

Odense, den 18. maj 2005

Kære Birthe Skaarup

**Jeg skriver til dig, fordi du er formand for sundhedsudvalget og fordi, Dansk Folkeparti ved gentagne lejligheder har udtrykt, at de små handicapgrupper har partiets bevågenhed.**

Jeg henvender mig som privatperson og er til daglig selvstændig arbejds- og organisationspsykolog. Mit arbejde består primært i rådgivning af offentlige virksomheder (såvel primærkommunale som amtslige), samt foredragsvirksomhed – bl.a. for patientforeninger. Min henvendelse er mine forskellige arbejdsgivere ganske ukendt.

**Emnet er den del af udkastet til den nye sundhedslov, der lægger den nuværende amtstandpleje sammen med omsorgstandplejen til en fremtidig specialtandpleje i kommunalt regi.**

Min interesse for emnet skyldes dels, at jeg har fået indsigt/interesse i emnet i forbindelse med løsningen af konsulentopgaver for amtstandplejen og dels haft dialog med/holdt foredrag for en række patientforeninger, der udtrykte stor usikkerhed mht. medlemmernes tandpleje efter kommunalreformen – og jeg kan godt forstå deres bekymring!

Jeg valgte at kigge lidt nærmere på emnet, og **min anbefaling til Dansk Folkeparti er, at I bestræber Jer på at overbevise regeringen om, at amtstandplejen (og evt. også omsorgstandplejen) bliver placeret i de fremtidige regioner.**

Amtstandplejen blev indført for godt 3 år siden – og skal vel ses som et forsøg på at sikre, at også vore svageste medborgere bliver omfattet af tandplejelovens formål:

*§ 1. Tandplejens mål er, at befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet.*

Amtstandplejens målgruppe er børn og voksne, der pga. nedsat funktionsevne ikke på tilfredsstillende vis kan anvende de alm. tilbud i børne- og ungdomstandplejen, sygesikringstandplejen og omsorgstandplejen. Der er først og fremmest tale om svært udviklingshæmmede og sindslidende samt personer, der er alvorligt handicappede pga. f.eks. Parkinsons sygdom, cerebral parese, autisme, sklerose, mm.

I alt skønnes ca. 23.000 personer at være omfattet af amtstandplejen. En meget stor del af disse kan kun behandles i fuld narkose, og behandlingerne er tit ret komplicerede – bl.a. fordi målgruppen ofte ikke kan styre proteser og derfor må have implantater.

Det kendetegner endvidere målgruppen, at langt de fleste af dem er ressourcetsvage og derfor heller ikke formår at gøre deres rettigheder gældende overfor de bevilgende myndigheder.

Efter en lidt træg start er amtstandplejen langt de fleste steder ved at komme rigtig godt i gang. På 3 år er det således lykkedes amtstandplejen at få fat i næsten halvdelen af målgruppen. Tilsvarende har omsorgstandplejen efter 11 år kun formået at tilbyde 1/3 af omsorgstandplejepatienterne behandling. *Se vedlagte tabeller bagest i henvendelsen.* Det er også værd at bemærke, at amterne udfører en del specialopgaver for den kommunale omsorgstandpleje. Det drejer sig primært om behandling i fuld narkose. I nogle amter er det op til 40 % af alle patienter, der kommer fra omsorgstandplejen. Det skal bemærkes, at disse patienter tæller med i kommunernes statistik – og ikke i amternes.

Nu skal – ifølge udkast til ny sundhedslov – amtstandplejen så lægges ud til kommunerne. Dermed flyttes de svageste patienter fra et system, der fungerer nogenlunde (og viser en stigende dækningsgrad) til et system, der fungerer dårligere (og viser en nedadgående tendens mht. dækningsgrad).

Jeg finder det uansvarligt at løbe risikoen for væsentlige forringelser for vore svageste medborgere ved udlægningen af amtstandplejen. Det fremtidige system vil (hvis loven vedtages i sin nuværende form) blive præget af kassetænkning, hvor de små kommuner (ud fra økonomiske overvejelser) bestiller et (begrænset) antal pladser hos større kommuner eller regioner på specialtandplejeområdet. Flerårige rammeaftaler sikrer, at det er de økonomiske prioriteringer og ikke patientbehovet, der bestemmer behandlingen.

Vi har faktisk allerede eksempler på den fremtidige model. I Vestsjællands amt har 24 kommuner indgået rammeaftaler med amtet om at behandle omsorgstandplejepatienter (da kommunerne ikke selv magter denne opgave). Kommunerne har forud defineret deres "behov", og en omsorgstandplejepatient kan først blive behandlet, når der bliver en plads ledig (når der er en, der dør). Det fremgår af vedlagte statistik, at kommunerne i Vestsjællands Amt hører til blandt de kommuner med den laveste dækningsgrad på omsorgstandplejeområdet. Jeg ser dette som en forsmag på, hvorledes den fremtidige specialtandpleje – baseret på rammeaftaler – kommer til at fungere.

Ved at nærlæse Danmarks Statistiks "Socialstatistik" kan man endvidere se, at der tegner sig et klart billede af omsorgstandplejen. De store kommuner klarer sig bedre end de mindre kommuner. Dårligst af alle klarer de såkaldte "praksiskommuner" sig. Praksiskommunerne har ikke selv kommunal tandpleje, men får opgaverne løst hos de privatpraktiserende tandlæger eller hos andre kommuner.

Konklusionen er,

- 1) der skal en væsentlig population til at drive en bæredygtig specialtandpleje
- 2) hvis finansieringsansvar og behandling skilles ad, bliver behandlingsfrekvensen lav

Sundhedsstyrelsen har lavet nogle beregninger over, hvor stort befolkningsgrundlaget skal være for at drive en bæredygtig amtstandpleje. Man er nået frem til et tal mellem 150.000 og 200.000. Da der på landsplan skønnes at være ca. 23.000 personer, der skal have tilbudt amtstandpleje, svarer det til, at der er 1 amtstandplejepatient pr. ca. 235 indbyggere (og for øvrigt 1 omsorgstandplejepatient pr. ca. 50 indbyggere).

Der er ligeledes foretaget beregninger, der viser, at et amtstandplejeteam kan behandle ca. 550 patienter årligt. Et omsorgstandplejeteam kan behandle ca. 700 patienter årligt. Forskellen afspejler forskellen i specialiseringsniveauet samt kravene til opsøgende arbejde i amtstandplejen.

En population på 150.000 – 200.000 vil have et skønnet antal amtstandplejepatienter på 640 – 850. Svarende til ca. 1½ amtstandlægeteam. Ideelt betragtet skal der dog være 2 teams (ca. 1.100 patienter og et befolkningsgrundlag på ca. 260.000) for at sikre bæredygtighed og vidensudveksling.

Ovenstående tal er baseret på en dækningsgrad på 100 %. Den nuværende amtstandpleje kan kun udvise en dækningsgrad på knap 50 % - hvilket i virkeligheden fordobler populationskravet til 520.000. Af samme grund har Viborg og Ringkøbing amter slået sig sammen om at løse amtstandplejen – tilsvarende for Storstrøm og Roskilde. På den led rammer Landsforeningen Evnesvages Vel plet, når de i deres høringssvar bl.a. skriver:

*Det kan på den ene side konstateres, at det er gået langsomt med udviklingen af amtstandplejen på trods af de ekstra ressourcer, der for få år siden blev tilført til området til udbygningen af amtstandplejen. For at opnå effektivitet er der i bl.a. tre amter lavet en fælles amtstandpleje til betjening af især mennesker med udviklingshæmning. Disse erfaringer tyder på, at grundlaget for en specialiseret amtstandpleje endda burde være større end de nuværende amter.*

LEV repræsenterer den største del af målgruppen for amtstandplejen.

Hvis amtstandplejen dækningsgrad ved udlægningen til kommunerne kommer ned på omsorgstandplejens dækningsniveau (ca. 33 %) vil det kræve et befolkningsgrundlag på 780.000 at sikre bæredygtigheden. Begynder det at lugte af regioner?

Der findes adskillige eksempler på, at mange kommuner hidtil har nedprioriteret behandlingen af vore svageste medborgere. Der findes f.eks. kommuner med mere end 10.000 indbyggere, der har mindre end 10 omsorgstandplejepatienter. Jeg har kontaktet klinikcheferne i nogle af disse kommuner for at høre, hvorfor de ikke havde flere borgere tilknyttet omsorgstandplejen. Alle har samstemmende sagt, at det skyldes politiske prioriteringer. Desværre er følgende presseklip heller ikke enestående:

#### Omsorgstandplejen i Haslund strammer kriterierne

Syv personer i Hashøj Kommune kan ikke få tandpleje gennem Omsorgstandplejen, fordi kommunen skal spare.

Ifølge Kurt A. Nielsen, der er formand for Arbejdsskadeforeningen i Hashøj Kommune, viser det, at det er de svage der rammes, når kommunerne gennemfører nedskæringer.

Sagen kommer frem som følge af en afvisning af en scleroseramt kvindes ansøgning til Omsorgstandplejen.

Hashøjs borgmester Troels Christensen (V) mener, at grænsen er trukket det rigtige sted. - Vi har foretaget en politisk prioritering, fastholder han.

*Sjællands Tidende 13.01.2004*

Hvis ansvaret for de svageste borgeres tandsundhed bliver lagt ud til kommunerne, frygter jeg, at man vil opleve en kraftig nedprioritering af de nuværende amtstandplejepatienter. Hvordan skal kommunerne kunne argumentere for, at 50 % af denne gruppe skal have behandling, når kun 33 %

af omsorgstandplejepatienterne får det? Der er vist (desværre) overvejende sandsynlighed for, at amtstandplejen bliver trukket ned på omsorgstandplejens niveau. Kan Dansk Folkeparti tage ansvar for det?

Fortalerne for amtstandplejens udlægning til kommunerne er få. KL, Tandlægenes Nye Landsforening (TNL) og overtandlægen i regionskommune København er vist de eneste – ud over regeringen og DF (?). Jeg har tidligere refereret LEV's høringssvar, og amtsrådsforeningens svar går også imod udlægningen. Sundhedsstyrelsen udtaler sig ikke politisk, men deres beregninger på området taler klart for en regional placering.

Tandlægenes egne "meningsdannere" er delte. TNL består næsten 100 % af kommunalt ansatte tandlæger, der gerne ser flere arbejdspladser i kommunen – og flere medlemmer i en forening, der med ca. 1.000 medlemmer i forvejen udfører en overlevelseskamp. Overtandlægen i København (der både er amt og kommune) er som den eneste amtstandlæge fortaler for udlægning til kommunen. Det er også den eneste mulighed han har for stadig at være chef for den samlede specialtandpleje. Dansk Tandlægeforening (DTF) har med sine ca. 6.000 – primært privatpraktiserende – medlemmer den stik modsatte holdning. DTF mener helt klart, at amtstandplejen skal placeres i regionerne. Man mener simpelt hen ikke, at kommunerne vil kunne klare opgaven. Dette er vel at mærke fra en organisation, der ikke har specielle politiske interesser i en placering det ene eller andet sted.

Det er i debatten blevet fremført, at nærhedsprincippet bedre tilgodeses ved at samle specialtandplejen i kommunerne. Det er noget vrøvl. Der vil være mindst lige så stor afstand mellem de behandlende enheder i kommunerne, som der vil være i regionerne. Det er altså befolkningsunderlaget – og ikke antallet af kommuner – der er afgørende. Hvis vi f.eks. tager udgangspunkt i Fyn, så vil Amtstandplejen i løbet af nogle få måneder have klinikker i både Nyborg og Odense. Hvis kommunerne skal overtage, er det vel kun realistisk at antage, at Odense kan klare opgaven. Vil Odense så etablere og drive klinikker rundt omkring på Fyn for at støtte nærhedsprincippet?

Endelig fremgår det også af lovudkastet, at regionerne er forpligtiget til at servicere de kommuner, der ikke selv kan klare specialtandplejeopgaven. Selvfølgelig kan amterne ikke have et specialtandlægeberedskab stående, hvis der ikke er klare aftaler om opgavemængden. Derfor opereres der da også med 1-3 årlige rammeaftaler. Man glemmer imidlertid, hvor stort befolkningsgrundlaget skal være for at drive en bæredygtig specialtandpleje. Hvis kommunerne vil lægge niveauet for den kommende specialtandpleje på niveau med den nuværende omsorgstandpleje, vil der kun være en amtstandplejepatient pr. ca. 700 indbyggere. En region skal således have aftaler i hus med kommuner med en samlet population på ca. 400.000 indbyggere bare for at kunne oprette 1 tandlægeteam – og aftaler med kommuner med i alt ca. 800.000 indbyggere, for at opnå en tilfredsstillende bæredygtighed (dvs. 2 tandlægeteams).

Man kan så indvende, at sammenlægningen af omsorgs- og amtstandplejen giver et bedre befolkningsgrundlag for at drive store, bæredygtige enheder. Her undervurderer man helt klart forskellene de 2 målgrupper imellem – inkl. specialiseringsgraden i behandlingen. Jeg gad nok se reaktionen fra de "normale" ældre patienter, der nu skal dele venteværelse og klinikker med alvorligt sindslidende og udviklingshæmmede patienter. Amtstandplejen på Fyn forsøgte i en periode at leje klinikplads hos den kommunale tandpleje i Odense. Dette gik man hurtigt bort fra, da patienterne fra den kommunale børne- og ungdomstandpleje følte sig usikre ved samværet med

amtstandplejepatienterne. På den baggrund har Fyns Amtsråd bevilget ny selvstændig amtstandplejeklinik i Odense (den åbner om 2 måneder).

Da kravene til en tandlæge i amtstandplejen anses for at være større end til en tandlæge i omsorgstandplejen, har de 2 grupper forskellige overenskomster. Ved en sammenlægning skal man enten operere med fortsat at have 2 overenskomster – eller ensrette kvalifikationskravene (og dermed aflønningen). Sandsynligvis vil man rette ind efter den nuværende overenskomst på omsorgstandplejeområdet, da den er billigst. Derved må man slække på specialiseringskravet og derved også på behandlingskvaliteten. Dette skal ses i lyset af, at der i dag er reel tandlægemangel – især hvad angår tandlæger med specielle kompetencer.

Kære Dansk Folkeparti. Vis nu, at I er de svage medborgeres advokater – og sørg for at den nuværende amtstandpleje bliver placeret i de kommende regioner – alt andet vil blive et administrativt ragnarok – og de svageste kommer til at betale prisen!

Tag gerne omsorgstandplejen med over i regionerne, så de ældre ikke længere skal spises af med et behandlingsniveau på 1/3 af det optimale.

Sørg for at placere såvel drift som finansieringsansvar i regionerne, så bevillingerne kan baseres på reelle behov (bloktilskud/kommunal medfinansiering) og ikke på de enkelte kommunalbestyrelses politisk/økonomisk prioriteringer. Historien viser nemlig, at dette ikke fungerer – og i realiteten handicapper vore mest handicappede medborgere yderligere.

Tak fordi du gav dig tid til at læse brev.

Venlig hilsen

Benny Kristensen  
Arbejds- og organisationspsykolog  
Dronningensgade 23  
5000 Odense C.

Tlf. 66 14 24 20

Mail: [benny.kristensen@post.tele.dk](mailto:benny.kristensen@post.tele.dk)

Bilag: 2 tabeller over omsorgstandplejens og amtstandplejens dækningsgrad.

**TABEL 1** Dækningsgrader på hhv. omsorgstandpleje og amtstandpleje

		OMSORGSTANDPLEJE 2004			AMTSTANDPLEJE 2005		
Område	Befolknings- andel i procent	Omsorgs- tandpleje ideelt	Omsorgs- tandpleje reelt	Dæknings- grad i procent	Amts- tandpleje ideelt	Amts- tandpleje reelt	Dæknings- grad i procent
<b>Hele landet</b>	<b>100 %</b>	<b>103.500</b>	<b>34.422</b>	<b>33,3 %</b>	<b>23.000</b>	<b>10.762</b>	<b>46,8 %</b>
København	9,3 %	9.626	3.400	35,3 %	2.139	1.520	71,5 %
Frederiksberg	1,7 %	1.760	688	39,1 %	391	50	11,0 %
Kbh. Amt	11,5 %	11.903	9.328	78,4 %	2.645	1.632	61,7 %
Fr.borg Amt	6,9 %	7.142	2.315	32,4 %	1.587	576	36,3 %
Roskilde Amt	4,4 %	4.544	916	20,2 %	1.012	81*)	8,0 %
Vestsj. Amt	5,6 %	5.796	1.411	24,3 %	1.288	824	64,0 %
Storstr. Amt	4,85 %	5.020	1.414	28,2 %	1.112	370	33,3 %
Bornholm	0,8 %	828	212	25,6 %	184	Ca. 60	35,3 %
Fyns Amt	8,8 %	9.108	2.155	23,7 %	2.024	800	39,5 %
Sønderj. Amt	4,7 %	4.865	1.570	32,3 %	1.081	275	25,4 %
Ribe Amt	4,16 %	4.306	833	19,1 %	957	Ca. 310	32,4 %
Vejle Amt	6,56 %	6.790	1.657	24,4 %	1.509	380	25,2 %
Ringk. Amt	5,1 %	5.279	1.262	23,9 %	Ringk/Vib. har fælles amtstandpleje		
Viborg Amt	4,36 %	4.513	929	20,6 %	2.176	2.050	94,2 %
Århus Amt	12,06 %	12.482	3.944	31,6 %	2.774	1.319	47,5 %
Nordj. Amt	9,2 %	9.522	2.388	25,1 %	2.116	515	24,3 %

- \*) Amtstandplejen i Roskilde Amt har kun eksisteret i 1 år. De øvrige amter i 2-3 år.
- Ribe Amt har endnu ikke etableret selvstændig amtstandpleje, men får opgaverne løst hos private tandlæger.
- Viborg og Ringkøbing amter har fælles amtstandpleje – og succes dermed!
- Tallene for den kommunale omsorgstandpleje i hhv. Vestsjællands og Roskilde amter er større end tallene fra Danmarks Statistik. Det skyldes, at 24 kommuner i de 2 amter, har valgt at lade amtstandplejen i Vestsjællands Amt udføre omsorgstandplejeopgaverne for dem, da kommunerne ikke selv magter denne opgave. Det drejer sig om ca. 1.000 omsorgstandplejepatienter, der altså ikke er medtaget i opgørelsen fra Danmarks Statistik. Tallene for amtstandplejen i Vestsjællands Amt indeholder ikke omsorgstandplejepatienter.
- For regionskommune Bornholm samt Ribe Amts er amtstandplejetallene baseret på oplysninger fra Amdsrådsforeningen. De øvrige tal er oplyst direkte fra de respektive amtstandplejeledere.

**Skønnet antal patienter:** *Kilde Maria Malling, Sundhedsstyrelsen*

Omsorgstandpleje totalt	100.000	Amtstandpleje totalt:	31.000
Yderligere visiteret fra amtstandplejen	3.500	visiteres til omsorgstandplejen	3.500
		Visiteres til sygesikringstandpl.	4.500
<b>I alt OMSORGSTANDPLEJE:</b>	<b>103.500</b>	<b>Rest AMTSTANDPLEJE:</b>	<b>23.000</b>

**TABEL 2** Dækningsgrader på hhv. omsorgstandpleje og amtstandpleje – med korrektion for ældreandel

Tabel, hvor ideal-tallene for omsorgstandplejen tager højde for de enkelte amters "ældre-andel", da omsorgstandplejen i stor udstrækning er knyttet til ældre medborgere.

Område	Ældre- andel i procent	OMSORGSTANDPLEJE 2004			AMTSTANDPLEJE 2005		
		Omsorgs- tandpleje ideelt	Omsorgs- tandpleje reelt	Dæknings- grad i procent	Amts- tandpleje ideelt	Amts- tandpleje reelt	Dæknings- grad i procent
<b>Hele landet</b>	<b>100 %</b>	<b>103.500</b>	<b>34.422</b>	<b>33,3 %</b>	<b>23.000</b>	<b>10.762</b>	<b>46,8 %</b>
København	7,5 %	7.763	3.400	43,8 %	2.139	1.520	71,5 %
Frederiksberg	2,2 %	2.277	688	30,2 %	391	50	11,0 %
Kbh. Amt	12,5 %	12.938	9.328	72,1 %	2.645	1.632	61,7 %
Fr.borg Amt	6,3 %	6.521	2.315	35,5 %	1.587	576	36,3 %
Roskilde Amt	3,2 %	3.312	916	27,7 %	1.012	81*)	8,0 %
Vestsj. Amt	5,6 %	5.796	1.411	24,3 %	1.288	824	64,0 %
Storstr. Amt	5,6 %	5.796	1.414	24,4 %	1.112	370	33,3 %
Bornholm	1,1 %	1.139	212	18,6 %	184	Ca. 60	35,3 %
Fyns Amt	9,2 %	9.520	2.155	22,6 %	2.024	800	39,5 %
Sønderj. Amt	5,2 %	5.382	1.570	29,2 %	1.081	275	25,4 %
Ribe Amt	4,3 %	4.451	833	18,7 %	957	Ca. 310	32,4 %
Vejle Amt	6,4 %	6.624	1.657	25,0 %	1.509	380	25,2 %
Ringk. Amt	5,0 %	5.175	1.262	24,4 %	Ringk/Vib. har fælles amtstandpleje		
Viborg Amt	4,6 %	4.761	929	19,7 %	2.176	2.050	94,2 %
Århus Amt	10,8 %	11.178	3.944	35,3 %	2.774	1.319	47,5 %
Nordj. Amt	10,0 %	10.350	2.388	23,1 %	2.116	515	24,3 %

Ældreandelen er beregnet på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik.

Beregningsgrundlaget baseres på antallet af 80-årige (af begge køn) i de enkelte områder pr. 1. januar 2005.

Selv om hovedparten af omsorgstandplejens målgruppe er ældre, skal det dog nævnes, at gruppen også omfatter bl.a. udviklingshæmmede og sindslidende, der kan nøjes med et mindre specialiseringsniveau end amtstandplejen.