfang, som det er sket med omsorgstandplejen. Denne revision af specialtandplejen vil hensigtsmæssigt kunne ske i sammenhæng med den socialtandpleje, som er under etablering, og som øger fokus på tandplejetilbud til socialt dårligt stillede i Danmark.

Der foreligger aktuelt ingen indrapporterede sundhedsdata for specialtandplejepatienterne (eller omsorgstandplejepatienterne). Dette er en udfordring i forhold til at organisere og administrere opgaven i kommuner/regioner, men også en økonomisk udfordring, da det er uklart, hvad borgerne og kommunerne reelt får for de penge, der anvendes. ♦

ABSTRACT (ENGLISH)

SPECIAL CARE DENTISTRY IN DENMARK

The Danish legislation concerning dental care for the physical and mentally impaired – Special Care Dentistry – gives the municipalities the responsibility to organize the special care dentistry as they prefer.

With the aid of the Danish Health Authority a survey was mailed to all the municipalities in Denmark in the spring 2019 and all the municipalities responded. It was possible to identify nine different ways in which the municipalities organized their special care dentistry. Although it is up to the municipalities to choose which ever solution they prefer, there is no doubt that it does not contribute to clarity, especially for those care-holders and other stakeholders that are not within dentistry.

In 2002 it was anticipated that 31.000 citizens would fit the criteria of being a “Special Care Dentistry patient”. We were able to identify 16.489 Special Care Dentistry patients which is far from the anticipated number of patients. Furthermore, the survey shows significant geographical differences in how many citizens are included in the Special Care Dentistry. It has not been possible for us to identify the reasons for these significant differences.

The overall outcome of this survey on Special Care Dentistry in Denmark shows the need for a revised estimates of both the patient groups and to the standards appropriate to 2020 and the years to come.

LITTERATUR

1. SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET. Lovbekendtgørelse nr. 903. Sundheds- og Ældreministeriet, 2019.
2. SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET. Lovbekendtgørelse nr. 1658. Sundheds- og Ældreministeriet, 2017.
3. SUNDHEDSSTYRELSEN. Amtskommunale tandplejetilbud til personer med sindslidelser, psykisk udviklingshæmning m.fl. Sundhedsstyrelse, 1998.
4. SUNDHEDSSTYRELSEN. Model for en fremtidig tandsundhedspolitik – tik: redegørelse fra arbejdsgruppen vedrørende tandplejens fremtidige organisation (ATFO). Sundhedsstyrelsen, 1985. ▶

5. SUNDHEDSSTYRELSEN. Sundhedsstyrelsens retningslinjer for omfanget af og kravene til den kommunale og amtskommunale tandpleje. Sundhedsministeriet, 2001.
6. SUNDHEDSSTYRELSEN. Den kommunale tandpleje. Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje 2018. (Set 2020 marts). Tilgængelig fra: URL: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Vejledning-om-den-kommunale-tandpleje.aspx?la=da&hash=7E006AEF47EC9FC8F9F967992E0D65867430AFF>
7. Hede B, Bagger M. Upublicerede data præsenteret ved konference om specialtandpleje i Odense 2014.
8. Vigild M, Brinck J, Hede B. A one-year follow-up on an oral health care program for residents with severe behavioral disorders at special nursing homes in Denmark. Community Dent Health 1998;15:88-92.
9. Christensen LB, Hede B, Petersen PE. Public dental health care program for severely disabled persons in Denmark. Acta Odontol Scand 2005;63:278-83.
10. Hede B, Christensen LB. Omsorgstændepleje efter kommunalreformen. Tandlaegebladet 2012;116:890-7.
11. SUNDHEDSSTYRELSEN. Modernisering af omsorgstændeplejen. Anbefalinger for en styrket visitation, forebyggelse og behandling 2016. (Set 2020 marts). Tilgængelig fra: URL: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Modernisering-af-omsorgstændeplejen.aspx?la=da&hash=39900362CC9B821CAB4497AC90F869351F595467>
12. ESURVEY CREATOR. Surveys. (Set 2019 maj). Tilgængelig fra: URL: <https://www.esurveycreator.com/?url=survey>.
13. SUNDHEDSMINISTERIET. Forslag til Lov om ændring af lov om tandpleje m.v. (Amtstændepleje m.v.). Set (2020 marts). Tilgængelig fra: URL: <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/200012L00088>



Nyhed
**Danmarks
tandfaglige
vikarplatform**

Opret en gratis profil
på staffnow.dk

Klinikejer

Undgå patientaflysninger - få en vikar nu!

Som klinikejer kan du, med en profil på StaffNow, udbyde arbejdsopgaver og oprette jobopslag.

Får du fx. en sygemelding om aftenen, kan du via StaffNow have en vikar allerede næste morgen.

Du kan få en vikar til tiltrædelse ved akut opstået behov eller planlægge forud ved at søge vikarer til bl.a. ferieperioder.

- StaffNow matcher arbejdsopgaver med tilgængelige vikarer og gør det overskueligt at finde hurtigt assistance til klinikken.
- Slut med at ringe og skrive til traditionelle vikarbureauer indenfor den travle kliniktid. Med StaffNow kan du have en vikar med det samme.

StaffNow