



SUNDHEDSSTYRELSEN

Den kommunale tandpleje

VEJLEDNING OM OMFANGET AF OG KRAVENE TIL
DEN KOMMUNALE TANDPLEJE

2018

Den kommunale tandpleje - Vej- ledning om om- fanget af og kra- vene til den kommunale tandpleje

© Sundhedsstyrelsen, 2018.
Publikationen kan frit refereres med
tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 16.03.2018

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[måned] 2018.

Elektronisk ISBN: (Sundhedsstyrel-
sens forlagsnumre tildeles på fore-
spørgsel i Kommunikation)

Indhold

1	Introduktion	6
1.1	Baggrund og formål	6
1.2	Målsætning for den kommunale tandpleje	7
1.3	Læsevejledning	8
2	Koordination og administration af tilbud i den kommunale tandpleje	9
2.1	Koordinationsudvalg	9
2.2	Samarbejdsudvalg/koordinationsorganer	11
2.3	Befordringsgodtgørelse	11
2.4	Indberetning vedrørende den kommunale tandpleje	11
2.5	Videregivelse af patientjournaler	11
2.6	Patientens selvbestemmelse og informeret samtykke	12
2.6.1	Mindreårige	12
2.6.2	Varigt inhabile patienter	12
2.7	Klageadgang	12
3	Børne- og ungdomstandpleje	13
3.1	Personkreds og optagelse	13
3.2	Opgavevaretagelse og kompetencer	14
3.3	Organisation og opgaver	15
3.3.1	Klinikkommuner	15
3.3.2	Praksiskommuner	15
3.4	Valg af tandplejetilbud	17
3.4.1	Valg af privat tandlægepraksis	18
3.4.2	Valg af anden kommunes offentlige tandklinik	20
3.4.3	Tandpleje for unge på 16 og 17 år	21
3.4.4	Tilkøb af ekstraydelser	22
3.4.5	Ansvarsfordeling i relation til fritvalgsordningerne	23
3.5	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	25
3.6	Tandplejens indhold	25
3.6.1	Forebyggelse og sundhedsfremme	26
3.6.2	Undersøgelse	26
3.6.3	Behandling	27
3.6.4	Tandregulering	27
3.6.5	Patienter henvist til regionstandplejen	29
3.6.6	Kosmetisk behandling	29
3.6.7	Nødbehandling og tandskader	30

3.6.8	Behandling i generel anæstesi	30
3.6.9	Færdiggørelse af behandling	31
4	Omsorgstandpleje	33
4.1	Personkreds	33
4.2	Visitation	34
4.3	Opgavevaretagelse og kompetencer	35
4.4	Organisation og opgaver	36
4.4.1	Kommunalbestyrelsens årlige redegørelse og indgåelse af rammeaftale med regionsrådet	36
4.5	Valg af tandplejetilbud	36
4.6	Inddragelse af patienter og pårørende	36
4.7	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	37
4.8	Tandplejens indhold	37
4.8.1	Forebyggelse og sundhedsfremme	38
4.8.2	Undersøgelse	39
4.8.3	Behandling	39
4.8.4	Behandling i generel anæstesi	40
4.8.5	Færdiggørelse af behandling	40
5	Specialtandpleje	41
5.1	Personkreds	41
5.2	Henvielse og visitation	41
5.3	Opgavevaretagelse og kompetencer	42
5.4	Organisation og opgaver	42
5.4.1	Varetagelse af behandlingsopgaver uden for kommunens egne klinikker	43
5.4.2	Kommunalbestyrelsens årlige redegørelse	44
5.4.3	Rammeaftale mellem regionsråd og kommunalbestyrelse	44
5.4.4	Bopælskommune og opholdskommune	44
5.5	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	45
5.6	Tandplejens indhold	46
5.6.1	Forebyggelse og sundhedsfremme	47
5.6.2	Undersøgelse	47
5.6.3	Behandling	47
5.6.4	Behandling i generel anæstesi	48
5.6.5	Færdiggørelse af behandling	48
6	Tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 135	49
6.1	Personkreds	49
6.2	Indhold	49
	Bilagsfortegnelse	51

Bilag 1 Kildeliste	52
Bilag 2 Kommissorium for arbejdsgruppe	54
Bilag 3 Medlemsliste for arbejdsgruppe	57

HØRINGSUDKAST

1 Introduktion

Denne vejledning vedrører omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje. Den kommunale tandpleje består af *børne- og ungdomstandpleje*, der er målrettet alle børn og unge under 18 år, *omsorgstandpleje*, der ydes til borgere, som, grundet nedsat funktionsevne og begrænset egenomsorg, ikke kan benytte det almindelige tandplejetilbud i praksistandplejen, samt *specialtandpleje*, der er et specialiseret tilbud målrettet sindslidende, udviklingshæmmede m.v. der ikke kan benytte de øvrige tilbud i den kommunale tandpleje og praksistandplejen. Endelig har den kommunale tandpleje ansvar for administration af *tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 135*, der vedrører økonomisk støtte fra kommunen til tandproteser som følge af ulykkesbetingede skader og skader som følge af epileptisk anfald.

1.1 Baggrund og formål

De lovmæssige rammer for den kommunale tandpleje er fastsat i medfør af sundhedsloven og bekendtgørelse om tandpleje (tandplejebekendtgørelsen). I henhold til tandplejebekendtgørelsen (§ 31) fastsætter Sundhedsstyrelsen retningslinjer for omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje. Sundhedsstyrelsen udgav senest retningslinjer for den kommunale tandpleje i 2006.

Der er siden 2006 sket ændringer i lovreguleringen af den kommunale tandpleje, senest med genindførelse af regler for frit valg i den kommunale tandpleje pr. 1. januar 2018, ligesom der er sket en faglig og organisatorisk udvikling på tandplejeområdet og i det øvrige sundhedsvæsen, som gør det relevant at opdatere den gældende vejledning. Blandt andet har Sundhedsstyrelsen i 2016 udarbejdet en rapport vedrørende modernisering af omsorgstandplejen med anbefalinger til, hvordan kommunerne kan styrke tilbuddet om omsorgstandpleje for målgruppen af borgere.

Denne vejledning har til formål at fastsætte opdaterede retningslinjer for omfanget af og kravene til de kommunale tandplejetilbud og tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 135. Vejledningen skal betragtes som en række faglige og administrative bidrag vedrørende udførelsen af de aktiviteter, der er omfattet af loven.

Vejledningen træder i kraft den [x. maj 2018] og erstatter *Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje* (2006), som opdeles i to nye vejledninger:

- 1) Den kommunale tandpleje (børne- og ungdomstandpleje, omsorgstandpleje og specialtandpleje samt tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 135)
- 2) Den regionale tandpleje (regionstandpleje og odontologisk landsdels- og videnscenter samt tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 166)

I forbindelse med opdatering af vejledningen om den kommunale tandpleje har Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe, der har haft til opgave at rådgive Sundhedsstyrelsen i forbindelse med opdatering af vejledningen. En liste over repræsentanter i arbejdsgruppen findes i bilag 1 (Kommissorium for arbejdsgruppen).

Tandplejebekendtgørelsens § 34 omhandler personer, der ikke har bopæl her i landet, men som har ret til tandpleje i Danmark i medfør af EU-retten eller internationale aftaler. Vejledningen indeholder ikke retningslinjer for denne del af tandplejebekendtgørelsen, der forvaltningsmæs-

sigt hører ind under Styrelsen for Patientsikkerheds afdeling for Patientrettigheder og International Sygesikring.

Der er i vejledningen medtaget korte orienterende afsnit, som omhandler videregivelse af journaler i henhold til autorisationsloven, patienters medbestemmelse og informeret samtykke i henhold til afsnit III i sundhedsloven samt klageadgang i relation til den kommunale tandpleje. Disse afsnit er udarbejdet i samråd med Styrelsen for Patientsikkerhed, som forvaltningsmæssigt varetager disse områder.

I vejledningen er der videre medtaget forhold omkring ret til frit valg af tandpleje og økonomiske afgrænsninger i henhold til bekendtgørelse om tandpleje, idet disse ikke er beskrevet andetsteds i regelsæt fra de centrale sundhedsmyndigheder. Disse forhold er beskrevet i denne vejlednings afsnit 3.4 (børne- og ungdomstandplejen) og 4.5 (omsorgstandplejen). Afsnittene om ret til frit valg af tandpleje er udarbejdet i samråd med Sundheds- og Ældreministeriet, der forvalter og vejleder om alle forhold vedrørende fritvalgsordningen i henhold til sundhedslovens bestemmelser om tandpleje samt bekendtgørelse om tandpleje.

I opdateringen af vejledningen har Sundhedsstyrelsen lagt vægt på, at vejledningen fremstår aktuell, både fagligt og lovgivningsmæssigt, og at vejledningen opleves som tilgængelig, gennemskuelig og anvendelig for målgruppen, som primært er administrative og faglige medarbejdere i den kommunale tandpleje samt de personalegrupper, der er i kontakt med målgrupperne for tilbud i den kommunale tandpleje, herunder personale i ældreplejen, på kommunale og regionale bosteder, sundhedsplejen, i psykiatrien og på sygehuse samt i de øvrige tandplejetilbud i praksissektor og region.

1.2 Målsætning for den kommunale tandpleje

Den kommunale tandpleje er reguleret i henhold til sundhedsloven og følger dermed den overordnede målsætning for sundhedsvæsenet, der fremgår af sundhedslovens § 1: ”Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.” Herunder skal den kommunale tandpleje, jf. sundhedslovens § 2, sikre let og lige adgang til tandplejetilbuddene, behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelserne, valgfrihed, let adgang til information, et gennemsigtigt tandplejetilbud og kort ventetid til behandling.

For den kommunale tandpleje betyder det, at tandplejen har som mål at fremme oral sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning i tænder, mund og kæber for borgere i den kommunale tandpleje. Dette opnås blandt andet ved, at den kommunale tandpleje søger at fremme god hjemmetandpleje, blandt andet gennem informationsindsatser og sundhedspædagogiske indsatser, og stiller et sammenhængende tilbud om sundhedsfremme, forebyggelse og behandling til rådighed med henblik på, at borgerne kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet.

Den kommunale tandpleje, offentlige myndigheder og den enkelte borger samt evt. pårørende, værge eller forældre har et fælles ansvar for at leve op til den overordnede målsætning for den kommunale tandpleje. Derfor er det væsentligt, at borgerne inddrages aktivt i at tage vare på egen tand- og mundsundhed og efter anbefaling deltager i de kommunale tandplejetilbud, og at

kommunen stiller information om muligheder for behandling mv. i tandplejen til rådighed for de berørte borgere.

Endelig er det en målsætning, at patienter, som modtager ydelser i den kommunale tandpleje, tilbydes et sammenhængende og koordineret forløb, og at tandpleje indgår som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. Det indebærer, at den kommunale tandpleje har et tæt samarbejde med andre dele af tandplejen, herunder regionstandplejen, de odontologiske landsdels- og videnscentre, de tand-, mund- og kæbekirurgiske sygehusafdelinger samt praksistandplejen. Herudover bør der være et tæt samarbejde med øvrige kommunale sundhedstilbud og relevante tilbud efter sociallovgivningen.

En sammenhængende og koordineret tandfaglig indsats skal desuden understøtte, at den kommunale tandpleje er organiseret, så patienterne modtager ydelser på det organisatorisk Laveste, Effektive Omkostningsniveau (LEON-princippet) under hensyntagen til, at tandplejen leveres på et fagligt forsvarligt niveau.

1.3 Læsevejledning

Vejledningen indledes med et fælles kapitel om administration og koordination af tilbud i den kommunale tandpleje (*kapitel 2*). I dette kapitel beskrives bl.a. koordinationsudvalgets rolle i den overordnede koordination og sikring af samarbejde på tværs af tilbud og sektorer om patienter i den kommunale tandpleje.

Herefter følger kapitler om de enkelte tandplejetilbud, henholdsvis børne- og ungdomstandpleje (*kapitel 3*), omsorgstandpleje (*kapitel 4*) og specialtandpleje (*kapitel 5*) vedrørende personkreds og visitation, organisation, opgaver og samarbejde samt tandplejetilbuddets indhold. *Kapitel 6* omhandler tilskudsordningen til ulykkesbetingede tandskader efter sundhedslovens § 135.

Det vil så vidt muligt fremgå af vejledningen, hvornår der er tale om opgaver og praksis, som kommunerne i henhold til gældende lovgivning har pligt til at følge og udføre (*skal*-opgaver), hvornår der er en faglig anbefaling fra Sundhedsstyrelsen baseret på viden eller faglig enighed om bedste praksis (*bør*-opgaver), og endelig hvornår der er tale om en praksis eller opgave, som Sundhedsstyrelsen finder, at kommunerne med fordel kan følge eller vælge at udføre (*kan*-opgaver). Denne skelnen søges tydeliggjort i vejledningen gennem henvisning til love, regler og vejledninger og gennem bevist sprogbrug, hvor det vil fremgå, i hvilke tilfælde der er tale om en anbefaling. De kilder, som vejledningen er baseret på, herunder gældende lovgivning, fremgår af bilag 1.

2 Koordination og administration af tilbud i den kommunale tandpleje

2.1 Koordinationsudvalg

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal sammen sikre en koordination af den kommunale tandpleje, den regionale tandpleje og tandplejen i privat praksis, jf. § 27, stk. 1, i tandplejebekendtgørelsen.

Den overordnede koordination af den kommunale tandpleje, den regionale tandpleje og praksistandplejen foregår i regi af koordinationsudvalget, der, jf. tandplejebekendtgørelsens § 27, stk. 2, nedsættes af regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen samt repræsentanter for praksistandplejen.

Udvalget sammensættes, så det repræsenterer de forskellige interesser, der er på tandplejeområdet i den enkelte region. Koordinationsudvalget består af repræsentanter fra den kommunale tandpleje, den regionale tandpleje og praksistandplejen. Der skal fra såvel region som kommuner være repræsentation af personer med både administrativ og tandfaglig baggrund og af mindst én repræsentant fra praksistandplejen, jf. § 27, stk. 2, i tandplejebekendtgørelsen.

Koordinationsudvalget vælger sin formand blandt den regionale tandplejes repræsentanter i udvalget, og regionen sekretariatsbetjener koordinationsudvalget. Koordinationsudvalget skal afholde mindst fire møder om året. Der er referatpligt ved møderne, som påhviler regionen. Referatet skal efter mødet offentliggøres på regionens hjemmeside. Funktionsperioden for udvalgets medlemmer følger kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiode.

Det fremgår af tandplejebekendtgørelsens § 27, stk. 7, at koordinationsudvalget blandt andet har følgende opgaver:

1. At sikre en hensigtsmæssig sammenhæng og koordinering mellem den kommunale tandpleje, praksistandplejen og den regionale tandpleje.
2. At sikre, at der etableres effektive overførselsprocedurer mellem børne- og ungdomstandplejen, omsorgstandplejen og praksistandplejen samt medvirke til at fastholde de unge og ældre med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, i en regelmæssig tandplejeadfærd.
3. At sikre, at der er udarbejdet aftaler mellem kommunerne i regionen og regionen om behandling af patienter, der tilhører den kommunale tandpleje, men som får behov for at få udført behandling i generel anæstesi i sygehusregi.
4. At sikre, at der etableres vagtordninger i det geografiske område, regionen dækker, til ydelse af fornøden tandlægehjælp uden for sædvanlig behandlingstid.

Koordinationsudvalget skal sikre den overordnede koordination og sammenhæng i tilbud på tandplejeområdet. Det betyder efter Sundhedsstyrelsens vurdering, at såvel den løbende udvikling af samarbejde og koordination på tandplejeområdet, som koordination af enkelte patientgruppers behandling, bør ske i regi af koordinationsudvalget eller tilhørende underudvalg og samarbejdsudvalg.

Dette indebærer blandt andet, at koordinationsudvalget skal sikre smidige overførselsprocedurer af patienter mellem den kommunale tandpleje, den regionale tandpleje og praksistandplejen. Koordinationsudvalget skal her sikre, at der etableres effektive overførselsprocedurer mellem den kommunale børne- og ungdomstandpleje og praksistandplejen og dermed medvirke til at fastholde de unge i en regelmæssig tandplejeadfærd efter det fyldte 18. år og hindre unges drop out af tandplejen.

Endvidere bør udvalget sikre, at der udarbejdes procedurer, som kan bidrage til, at ældre borgere, der grundet nedsat funktionsevne ikke kan gøre brug af praksistandplejen, og som ønsker at modtage omsorgstænder, henvises rettidigt til visitation til omsorgstænder, og inden at der opstår ny sygdomsudvikling i tænder, mund og kæber som følge af funktionsnedsættelse og drop out af tandplejen.

Koordinationsudvalget bør udarbejde en overførselsblanket fra den kommunale tandpleje til praksistandplejen, der indeholder relevante oplysninger om den unges aktuelle tandstatus, tand sygdom under observation og tidligere udførte behandlinger med henblik på at sikre sammenhæng i patientforløb og høj kvalitet i behandlingen. Erfaringen viser, at praktiserende tandlæger, ved modtagelse af patienter fra den kommunale tandpleje, vanskeligt kan danne sig et overblik over patientens tandstatus ved gennemgang af tidligere journalnotater. Dette har særlig betydning ved nonoperativ cariesbehandling.

Koordinationsudvalget bør tage initiativer, således at elektroniske henvisnings- eller overførselssystemer faciliterer overførselsprocedurer fra den kommunale tandpleje til praksistandplejen.

Det fremgår af tandplejebekendtgørelsen, at koordinationsudvalget skal sikre, at der indgås samarbejdsaftaler om de patienter i den kommunale tandpleje, som skal have udført tandbehandling i generel anæstesi i sygehusregi.

Der er her tale om to tilfælde:

1. Tandbehandling, hvor behandlingen og finansieringen heraf hører ind under det kommunale tandplejetilbud, men hvor en speciallæge i anæstesiologi individuelt har vurderet, at anæstesen i henhold til gældende regler, sundhedsfaglig vurdering og patientens sikkerhed skal forgå i sygehusregi.
2. Tandbehandling, hvor behandlingen udføres i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning for tand-, mund- og kæbekirurgi.

Koordinationsudvalget bør sikre, at hver kommune har indgået samarbejdsaftale med et eller flere sygehuse om de patienter i den kommunale tandpleje, der skal have udført tandbehandling i generel anæstesi i sygehusregi. Denne aftale skal indeholde en beskrivelse af, hvem der aktuelt skal udføre tandbehandlingen, det vil sige, om det er tandlæger ansat i den kommunale tandpleje eller en tandlæge, der er ansat på en tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling.

Koordinationsudvalget skal endvidere sikre, at der for personer omfattet af børne- og ungdomstænder, omsorgstænder, specialtænder, regionstænder og praksistænder etableres vagtordninger i regionens geografiske områder til ydelse af fornøden tandlægehjælp uden for sædvanlig behandlingstid.

2.2 Samarbejdsudvalg/koordinationsorganer

Koordinationsudvalget kan nedsætte samarbejdsudvalg/koordinationsorganer svarende til de enkelte funktionsområder med henblik på varetagelse af det løbende, daglige samarbejde og koordinationen på de enkelte funktionsområder, jf. § 27, stk. 9 i bekendtgørelse om tandpleje. Koordinationsudvalget fastsætter nærmere lokale retningslinjer for samarbejdsudvalgenes arbejde og beslutningskompetence.

2.3 Befordringsgodtgørelse

Der er ikke i sundhedsloven fastsat regler vedrørende befordringsgodtgørelse i relation til den kommunale tandpleje.

2.4 Indberetning vedrørende den kommunale tandpleje

I henhold til sundhedslovens § 195 påhviler det regionsråd, kommunalbestyrelser, praktiserende sundhedspersoner og de private personer eller institutioner, der driver sygehuse m.v., at give oplysning om virksomheden til de centrale sundhedsmyndigheder m.fl. efter nærmere regler fastsat af sundheds- og ældreministeren.

For tandplejen er sådanne regler fastsat i tandplejebekendtgørelsens § 32, hvoraf det fremgår, at Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om kommunernes og regionernes indberetning om sundhedsforhold og ressourceforbrug i den kommunale og regionale tandpleje. Indberetningerne skal danne grundlag for den løbende planlægning og evaluering af tandplejens omfang og organisation.

Den kommunale tandpleje og de praktiserende tandlæger, som behandler børn, der er omfattet af den kommunale børne- og ungdomstandpleje, afgiver årligt indberetning om tandsygdommenes forekomst til Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register, SCOR, ved Sundhedsdatastyrelsen. Videre indsender kommunerne en årlig indberetning om den kommunale tandplejes ressourceforbrug til Danmarks Statistik som led i den sociale ressourcetælling, blanket 77.

Regler for indberetning udsendes særskilt og findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside¹.

2.5 Videregivelse af patientjournaler

Når en patient overgår til behandling hos en anden tandlæge, tandplejer eller autoriseret klinisk tandtekniker, bør sammenhængen i behandlingen sikres ved, at nødvendige helbredsoplysninger, videregives til den nye sundhedsperson. Videregivelse af patientjournaler forudsætter samtykke fra enten patienten, forældremyndighedens indehaver eller værge.

Patientjournalen kan i sin helhed kun videregives til en sundhedsperson inden for samme faggruppe.

Regler vedrørende patientjournaler findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside (www.stps.dk).

¹ http://www.sst.dk/publ/publ1999/indb_tandpleje/index.html

2.6 Patientens selvbestemmelse og informeret samtykke

De generelle regler for patienters selvbestemmelse, medinddragelse i beslutninger og informeret samtykke til behandling fremgår af sundhedslovens kapitel 5.

En patient bestemmer selv, om han/hun vil behandles. Derfor skal tandlægen/tandplejeren/den kliniske tandtekniker altid informere om, hvilke muligheder der er for behandling. En patient kan imidlertid ikke stille krav om en bestemt behandling.

Patienten har som grundlag for sin selvbestemmelse ret til at få information om sin helbredstilstand, om behandlingsmulighederne og om risiko for komplikationer og bivirkninger. Patienten skal også have information om konsekvenserne af, at der ikke bliver iværksat behandling.

Et samtykke til behandling kan være både mundtligt og skriftligt, og samtykke til eller afslag på et behandlingstilbud skal altid journalføres. Det er tandlægens/tandplejerens/den autoriserede kliniske tandteknikers ansvar at sikre, at informationen er fyldestgørende. Er der den mindste tvivl om, at patienten har tilstrækkelig viden om en behandling og dens konsekvenser, skal patienten have yderligere oplysninger. Patienten kan til enhver tid trække sit samtykke tilbage.

2.6.1 Mindreårige

De nærmere regler for informeret samtykke til behandling af børn og unge fremgår af bekendtgørelse om samtykke og behandling af børn og unge ved den kommunale tandpleje og sundhedsplejerske. Herudover henvises til Styrelsen for Patientsikkerhed.

2.6.2 Varigt inhabile patienter

I omsorgstandplejen og i specialtandplejen er der patienter, som varigt mangler evnen til at give informeret samtykke. Behandling af varigt inhabile patienter reguleres af sundhedsloven, og gældende regler og vejledninger om dette findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.

2.6.2.1 Anvendelse af tvang ved somatisk behandling i den kommunale tandpleje

Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile giver mulighed for anvendelse af tvang ved behandling i den kommunale tandpleje, hvis de betingelser for tvangsbehandling, der fremgår af loven, er opfyldt.

Regler for anvendelse af tvang ved somatisk behandling findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside, hvor der også findes en særlig vejledning for tandlæger.

2.7 Klageadgang

Sundhedsloven indeholder ikke særlige regler vedrørende klageadgang på tandplejeområdet. Ydelser givet i henhold til sundhedsloven på tandplejeområdet betragtes som en del af sundhedsvæsenets tilbud, og klageadgangen kan dermed paralleliseres hermed.

Mere information om muligheder for at klage over behandling ydet efter sundhedsloven, herunder behandling ydet i den kommunale tandpleje, fås på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.

3 Børne- og ungdomstandpleje

3.1 Personkreds og optagelse

Den forebyggende og behandlende børne- og ungdomstandpleje omfatter alle børn og unge under 18 år, der er tilmeldt folkeregistret i kommunen, jf. tandplejebekendtgørelsens § 1. Børne- og ungdomstandplejen er vederlagsfri og et samlet tandplejetilbud, der består af de elementer, der udgør tandplejens indhold (afsnit 3.6).

Optagelse i den kommunale tandpleje sker automatisk ved barnets fødsel og forudsætter ikke tilmelding. Ved barnets optagelse i den kommunale tandpleje orienterer kommunen forældremyndighedens indehaver om, hvorledes kommunen har tilrettelagt sit tandplejetilbud. I denne forbindelse har kommunen pligt til at oplyse om de valgmuligheder, der foreligger inden for børne- og ungdomstandplejen, herunder om regler for frit valg for børn og unge under 15 år, særlige regler for de 16-17 årige, regler for skift af behandler, egenbetaling og færdiggørelse af påbegyndte behandlinger. Videre skal der informeres om patientrettigheder, herunder regler om informeret samtykke samt aktindsigt i og videregivelse af journaler.

Kommunen har en tilsvarende informationspligt over for de børn og unge, der allerede deltager i den kommunale tandpleje, samt deres forældre. Informationspligten omfatter endvidere de børn og unge, der flytter til kommunen, samt de børn og unge, der tidligere har været udmeldt af den kommunale tandpleje. Målsætningen er at gøre det muligt for barnet/den unge og forældrene at træffe et valg på et informeret grundlag og kende sine rettigheder i den kommunale tandpleje.

Udeblivelser kan ikke medføre, at et barn/en ung udelukkes fra børne- og ungdomstandplejen.

Udmeldelse kan kun ske skriftligt af forældremyndighedsindehaveren, og da kun for det samlede tandplejetilbud, dvs. samtlige elementer i tilbuddets indhold (se afsnit 3.6). Udmeldelse indebærer, at kommunen ikke længere yder et vederlagsfrit tandplejetilbud eller yder tilskud til barnets/den unges tandpleje. Når børn under 16 år, der ønsker et andet behandlingstilbud end det, kommunen vederlagsfrit stiller til rådighed, vælger at modtage kommunal tandpleje i privat tandlægepraksis efter eget valg, eller ved en anden kommunes tandklinik, er der således ikke tale om udmeldelse af børne- og ungdomstandplejen.

Hvis forældremyndighedsindehaveren vælger at udmelde barnet/den unge fra den kommunale tandpleje, overtager forældremyndighedsindehaveren ansvaret for, at barnet får stillet et andet tandplejetilbud til rådighed med henblik på at opfylde omsorgspligten for barnet. Ved udmeldelsen bør den kommunale tandpleje informere forældremyndighedsindehaveren herom.

Når børn og unge under 18 år ønsker et andet tandplejetilbud end det, kommunen vederlagsfrit stiller til rådighed, dvs. vælger at modtage tandpleje i privat tandlægepraksis efter eget valg eller ved en anden kommunes tandklinik, er der ikke tale om udmeldelse af den kommunale børne- og ungdomstandpleje.

I visse situationer er det ud fra en tandlægefaglig vurdering hensigtsmæssigt at tilbyde et barn/en ung vederlagsfri børne- og ungdomstandpleje i en anden kommune end bopælskommunen. Formålet er at sikre barnet/den unge et sammenhængende tandplejetilbud i situationer, hvor såvel bopælskommunen som behandlerkommunen finder det fagligt nødvendigt. Det kan fx dreje sig om børn/unge med cystisk fibrose, hvor det kan være nødvendigt at have særligt udstyr el-

ler faciliteter i tandklinikken for at gennemføre tandplejen, og hvor bopælskommunen ikke selv har en klinik med det fornødne udstyr eller faciliteter.

Hvis det besluttes, at en anden kommune end bopælskommunen yder tandpleje til barnet/den unge, kan den anden kommune efter aftale med bopælskommunen afkræve denne refusion for de hermed forbundne udgifter, jf. § 1, stk. 3, i tandplejebekendtgørelsen. Det er op til kommunerne selv at træffe aftale om omfanget af refusion. Behandlerkommunens tandplejetilbud vil i sådanne tilfælde svare til det tilbud, der i øvrigt gives børn og unge med bopæl i kommunen. Med en sådan aftale flyttes ansvaret for at yde børne- og ungdomstandpleje fra bopælskommunen til behandlerkommunen. Samtidig ophører barnets/den unges mulighed for at modtage tandpleje i bopælskommunen. Der vil med en sådan ordning ikke være tale om en fritvalgssituation, jf. reglerne i bekendtgørelsens §§ 4-6, hvorfor reglerne om egenbetaling heller ikke finder anvendelse. Unge på 16 og 17 år vil dog altid kunne vælge at modtage vederlagsfri tandpleje i privat praksis efter eget valg, jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 3.

For børn og unge under 18 år, der har ophold på døgninstitutioner omfattet af servicelovens § 66, stk. 1, nr. 6, kan kommunen tilvejebringe tilbud om børne- og ungdomstandpleje på egne klinikker eller ved at indgå aftale herom med den kommune, hvor institutionen er beliggende, jf. tandplejebekendtgørelsens § 1, stk. 5.

For børn og unge med ophold på døgninstitutioner er det ofte tilfældet, at bopælskommunen geografisk set er beliggende langt væk fra institutionen. Da der kan opstå behov for akut og hurtig behandling, anbefales det, at det er den kommune, hvor institutionen er beliggende, der varetager børne- og ungdomstandplejen for de pågældende børn og unge. Vælger bopælskommunen at overlade udførelsen af opgaven til den kommune, hvor institutionen er beliggende, er denne i henhold til § 1, stk. 6, i bekendtgørelsen, forpligtet til, efter nærmere aftale med bopælskommunen, at stille behandlingstilbud til rådighed. De med tandplejen forbundne udgifter afholdes af bopælskommunen.

Nogle børn på døgninstitutioner vil, på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, have behov for et specialiseret tandplejetilbud, der ikke kan tilbydes i børne- og ungdomstandplejen. Disse børn skal visiteres til behandling i specialtandplejen, regionstandplejen eller ved et af de odontologiske landsdels- og videnscentre, jf. § 1, stk. 7, i tandplejebekendtgørelsen. De hermed forbundne udgifter påhviler bopælskommunen.

Et barn eller en ung anbragt i en plejefamilie, der bor i en anden kommune end forældremyndighedsindehaverens opholdskommune, skal være registreret i folkeregisteret i den kommune, hvor barnet er anbragt, dvs. hos plejefamilien. Det betyder, at det i henhold til § 1, stk. 1, i tandplejebekendtgørelsen er den kommune, hvor plejefamilien og dermed også det anbragte barn har folkeregisteradresse, der har pligt til at stille børne- og ungdomstandpleje til rådighed for barnet/den unge.

3.2 Opgavevaretagelse og kompetencer

Det anbefales, at børne- og ungdomstandplejen gør brug af en bredt sammensat personalegruppe med kompetencer til at levere de forskelligartede elementer i tandplejens indhold til målgruppen, fra sundhedsfremme og forebyggelse til almen tandbehandling og tandreguleringsbehandling.

Børne- og ungdomstandplejen bør endvidere tilrettelægges, så der sker en effektiv og fleksibel ressourceudnyttelse, både personalemæssigt, lokalemæssigt og økonomisk. Som anbefalet i Sundhedsstyrelsens prognoserapport (2010) bør det i videst mulige omfang tilstræbes, at arbejdsopgaver, der kan varetages af andet tandplejepersonale end tandlæger, uddelegeres eller videregives. I forhold til at sikre den nødvendige kapacitet, vil det således være hensigtsmæssigt, at tandlæger yder en mindre del af de lavteknologiske og forebyggende behandlingsydelser.

Der skal her gøres opmærksom på regler vedrørende uddelegering af opgaver, der findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.

I prognoserapporten anbefales også, at den kommunale tandpleje i undersøgelser validerer teamsammensætninger i tandplejen som fx anført i Sundhedsstyrelsens Strukturrapport (2004).

3.3 Organisation og opgaver

Kommunen kan i henhold til § 3 i tandplejebekendtgørelsen beslutte at tilbyde børne- og ungdomstandpleje på offentlige klinikker (*klinikkommuner*), hos praktiserende tandlæger, der har indgået aftale med kommunen (*praksiskommuner*), eller ved en kombination af disse ordninger. Reglerne for omfanget af og kravene til børne- og ungdomstandplejen er de samme, uanset om tandplejen ydes på offentlig klinik eller hos praktiserende tandlæge.

3.3.1 Klinikkommuner

Hvis kommunen beslutter at tilrettelægge børne- og ungdomstandpleje på offentligt ejede klinikker, forudsættes kommunen at træffe de foranstaltninger, der sikrer det nødvendige organisatoriske grundlag for den kommunale tandplejes funktionsdygtighed, patienternes sikkerhed og kvaliteten af det sundhedsfaglige arbejde. Det er således karakteristisk, at der i den kommunale tandpleje etableres en entydig sundhedsfaglig ledelse i form af en overtandlæge, som er overordnet ansvarlig for den sundhedsfaglige virksomhed og patientsikkerheden, hvilket indebærer at påse, at sundhedslovgivningen overholdes.

En overtandlæges overordnede ansvar for den kommunale tandpleje kan sidestilles med det overordnede ansvar for en virksomhedsansvarlig tandlæge på private sygehuse og klinikker, jf. vejledning om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger.

3.3.2 Praksiskommuner

I kommuner, hvor den vederlagsfri kommunale tandpleje tilbydes hos praktiserende tandlæger, skal kommunen indgå en aftale med en virksomhedsansvarlig tandlæge i den enkelte praksis, om varetagelse af børne- og ungdomstandpleje. Bemærk, at i de tilfælde, hvor der kun er én tandlæge tilknyttet den private klinik, skal klinikken ikke meddele Styrelsen for Patientsikkerhed, hvem der er virksomhedsansvarlig tandlæge. Ansvarsplaceringen antages i de tilfælde at ligge hos den pågældende tandlæge, som i henhold til autorisationsloven har pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i sit virke.

Herudover kan kommunen ansætte en tandfaglig konsulent i regi af den kommunale forvaltning til fagligt at bistå på tandplejeområdet, blandt andet i forhold til varetagelse af de generelle forebyggelsesopgaver og koordination af den kommunale tandpleje i forhold til øvrige kommunale sundheds- og sociale ydelser. I sådanne kommuner deles opgaverne vedrørende varetagelse af

det kommunale tandplejetilbud mellem kommunen og de praktiserende tandlæger. I det følgende er fordelingen af opgaver mellem de to parter skitseret.

Kommunens opgaver

Kommunen bør udarbejde en plan for sin børne- og ungdomstandpleje, som gør rede for:

- hvorledes tandplejen i kommunen er tilrettelagt
- hvilke børn og unge, der er omfattet af loven
- hvilke opgaver, den virksomhedsansvarlige tandlæge er forpligtet til at påtage sig som led i varetagelse af børne- og ungdomstandplejen
- hvorledes tandplejetilbuddet er koordineret, herunder koordineringen mellem de enkelte praktiserende tandlæger og specialtandlæger, de øvrige kommunale sundhedsydelser, eventuelle fælleskommunale tandpleje- og tandreguleringsordninger, samt tandplejetilbud i regionalt regi i henhold til sundhedslovgivningen
- hvorledes en entydig ansvarsplacering er tilrettelagt vedrørende det enkelte barns tandpleje, og hvorledes det sikres, at sundhedsfremme, forebyggelse og behandling ikke foretages dobbelt eller ikke finder sted
- hvorledes ansvarsplacering er tilrettelagt for rettidig visitation til tandregulering og henvisning til et specialiseret tandplejetilbud i regionstandplejen, odontologisk landsdels- og videnscenter samt tand-, mund- og kæbekirurgi i sygehusregi
- ansvarsplacering og aftaler vedrørende tandbehandling af børn og unge i generel anæstesi på sygehus og i primærsektor
- hvilke virksomhedsansvarlige tandlæger og specialtandlæger kommunen har indgået skriftlig aftale med om tandpleje (navne, adresser, telefonnumre samt ydernumre på de pågældende virksomhedsansvarlige tandlæger) samt det antal børn, for hvem hver tandlæge skriftligt forpligter sig til at varetage tandpleje
- hvorledes kommunen tilrettelægger børnenes/forældrenes valg af tandlæge og betingelserne for at kunne skifte tandlæge
- hvorledes kommunen tilrettelægger sit tilkaldesystem, som sikrer, at børnene indkaldes efter Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer hos den praktiserende tandlæge, og som sikrer, at de virksomhedsansvarlige tandlæger indkalder børnene til undersøgelse samt tilbyder fornøden forebyggende og behandlende tandpleje i overensstemmelse med lovgivningen og de indgåede aftaler
- hvorledes kommunen tilrettelægger sin opsøgende indsats over for de børn (forældre), som ikke deltager i kommunens tilbud om vederlagsfri børne- og ungdomstandpleje
- hvilke budgetterede udgifter, der er forbundet med kommunens plan, herunder også udgifter til aflønning af administrativt personale og øvrige administrationsudgifter, eventuelle udgifter til befordring samt udgifter forbundet med kontrol og evaluering af kommunens børne- og ungdomstandpleje, herunder databehandling af indberetninger samt kopi af dataudtræk til de praktiserende tandlæger, som kommunen har aftaler med.

De virksomhedsansvarlige tandlægers opgaver

De virksomhedsansvarlige tandlæger, som har indgået en aftale med én eller flere kommuner om vederlagsfri børne- og ungdomstandpleje til målgruppen, modtager børnene til undersøgelse og nødvendig forebyggende samt behandlende tandpleje og gennemfører i øvrigt tandplejen i overensstemmelse med de foranstående bestemmelser.

Indsendelse af indberetninger om tandsygdommenes forekomst sker til kommunen efter regler, som Sundhedsstyrelsen udsender særskilt.

De virksomhedsansvarlige tandlæger medvirker i kommunens arbejde med koordinering af tandplejen, herunder koordinering mellem børne- og ungdomstandpleje og voksentandplejen, jf. kapitel 8 i tandplejebekendtgørelsen.

De virksomhedsansvarlige tandlæger giver kommunen meddelelse om børn, som undlader at møde på klinikken som aftalt, med den virkning at behandling ikke kan påbegyndes eller videreføres. I disse tilfælde iværksættes den opsøgende virksomhed i overensstemmelse med kommunens plan.

3.4 Valg af tandplejetilbud

Dette afsnit beskriver nærmere retningslinjer vedrørende ret til frit valg af tandpleje i børne- og ungdomstandplejen. Afsnittet er udarbejdet i samråd med Sundheds- og Ældreministeriet, der forvalter og vejleder om alle forhold vedrørende ret til frit valg af tandpleje. Eventuelle spørgsmål om børn og unges ret til frit valg af tandpleje kan rettes til Sundheds- og Ældreministeriet.

Børn under 16 år, der ønsker et andet behandlingstilbud end det, kommunen vederlagsfrit stiller til rådighed, kan vælge at modtage børne- og ungdomstandpleje i privat tandlægepraksis efter eget valg, jf. tandplejebekendtgørelsens § 4, stk. 1, eller ved en anden kommunes tandklinik, jf. § 5 stk. 1. Uanset hvilket valg der træffes, gælder dette det samlede tandplejetilbud for barnet, dvs. almen tandpleje og tandregulering.

Valg af andet behandlingstilbud, jf. tandplejebekendtgørelsens §§ 4 og 5, er ikke ensbetydende med, at barnet/den unge melder sig ud af børne- og ungdomstandplejen.

Reglerne for omfanget af og kravene til børne- og ungdomstandplejen er derfor også de samme, hvad enten der er tale om det behandlingstilbud, kommunen vederlagsfrit stiller til rådighed, eller der er tale om et behandlingstilbud, som barnet/den unge selv har valgt, jf. tandplejebekendtgørelsens § 2, stk. 2.

I de tilfælde, hvor barnet/den unge vælger et andet behandlingstilbud end det, kommunen stiller til rådighed, er det den valgte praktiserende tandlæge eller behandlerkommune, der overtager ansvaret for, at barnet/den unge får tilbudt den af reglerne omfattede tandpleje.

Når børn under 16 år vælger et andet behandlingstilbud end det, bopælskommunen tilbyder, skal kommunen informere barnet og forældremyndighedens indehaver om konsekvenserne af dette valg, herunder ansvarsfordelingen (se afsnit 3.4.5).

Bopælskommunen kan beslutte, at børn og unge, der vælger at skifte mellem behandlingstilbud, ikke kan skifte tilhørsforhold igen før op til 1 år efter seneste behandlerskift, jf. tandplejebe-

kendtgørelsens § 6, stk. 2. Denne bestemmelse begrundes dels i administrative og planlægningsmæssige forhold, dels i det forhold, at der derigennem åbnes mulighed for, at den enkelte behandlingsinstans herved gives et tidsmæssigt rum til at udføre tandpleje i henhold til tandplejebekendtgørelsens § 2. I særlige tilfælde bør kommunen dog åbne mulighed for at dispensere fra en sådan generel regel, dvs. give barnet/den unge mulighed for at skifte behandlingstilbud tidligere end et år efter seneste behandlerskift, hvis særlige forhold betyder, at det er mest hensigtsmæssigt i forhold til barnet/den unges behandlingsforløb. Kommunen kan ikke fastsætte regler vedrørende behandlerskift for en periode, der strækker sig ud over et år. Barnet/den unge er således sikret generel adgang til nyt behandlerskift senest 1 år efter seneste behandlerskift.

Vedrørende de særlige regler for behandlerskift, når et barn/en ung er midt i en konkret påbegyndt behandling, jf. tandplejebekendtgørelsens § 6, henvises til afsnit 4.8.5 (Færdiggørelse af behandling).

3.4.1 Valg af privat tandlægepraksis

I kommuner, hvor børne- og ungdomstandplejen er tilrettelagt på offentlige klinikker og/eller hos en eller flere tandlæger, kan barnet/den unge vælge at modtage tandplejen hos praktiserende tandlæge efter eget valg, jf. tandplejebekendtgørelsens § 3, stk. 3, og § 4.

Valget gælder det samlede tandplejetilbud, dvs. både almen tandpleje og tandregulering. I de tilfælde, hvor kommunens vederlagsfri børne- og ungdomstandpleje er tilrettelagt således, at kommunen anvender både offentlige klinikker og praktiserende tandlæger efter eget valg, omfatter et eventuelt valg af privat tandlægepraksis kun den del af tandplejen, som kommunen selv tilbyder på offentlige klinikker, jf. bekendtgørelsens § 4, stk. 2. Der vil derfor kun blive tale om egenbetaling for denne del af barnets tandpleje, mens den del af børne- og ungdomstandplejen, som kommunen har valgt at tilbyde i privat tandlægepraksis efter eget valg, er vederlagsfri. Der henvises i øvrigt til afsnit 3.4.5 vedrørende ansvarsfordeling.

Idet barnet/den unge kan vælge at modtage det vederlagsfrie tandplejetilbud efter eget valg, har kommunen ikke mulighed for at bede patienten om at vælge en anden tandlæge eller henvise barnet/den unge til en bestemt praktiserende tandlæge.

Ved valg af privat tandlægepraksis informerer forældremyndighedens indehaver bopælskommunen om navnet på den/de virksomhedsansvarlige tandlæge/-r, der er valgt til at udføre almen tandpleje henholdsvis tandregulering for det pågældende barn. Det vil være hensigtsmæssigt, at en sådan meddelelse sker skriftligt.

For børn og unge under fritvalgsordningen foregår visitation til tandregulering hos praktiserende specialtandlæge efter Regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer i Bilag 1 til bekendtgørelse om tandpleje. Hvis en praktiserende tandlæge har visiteret til tandreguleringsbehandling i henhold til tandplejebekendtgørelsens bestemmelser, er dette gældende og kan ikke omstødes af kommunen². En eventuel uenighed vedrørende det faglige indhold i behandlingstilbuddet bør løses på et fagligt grundlag med mulig inddragelse af tredjepart, fx via koordinationsudvalget i regionen.

² Jf. brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse af 19. oktober 2011 til Københavns Kommune

Kommunen har ikke mulighed for at tilbyde visitation til tandregulering af børn og unge, der efter eget valg modtager tandpleje hos praktiserende tandlæger.

Der gælder særlige regler for iværksættelse af tandregulering og andre særligt kostbare behandlingsydelser, for hvilke der ikke er fastsat betalingstakster, når disse ydes i privat praksis for børn og unge, der har valgt dette tilbud i stedet for det tilbud, kommunen vederlagsfrit har stillet til rådighed. Kommunen kan bestemme, at iværksættelse af sådanne ydelser først må finde sted, når kommunen har godkendt iværksættelsen samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud, jf. § 4, stk. 4, i tandplejebekendtgørelsen.

I relation hertil kan kommunen have fastsat, hvilke ydelser der kan iværksættes uden forhåndsgodkendelse. Såfremt der opstår behov for iværksættelse af ydelser, der kræver forhåndsgodkendelse, skal ansøgning herom indgives til kommunen, så snart behandlingsbehovet erkendes, og det ud fra en tandlægefaglig vurdering er indiceret at udføre den omhandlede behandling.

Prisen på den behandling, som en praktiserende tandlæge har visiteret en patient til, er betinget af kommunens godkendelse af det afgivne behandlingstilbud. Der er i lovgivningen ikke taget konkret stilling til beregningsgrundlag eller dokumentationskrav i forbindelse med fastlæggelse af, hvilken behandlingspris der kan opnå kommunens godkendelse. Kommunen er dog forpligtet til at dokumentere, at den pågældende behandling kan foretages til en given pris. I denne sammenhæng må det forventes, at bestemmelserne i kapitel 6 i forvaltningsloven om begrundelse m.v. af afgørelser samt om aktindsigt i kapitel 2 i offentlighedsloven og/eller kapitel 4 i forvaltningsloven tages i agt. Desuden må det påkræves, at almindelige forvaltningsretlige principper om fx sagsoplysning (officialprincippet), lighed og saglighed, finder anvendelse i forbindelse med sagsbehandlingen³.

Kommunen har kun mulighed for at indkalde en patient til en konkret, faglig vurdering af behandlingsoverslaget, hvis forældremyndighedens indehaver og/eller den unge har givet informeret samtykke hertil⁴.

Kommunen vil i sin vurdering af et behandlingstilbud ikke kunne lægge vægt på, om den unge tidligere i kommunalt regi er vurderet til ikke at skulle modtage tandreguleringsbehandling, ligesom en tidligere vurdering ved en kommunalt ansat specialtandlæge heller ikke vil kunne indgå i vurderingen⁵.

Tandplejebekendtgørelsens bestemmelser om, at kommunen kan beslutte, at tandregulering samt andre kostbare ydelser, der ydes i privat praksis, først må iværksættes, når kommunen har godkendt iværksættelsen som det af tandlægen afgivne behandlingstilbud, omfatter således alene de økonomiske aspekter af behandlingstilbuddet⁶.

Finansiering

Behandling i privat tandlægepraksis honoreres dels gennem tilskud fra bopælskommunen, dels gennem egenbetaling. Visse forudsætninger skal være opfyldt for at opnå bopælskommunens

³ Jf. brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse af 19. oktober 2011 til Københavns Kommune

⁴ Jf. brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til Tandlægeforeningen d. 12. maj 2012.

⁵ Jf. brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse af 26. marts 2015 til specialtandlæge Allan Derry

⁶ Jf. brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse af 19. oktober 2011 til Københavns Kommune

tilskud til tandpleje: Dels skal forældremyndighedens indehaver have orienteret kommunen om barnets/den unges valg af tandlæge, før ydelserne modtages hos denne. Dels skal barnet/den unge have overholdt de regler om behandlerskift, som kommunen eventuelt har fastsat. For nød-behandling gælder særlige regler, jf. afsnit 3.6.7.

Tilskud fra bopælskommunen og egenbetaling

For børn under 16 år, der vælger at modtage tandpleje i privat praksis efter eget valg, yder bopælskommunen et tilskud på 65 % af udgifterne til forebyggende og behandlende tandpleje i privat praksis, jf. § 4, stk. 3, i tandplejebekendtgørelsen. Dette gælder ligeledes, når børn med tandstillingsfejl henvises til konsultation hos specialtandlæge, jf. tandplejebekendtgørelsens bilag 1, samt for tandreguleringsydelser og andre særligt kostbare behandlingsydelser, som er iværksat efter godkendelse af kommunen, og hvor kommunen har godkendt behandlingstilbudet. Bopælskommunen betaler tilskuddet direkte til den praktiserende tandlæge efter opkrævning fra denne.

Patientens egenbetaling til den valgte tandlæge/specialtandlæge udgør således 35 %.

For tilkøb af ekstraydelser henvises til afsnit 3.4.4.

3.4.2 Valg af anden kommunes offentlige tandklinik

Uanset om kommunen har tilrettelagt sin børne- og ungdomstandpleje på offentlige klinikker, hos praktiserende tandlæger, der har indgået aftale med kommunen, eller ved en kombination af disse ordninger, kan børn og unge vælge at modtage børne- og ungdomstandpleje ved en anden kommunes tandklinik, jf. § 5, stk. 1, i tandplejebekendtgørelsen.

I sådanne tilfælde orienterer forældremyndighedens indehaver, jf. bekendtgørelsens § 5, stk. 1, bopælskommunen om, hvilken kommune forældrene har valgt til at varetage barnets eller den unges tandpleje, samt at der foreligger accept fra den valgte kommune (behandlerkommunen). Dette bør finde sted, inden barnet/den unge påbegynder tandpleje i den anden kommunes tandklinik. Af hensyn til dokumentation kan det være hensigtsmæssigt, at orienteringen sker skriftligt.

Valget gælder det samlede tandplejetilbud. Når barnet/den unge vælger en anden kommunes tandklinik, iværksættes en eventuel tandreguleringsbehandling i henhold til den ordning behandlerkommunen i øvrigt stiller til rådighed for de børn og unge, der er tilmeldt folkeregistret i kommunen.

Hvis en kommune skønner, at kommunen ikke uden udvidelse af sin behandlingskapacitet kan overholde sin forpligtelse i forhold til de børn og unge, der bor i kommunen, kan kommunen af kapacitetsmæssige grunde afvise at modtage børn og unge fra andre kommuner, jf. tandplejebekendtgørelsens § 5, stk. 2. Det samme forhold gør sig gældende, hvis kommunen skønner, at kommunens egne børn vil komme til at vente betydelig længere på et behandlingstilbud, fx tandregulering, hvis der optages børn fra andre kommuner. En sådan eventuel beslutning må baseres på såvel individuelle som generelle skøn.

Med henblik på at udøve et individuelt skøn, bør bopælskommunen fremsende udskrivningsoplysninger, herunder oplysninger om ortodontisk behandlingsbehov, således at den potentielle behandlerkommune kan tage stilling til, om man har tilstrækkelig kapacitet til at modtage barnet/den unge.

Om end en beslutning om afvisning af børn og unge fra andre kommuner er behandlerkommunens alene og dermed må tilrettelægges lokalt, kan det være hensigtsmæssigt, at mere generelle kriterier tages op til drøftelse i koordinationsudvalget.

Såfremt et barn/en ung under 18 år vælger at modtage børne- og ungdomstandplejetilbuddet ved en anden kommunes tandklinik, kan bopælskommunen beslutte, at færdiggørelse af konkret påbegyndte behandlinger skal ske der, hvor behandlingen er påbegyndt, jf. tandplejebekendtgørelsens § 5, stk. 3.

Finansiering

Behandlerkommunens udgifter til tandpleje finansieres dels gennem refusion fra bopælskommunen dels igennem eventuel opkrævning af egenbetaling fra patienten.

Ved refusion fra bopælskommunen betaler bopælskommunen et beløb til behandlerkommunen, der svarer til bopælskommunens gennemsnitlige udgift pr. barn i børne- og ungdomstandplejen, jf. § 28, stk. 2, i tandplejebekendtgørelsen. Både udgifter til tandregulering og til almen tandpleje indgår ved opgørelsen af den gennemsnitlige udgift. Bopælskommunen betaler tilskuddet direkte til behandlerkommunen.

Betalingen kan højst udgøre et beløb, der svarer til behandlerkommunens gennemsnitlige udgift pr. barn i den kommunale tandpleje. Udregning af denne må basere sig på alle direkte og indirekte omkostninger, der er forbundet med opgavevaretagelsen, jf. § 28, stk. 3, i tandplejebekendtgørelsen.

Af direkte omkostninger kan, jf. tandplejebekendtgørelsens § 28, stk. 3, nr. 1, nævnes løn inkl. pensionsbidrag og andre løndelev samt over- og merarbejde, tjenesterejser, materialer og specielt anskaffet apparatur. For børn og unge, der behandles i privat tandlægepraksis, vil de direkte omkostninger fx vedrøre honorering af tandplejeydelser i privat praksis. I kommuner, der har udliciteret børne- og ungdomstandplejen, vil de direkte omkostninger fx udgøre den pris, der er aftalt for varetagelsen af opgaven.

Af indirekte omkostninger kan der, jf. § 28, stk. 3, nr. 2, i tandplejebekendtgørelsen, være tale om indirekte lønomkostninger, andel af fællesomkostninger til fx ledelse, administration, husleje, udstyr, udvikling m.v. og lovpligtige forsikringer, pensionsforpligtelser, forrentning af driftskapital, forrentning og afskrivning af anlægsværdier samt beregnede omkostninger for faciliteter i øvrigt, der er stillet til rådighed ved opgavevaretagelsen.

Såfremt de gennemsnitlige udgifter pr. barn er større i behandlerkommunen end i bopælskommunen, kan behandlerkommunen, hvis den ønsker det, opkræve en egenbetaling for børn og unge fra andre kommuner. Egenbetalingen vil i sådanne tilfælde svare til forskellen mellem den gennemsnitlige udgift pr. barn i den kommunale tandpleje i henholdsvis behandlerkommunen og bopælskommunen.

3.4.3 Tandpleje for unge på 16 og 17 år

Uanset om kommunen har besluttet at tilrettelægge ungdomstandplejen på offentlige klinikker eller har indgået aftale med én eller flere tandlæger om varetagelse af opgaven, foreligger der for unge på 16 og 17 år særlige valgmuligheder, jf. tandplejebekendtgørelsens § 3, stk. 3-4.

Unge på 16 og 17 år kan vælge at modtage det vederlagsfrie kommunale tandplejetilbud hos praktiserende tandlæge efter eget valg. Unge, der vælger denne løsning, meddeler kommunen, hvilken tandlæge de ønsker at benytte.

I det tilfælde, hvor bopælskommunen har oprettet offentlig klinik, kan den unge altid vælge at modtage det kommunale tandplejetilbud her, også i de tilfælde, hvor kommunen har besluttet at tilrettelægge tandplejen for unge på 16 og 17 år hos praktiserende tandlæger, jf. § 3, stk. 4, i tandplejebekendtgørelsen.

Endelig er det muligt for de 16-17 årige at vælge en anden kommunes tandklinik, ligesom det er muligt for dem fortsat at modtage tandplejetilbuddet der, hvis de har valgt dette før 16-årsalderen. For 16-17 årige, der vælger denne løsning, vil de ovenfor refererede regler om egenbetaling stadig være gældende, indtil den unge fylder 18 år, jf. tandplejebekendtgørelsens §§ 5 og 28. De 16-17 årige har således ikke ret til vederlagsfri tandpleje ved valg af en anden kommunes tandklinik.

Det påhviler bopælskommunen at oplyse om, hvorledes ordningen for de 16- og 17-årige er tilrettelagt i kommunen og om de valgmuligheder, der foreligger for de 16-17 årige, jf. § 3, stk. 6, i tandplejebekendtgørelsen. I den forbindelse bør der samtidig oplyses om de eventuelle beslutninger, kommunen har truffet vedrørende færdiggørelse af påbegyndte behandlinger.

For 16-17 årige, der deltager i bopælskommunens vederlagsfrie tandplejetilbud, vil det være hensigtsmæssigt at tilrettelægge valgproceduren således, at den unge kun skal melde tilbage til kommunen, hvis der ønskes et andet tandplejetilbud end det, kommunen generelt har fastlagt.

For unge, der, når de fylder 16 år, modtager tandpleje hos praktiserende tandlæge efter eget valg, vil det ligeledes være hensigtsmæssigt at tilrettelægge valgproceduren således, at den unge kun skal melde tilbage til kommunen, hvis der ønskes et andet tandplejetilbud end det allerede valgte. En tidligere egenbetaling på 35 % i relation til fritvalgsordningen vil ved det fyldte 16 år bortfalde, idet unge på 16-17 år kan vælge at modtage det vederlagsfrie kommunale tandplejetilbud hos praktiserende tandlæge efter eget valg.

Kommunen har mulighed for at beslutte, at tandregulering samt andre særligt kostbare behandlingsydelser, der ydes i privat praksis, først må iværksættes, når kommunen har godkendt iværksættelsen samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud. Kommunen kan beslutte, hvilke ydelser der kan iværksættes uden forhåndsgodkendelse, jf. § 3, stk. 5, i tandplejebekendtgørelsen. Her gælder samme principper som beskrevet i afsnit 3.4.1 vedrørende valg af privat tandlægepraksis for børn og unge under 16 år.

Hvis den unge ønsker en anden eller dyrere behandling, end den kommunen ønsker at godkende, kan den unge få refunderet et beløb svarende til prisen på den behandling, som kommunen har godkendt, jf. §3, stk. 3, i tandplejebekendtgørelsen og nedenfor i afsnit 3.4.4. Kommunens godkendelse af behandlingstilbud foretages efter samme principper som ved de 0-16 åriges valg af praktiserende efter eget valg.

3.4.4 Tilkøb af ekstraydelser

For børn under 16 år, der efter eget valg modtager behandling i privat tandlægepraksis, samt for 16-17 årige, der modtager tandpleje i privat tandlægepraksis (uanset om dette er kommunens tandplejeordning for de 16-17 årige, eller om det er efter eget valg), giver tandplejebekendtgø-

relsens §§ 3 og 4 hjemmel til, at der kan tilkøbes en anden eller dyrere behandling end den, der kan godkendes af kommunen.

Såfremt barnet under 16 år, der efter eget valg modtager tandpleje hos praktiserende tandlæge, ønsker en anden eller dyrere behandling end den, kommunen kan godkende, kan barnet få refunderet et beløb, der svarer til 65 % af det beløb, kommunen oprindeligt har godkendt, jf. § 4, stk. 5, i tandplejebekendtgørelsen.

For unge på 16 og 17 år, der modtager tandpleje hos praktiserende tandlæge, refunderer kommunen et beløb, der svarer til prisen på den behandling, som kommunen har godkendt, jf. § 3, stk. 3, i tandplejebekendtgørelsen.

Der er ikke mulighed for at købe sig til dyrere ydelser i det vederlagsfrie tandplejetilbud i bopælskommunen. I praksiskommuner gælder dette dog kun for børn og unge under 16 år, jf. ovenfor. Forældre til børn under 16 år, der i praksiskommuner ønsker at få mulighed for at købe sig til en anden eller dyrere behandling end den, kommunen kan godkende, må fravælge det vederlagsfrie tandplejetilbud og i stedet vælge privat tandlægepraksis med et tilskud på 65 %. Valg af privat praksis gælder det samlede tandplejetilbud.

Der er heller ikke hjemmel til tilkøbsydelser for børn og unge, der modtager tandpleje i en anden kommunes klinik/tandpleje, eller for 16-17 årige, som har valgt at modtage tandpleje på bopælskommunens offentlige klinik.

3.4.5 Ansvarsfordeling i relation til fritvalgsordningerne

Når barnet/den unge fravælger det tilbud, kommunen vederlagsfrit stiller til rådighed, er der behov for klarlægning af ansvarsfordelingen mellem bopælskommune og behandlende instans. Det forhold, at den enkelte frit vælger eget behandlingssted, og dermed til dels selv tager ansvaret for sin tandpleje, er ensbetydende med, at den valgte tandlæge er ansvarlig for at tilbyde barnet/den unge tandpleje. I det følgende er ansvarsfordelingen mellem bopælskommune og selvvalgt virksomhedsansvarlig tandlæge skitseret.

Bopælskommunens opgaver

Bopælskommunens administrative opgaver er de samme, uanset om der er tale om børn og unge, der modtager hele eller dele af deres tandplejetilbud hos praktiserende tandlæge efter eget valg, eller ved anden kommunes tandklinik.

Bopælskommunen bør gøre følgende:

- Udarbejde betingelser for det enkelte barns muligheder for at kunne skifte tandlæge.
- Udarbejde en opgørelse over, hvilke børn og unge der har valgt et andet behandlingstilbud end det, bopælskommunen vederlagsfrit stiller til rådighed.
- Udarbejde fortegnelse over de virksomhedsansvarlige tandlæger (navn, adresse, telefonnummer, ydernummer) samt over de behandlerkommuner, som bopælskommunen har indgået skriftlig aftale med.
- Udarbejde en plan for, hvorledes bopælskommunen forholder sig i relation til de børn/unge, som undlader at møde hos den valgte tandlæge eller på behandlerkommunens klinik, og hvor tandlæge/behandlerkommune derfor – på grund af manglende mu-

ligheder for at påbegynde eller videreføre behandling – har måttet meddele bopælskommunen, at det ikke er muligt at yde tandpleje i henhold til loven.

Den virksomhedsansvarlige tandlæges opgaver

Den virksomhedsansvarlige tandlæge, hos hvem barnet/den unge efter eget valg ønsker at modtage tandpleje, skal:

- som ansvarlig for barnets/den unges tandpleje gennemføre tandplejen i overensstemmelse med tandplejebekendtgørelsens og retningslinjernes regler.
- modtage barnet/den unge til undersøgelse og foretage nødvendig forebyggende og behandlende tandpleje.
- sikre, at alle børn med tandstillingsfejl visiteres rettidigt af specialtandlæge, således at tilbud om tandregulering kan fremsættes på det for behandlingens forløb gunstigste tidspunkt.
- foretage fornødne henvisninger til et specialiseret tandplejetilbud, fx specialtandlæge, regionstandpleje mv.
- indsende til barnets/den unges bopælskommune indberetning om tandsundhedsforhold hos de børn/unge, der modtager tandpleje hos den pågældende tandlæge, jf. Sundhedsstyrelsens indberetningsregler.
- etablere kontakt med forældremyndighedens indehaver i de situationer, hvor barnet/den unge gentagne gange udebliver fra regelmæssige tandlægelige undersøgelser eller behandlinger, eller forsømmer at følge tandlægens anvisninger angående hensigtsmæssig tandpleje. Målet hermed er at søge at sikre barnet/den unge en regelmæssig tandpleje.
- give forældremyndighedsindehaveren besked om, at der tages kontakt til den kommunale tandpleje i bopælskommunen, hvis enhver hensigtsmæssig og rimelig foranstaltning for at sikre barnet/den unge regelmæssig tandpleje er forgæves. Målet hermed er at give den kommunale tandpleje mulighed for at vurdere, om sagen skal overdrages til de sociale myndigheder i bopælskommunen, med henvisning til servicelovens § 154.
- medvirke i den nødvendige koordinering af tandplejen.

Behandlerkommunernes opgaver

For børn og unge, der modtager deres tandplejetilbud i anden kommunes offentlige klinik, modtager behandlerkommunen barnet/den unge til undersøgelse og nødvendig forebyggende og behandlende tandpleje i overensstemmelse med det tandplejetilbud, der i øvrigt gives børn og unge i behandlerkommunen.

Hvis barnet/den unge gentagne gange udebliver fra regelmæssige undersøgelser eller behandlinger, eller forsømmer at følge tandlægens anvisninger angående hensigtsmæssig tandpleje, tager behandlerkommunen kontakt med forældremyndighedens indehaver med henblik på at søge at sikre den regelmæssige tandpleje. Hvis enhver hensigtsmæssig og rimelig foranstaltning i

denne henseende er forgæves, må behandlerkommunen give forældremyndighedens indehaver og bopælskommunen meddelelse om, at sagen overdrages til de sociale myndigheder med henvisning til servicelovens § 154.

3.5 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Børne- og ungdomstandplejen skal i samarbejde med hjemmet og andre nøglepersoner i barnets nærmiljø søge at sikre barnet regelmæssig forebyggende og behandlende tandpleje. Denne forpligtelse er gældende, uanset om der er tale om, at barnet/den unge deltager i den vederlagsfrie børne- og ungdomstandpleje, eller barnet/den unge har valgt et andet behandlingstilbud end det, kommunen stiller til rådighed.

Nøglepersonerne kan typisk være ansatte i de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, kommunen har ansvaret for, jf. sundhedslovens kapitel 34, 35 og 36. Børne- og ungdomstandplejen er, sammen med de øvrige forebyggende sundhedsydelser for børn og unge, det primærkommunale ansvarsområde i forhold til børnegruppen. Det er derfor væsentligt, at der er tæt og smidigt samarbejde disse ordninger imellem for at sikre den bedste service og for at opnå den bedste udnyttelse af ressourcerne. Samarbejdet med kommunens øvrige sundhedsfremmende og forebyggende indsatser er blandt andet vigtigt i forhold til tidlig opsporing af børn og unge med risikoadfærd, fx vedrørende kost og rygning.

Den kommunale sundhedspleje er en vigtig samarbejdspartner for børne- og ungdomstandplejen, især i barnets første leveår, hvor sundhedsplejerskerne har regelmæssig kontakt med næsten alle børn. Opgaven for tandplejen i relation til de 0-2-årige består fortrinsvis i at rådgive forældrene angående kost, mund- og tandhygiejne og afvænnning med hensyn til funktionelle uvaner, fx brug af sut. Denne rådgivning kan indgå som led i den tidlige opsporing af familier og børn med behov for tandfaglig indsats og er vigtig, idet senere opståede skader kan bunde i forkerte vaner, der er indledt på et tidligt tidspunkt i barnets liv. Den tandfaglige indsats bør derfor i vid udstrækning gennemføres i et samarbejde mellem børne- og ungdomstandplejen og sundhedsplejerskerne, især i barnets første leveår. Det anbefales, at børn senest i ½-1 års alderen indkaldes til besøg på klinikken med henblik på at sikre tidlig opstart af hensigtsmæssige tandplejemaletter.

For de børn og unge, der har valgt et tandplejetilbud hos en praktiserende tandlæge eller en anden kommunes tandpleje, skal bopælskommunen have særlig opmærksomhed på at sikre sammenhængende forløb. Det indebærer blandt andet, at bopælskommunen, inden for de gældende regler, videregiver oplysninger, der er nødvendige for, at den praktiserende tandlæge eller behandlingskommunen kan yde en optimal behandling. Samarbejde, ansvarsfordeling og snitflader til de praktiserende tandlæger er nærmere beskrevet i afsnit 3.4.5.

Endelig skal børne- og ungdomstandplejen indgå i et tæt samarbejde med regionstandplejen, de odontologiske landsdels- og videnscentre, taleinstitutterne og de tand-, mund- og kæbekirurgiske sygehusafdelinger om de børn og unge, som henvises til specialiseret behandling i regionen.

3.6 Tandplejens indhold

Børne- og ungdomstandplejen har som mål at søge at fremme det enkelte barns fysiske, psykiske og sociale trivsel ved at medvirke til, at tand-, mund- og kæberegionen udvikles og bevares i god funktionsdygtig stand gennem opsøgende og behovsorienteret tandpleje, der omfatter fore-

byggelse, herunder fremme af sunde kostvaner og god mundhygiejne, undersøgelse og behandling af sygdomstilstande og –følger, anomalier, skader og funktionsforstyrrelser. For børn og unge med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, skal tandplejen udføres i samarbejde med regionstandplejen og de odontologiske landsdels- og videnscentre (jf. kapitel 5 og 6 i tandplejebekendtgørelsen).

Udebliver et barn/en ung gentagne gange fra de regelmæssige diagnostiske undersøgelser eller behandlinger, eller forsømmer barnet at følge tandplejens anvisninger angående hensigtsmæssig tandpleje, bør der etableres kontakt med forældremyndighedens indehaver med henblik på - i samarbejde med hjemmet og/eller andre nøglepersoner i barnets/den unges omgivelser - at søge at sikre den regelmæssige tandpleje. Hvis enhver hensigtsmæssig og rimelig foranstaltning i denne henseende er forgæves, meddeles forældremyndighedens indehaver, at kommunen overdrager sagen til de sociale myndigheder med henvisning til servicelovens § 154.

3.6.1 Forebyggelse og sundhedsfremme

Forebyggelse og sundhedsfremme er vigtige elementer i børne- og ungdomstandplejen.

I tandplejesammenhæng sigter sundhedsfremme mod at lette de valg, der fremmer oral sundhed ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere borgernes ressourcer og handlekompetence. Sundhedsfremme er ikke en isoleret tandplejeaktivitet, men en indsats, der er integreret med sundhedsvæsenets øvrige arbejde. Sundhedsfremme omfatter blandt andet sundhedspædagogik, som har til formål at understøtte børn, unge og familier, der, med udgangspunkt i de enkeltes sociale og personlige ressourcer såvel som de fysiske evner, involveres, så de bliver i stand til at identificere og forbedre deres egen tandsundhed og generelle sundhed.

Forebyggelse er en mere specifik aktivitet rettet mod at hindre orale sygdomme i at opstå eller tidlige orale sygdomstilstande i at videreudvikle sig. Orale sygdomme kan, ligesom mange almindelige kroniske sygdomme, i mange tilfælde relateres til en række fælles risikofaktorer. De forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter omfatter blandt andet oplysning om betydningen af en sund, funktionsdygtig tand-, mund- og kæberegion, herunder om god mundhygiejne og betydningen af hensigtsmæssig kost samt følgerne af ugunstige orale vaner.

Der skal lægges vægt på at fremme børn og unges orale sundhed i videste forstand, herunder ved at motivere barnet/den unge samt forældrene til hensigtsmæssig tandpleje, også efter afsluttet deltagelse i børne- og ungdomstandplejen. På denne baggrund vil det ligeledes være relevant at inddrage betydningen af et uhensigtsmæssigt forbrug af læskedrikke samt af tobak for den orale sundhedstilstand.

Endeligt omfatter forebyggelse og sundhedsfremme instruktion i regelmæssig hjemmetandpleje samt medikamentel profylakse og behandling.

3.6.2 Undersøgelse

Diagnostiske undersøgelser af tand-, mund- og kæberegionen bør foretages efter anbefalinger i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen.

Det tilstræbes ved undersøgelserne at erkende og diagnosticere sygdomstilstande og -følger, anomalier, skader, funktionsforstyrrelser, at henlede opmærksomheden på uhensigtsmæssige kostvaner og mangelfuld mundhygiejne og at kontrollere udviklingen.

3.6.3 Behandling

Børne- og ungdomstandplejen skal medvirke til, at tand-, mund- og kæberegionen udvikles og bevares i god funktionsdygtig stand. Tandbehandling hos enhver patient bør forudgås af en behandlingsplanlægning, der baseres på anamnese, individuel undersøgelse og diagnostik.

Nødvendige behandlinger omfatter interceptive og terapeutiske foranstaltninger over for sygdomstilstande og -følger, anomalier, skader og funktionsforstyrrelser i tand-, mund- og kæberegionen samt den for behandlingens gennemførelse nødvendige pædagogiske og psykologiske forberedelse.

3.6.4 Tandregulering

Målet for børne- og ungdomstandplejens ortodontiske service er at forebygge og behandle de tandstillingsfejl, der indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/eller psykosociale belastninger. Ved visitation til behandling foretages en risikovurdering og dermed en individuel vurdering af, om tandstillingsfejlen indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/eller psykosociale belastninger i henhold til bekendtgørelse om tandpleje Bilag 1 (Regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer).

Sundhedsstyrelsen indførte visitationskriterierne i 1990 og skønnede her, at anvendelsen af de fastlagte kriterier på landsplan ville føre til, at ca. 25 % af børnene i en årgang ville blive tilbudt tandreguleringsbehandling⁷. Det blev her præciseret, at den kommunale tandpleje skal tilbyde tandregulering til et barn, når der efter de fastsatte visitationsregler er grundlag herfor, og at kommunalbestyrelsen ikke kan pålægge den kommunale tandpleje, at tandregulering skal tilbydes til en bestemt procentdel af en årgang børn. Når det fra Sundhedsstyrelsen blev skønnet, at anvendelsen af visitationsreglerne ville føre til, at ca. 25 % af en årgang ville få tilbudt tandreguleringsbehandling, er der tale om et gennemsnitstal på landsplan, og der vil i den enkelte kommune være afvigelser fra dette tal.

Tandstillingsfejl kan udvikle sig, indtil barnets vækst og fysiske modning er afsluttet. Ortodontisk undersøgelse er derfor en integreret del af de regelmæssige undersøgelser i børne- og ungdomstandplejen. Dette sikrer dels en rettidig udvælgelse af børn, der har behov for tidlig ortodontisk behandling, dels at alle børn med tandstillingsfejl kommer til konsultation hos en specialtandlæge med henblik på vurdering af behandlingsbehovet. I denne konsultation kan barnets sædvanlige tandlæge deltage. Det skønnes ikke nødvendigt at lade børn, der ikke har tandstillingsfejl, undersøge af specialtandlæge. Barnets sædvanlige tandlæge forventes at være i stand til at foretage en sådan vurdering, der skal journalføres.

Tilbud om tandreguleringsbehandling fremsættes på det for behandlingens forløb gunstigste tidspunkt. Det betyder, at tilbud om en række behandlinger bør fremsættes i ganske ung alder. Det drejer sig fx om krydsbid, tvangsført mandibulært overbid og ektopiske hjørnetænder. Om end nogle børn, der har modtaget interceptiv behandling, efterfølgende vil få behov for en korrektiv behandling, er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at en ikke uvæsentlig del af en årgang bør tilbydes interceptiv behandling i en tidlig alder, idet interceptive behandlinger kan medvirke til at reducere omfanget af større, korrektive behandlinger senere. Ligeledes kan tidlig intercep-

⁷ Jf. brev af 5. november 1990 til samtlige kommunalbestyrelser og Københavns Magistrat fra Sundhedsministeriet (3.kt.j.nr.1990-2400-14 UK-AI.b10).

tiv behandling hos patienter med sådanne afvigelser i ansigtets normale vækstmønster, at en kombineret ortodontisk-kirurgisk behandling kan forudses, medføre en reduktion i størrelsen af de senere kirurgiske flytninger og hermed en mindre kompliceret kirurgi, idet stabiliteten og kvaliteten af behandlingsresultatet er afhængig af funktionen af bløddele og muskler, som ikke lader sig ændre på én gang.

Al ortodontisk behandling forudsætter omhyggelig information af patient og forældre med en klar anvisning af, hvilket ansvar patient og forældre har for behandlingens gennemførelse. Som optakt til en hvilken som helst tandreguleringsbehandling skal der herudover altid foretages en vurdering af, om den respektive behandling er realistisk at gennemføre. Især forhold som samarbejde og ikke mindst den enkelte patients vilje og evne til at renholde tænder og tandreguleringsapparat er meget væsentlig for at kunne gennemføre en behandling. Der kan under et tandreguleringsforløb ske uoprettelige skader på tænder og støttevæv, hvis der ikke foretages et tilfredsstillende renhold. I de tilfælde, hvor der i det daglige og inden påbegyndelse af behandling ikke kan tilvejebringes en god mundhygiejne, er det derfor kontraindiceret at foretage tandreguleringsbehandling.

Det bør tilstræbes, at de ortodontiske behandlinger forestås af specialtandlæger, og ansvarsfordelingen i forhold til den konkrete behandling må være klar (journalført) i de tilfælde, hvor andre behandlere (tandlæger/tandplejere/klinikassistenter) inddrages, og opgaver uddelegeres.

Ved forekomst af manglende tandanlæg (agenesi) henvises barnet/den unge til regionstandplejen med henblik på diagnostik og behandlingsplan og evt. visitation til regionstandpleje. Regionstandplejen bør udarbejde en vejledning til kommuner i regionen om, hvornår børn og unge skal henvises ved forekomst af manglende tandanlæg.

Som nævnt fremsættes tilbud om tandreguleringsbehandling på det for behandlingens forløb gunstigste tidspunkt. Afslår forældremyndighedens indehaver behandling på dette tidspunkt, kan der ikke senere rejses krav om gennemførelse af en behandling, som i mellemtiden kan have udviklet sig til en mere ressourcekrævende opgave. Hvis kommunen har besluttet, at et senere opstået ønske om tandregulering ikke vil blive imødekommet, skal forældre eller barn, jf. afsnit 2.6 (patientens selvbestemmelse og informeret samtykke), informeres om denne praksis straks, når forældre eller barn afslår behandling. Afgørelsen af, om et ønske fra forældre eller barn om at iværksætte en ortodontisk behandling på et senere tidspunkt inden det 18. år alligevel vil kunne efterkommes, ligger hos kommunen. Her vurderes det, under hvilke omstændigheder det oprindelige afslag på behandlingen er foregået, og om tandplejens ressourcer kan bære en gennemførelse af en sådan tandreguleringsbehandling.

Ved valg af privat praksis, jf. bekendtgørelsens § 4, er det den valgte virksomhedsansvarlige tandlæge, der dels er ansvarlig for, at ortodontisk undersøgelse indgår i de regelmæssige, generelle undersøgelser af barnet/den unge, dels er ansvarlig for, at børn med tandstillingsfejl henvises til konsultation hos specialtandlæge. Der er ikke hjemmel til, at den kommunale tandpleje mod betaling tilbyder ortodontisk visitation af de børn, der efter eget valg modtager tandpleje hos praktiserende tandlæge.

Da kommunens forpligtelse over for børn og unge ophører, når den pågældende fylder 18 år, kan kommunen ikke tilbyde tandreguleringsbehandling efter det fyldte 18. år, med mindre der er tale om, at den unge er midt i et konkret behandlingsforløb, der kan færdiggøres indenfor en rimelig tid (1 år) efter børne- og ungdomstandplejens ophør. Undtagelser herfra er dog de tilfæl-

de, hvor den kommunale tandpleje ikke rettidigt har foretaget visitation til eller opstart af tandreguleringsbehandling, eller et sent vækstmønster hos barnet medfører, at kommunen ikke kan færdiggøre påbegyndt tandregulering, der ligger inden for visitationskriterierne, indenfor en rimelig tid. I disse særlige tilfælde vil færdiggørelse af tandreguleringsbehandlingen kunne strække sig udover det fyldte 19. år.

Kommunen har heller ikke hjemmel til at påbegynde behandling efter det fyldte 18. år. Undtagelsen er dog behandlingstilbud i relation til regionstandplejen, dvs. tandplejebekendtgørelsens § 18, stk. 3, hvor regionen har mulighed for at indgå aftale med praktiserende tandlæger eller den kommunale tandpleje om varetagelse af opgaver, der kan løses af disse, også efter det fyldte 18. år.

Hvis regionstandplejen skønner, at der skulle være særlig faglig indikation for at udskyde tandreguleringsbehandling til efter det 18. år, fx ved behandling med tandimplantater, er det regionstandplejen, der fremsætter og finansierer tandreguleringsbehandlingen. Hvis regionstandplejen ønsker iværksættelse af tandreguleringsbehandling i den kommunale tandpleje efter det fyldte 18. år, skal dette ske i samråd med den kommunale tandpleje i god tid, inden den unge forlader børne- og ungdomstandplejen, og journalføres.

Med henblik på at undgå situationer, hvor der er tvivl om behandlingsregi (børne- og ungdomstandpleje eller regionstandpleje) og dermed manglende ansvarsplacering, samt med henblik på at opnå det bedst mulige behandlingsresultat inden for sundhedslovens rammer, skal der lægges vægt på et velfungerende og smidigt samarbejde mellem regionstandplejen og børne- og ungdomstandplejen. Nærmere retningslinjer for en sådan koordination bør udarbejdes af koordinationsudvalget og eventuelle samarbejdsudvalg.

3.6.5 Patienter henvist til regionstandplejen

For patienter, der er henvist til behandling i regionstandplejen, skal den behandling, der kan udføres i den kommunale tandplejes regi, udføres der. Således bør tandreguleringsbehandling udføres og afsluttes af den specialtandlæge, der er tilknyttet kommunens ortodontiske service. Grundlæggende udfører børne- og ungdomstandplejen dermed ortodontisk behandling for de patienter, der efterfølgende skal modtage endelige specialbehandling i regionstandplejen. Om end tandstillingsfejl kan udvikle sig, indtil barnets vækst og fysiske modning er afsluttet, er det således Sundhedsstyrelsens opfattelse, at børne- og ungdomstandplejen som hovedregel afslutter den ortodontiske behandling inden det kommunale tandplejetilbuds ophør.

Udgifter til tandbehandling, der udføres i den kommunale tandpleje som led i et regionalt tandplejetilbud, påhviler den kommunale tandpleje, indtil barnet fylder 18 år. Undersøgelsesydelse, fx røntgenbilleder, studiemodeller og lignende, der ikke er særligt vanskelige, og som ikke kræver et nært samarbejde mellem de forskellige dele af regionstandplejens odontologiske team, og som dermed kan udføres af børne- og ungdomstandplejen, er ligeledes omfattede af disse regler.

3.6.6 Kosmetisk behandling

Børne- og ungdomstandplejen skal tilbyde behandling til de børn og unge, der har veldefineret indikation. Det skal således være faglige forhold, der taler for iværksættelse af behandling hos det enkelte barn.

Det er velkendt, at grænserne for normal variation har sammenhæng med sociale normer i referencegrupper og det omgivende samfund. Udgangspunktet er imidlertid, at tilbuddet på lands-

plan skal være ensartet, og at den offentlige tandpleje ikke skal tilbyde kosmetisk behandling. Med henblik på at skelne mellem behandling udført på psykosocial indikation og kosmetisk behandling kan opstilles følgende definitioner:

- Behandling udført på psykosocial indikation er behandling, hvor den afgørende indikation for behandlingen er en korrektion af personens udseende, således at dette ikke afviger i en sådan grad, at det må anses for invaliderende.
- Behandling udført på kosmetisk indikation er behandling, hvor det kosmetiske hensyn udgør den afgørende indikation for behandlingen, dvs. en behandling, der som hovedformål har til hensigt at forandre/forbedre udseendet, men hvor der ud fra en faglig vurdering ikke er tale om afvigelser i udseendet, der må anses for invaliderende.

Kosmetiske behandlinger er ikke omfattet af tilbuddet i børne- og ungdomstandplejen.

3.6.7 Nødbehandling og tandskader

Nødbehandling som følge af akut opståede tand-, mund- og kæbeproblemer bør kunne foretages umiddelbart, selv om den akut opståede situation finder sted uden for barnets/den unges bopælskommune, eller selv om den akutte nødbehandling må foretages hos en tandlæge, som ikke normalt har ansvaret for den pågældendes tandpleje.

For at undgå efterstående problemer omkring afholdelse af udgiften forbundet med nødbehandling, bør denne udelukkende omfatte de indgreb, som er nødvendige for at afhjælpe den akutte situation og for at sikre, at patientens orale tilstand er sådan, at videre behandling kan foregå hos den tandlæge/kommunale klinik, hvor barnets/den unges tandpleje normalt foregår. Andet kan dog være aftalt.

Med henblik på at reducere uklarheder omkring betaling af nødbehandling for børn, der eventuelt har valgt andet behandlingstilbud end det, bopælskommunen vederlagsfrit stiller til rådighed, sendes den fulde regning for nødbehandling til bopælskommunen. Denne sender regningen videre til behandlerkommunen, såfremt barnet/den unge har valgt tandpleje i en anden kommune end bopælskommunen, eller opkræver eventuel egenbetaling hos forældrene, såfremt barnet efter eget valg modtager tandpleje hos praktiserende tandlæge.

I forbindelse med tandskader skal det pointeres, at børne-/ungdomstandplejeordningen omfatter nødvendig behandling, hvad enten skaden kan tilregnes skadelidte eller tredjemand, og der sondres ikke mellem forsæt og uagtsomhed, eller om skaden er sket i skoletiden eller i fritiden.

3.6.8 Behandling i generel anæstesi

Det kan være nødvendigt at foretage tandbehandling i generel anæstesi, når det odontologiske behandlingsbehov er så omfattende og/eller er af en sådan karakter, at barnet ikke er i stand til at gennemføre tandbehandling på konventionel vis. Ved tandbehandling i generel anæstesi bør den generelle anæstesi foretages af en speciallæge i anæstesiologi, der træffer beslutning om, hvorvidt anæstesen af barnet kan foregå ambulant eller skal foregå på et sygehus. Den kommunale tandpleje skal have indgået en aftale med et sygehus i regionen vedrørende foretagelse af tandbehandling i generel anæstesi for de børn og unge, der tilhører tandplejen.

3.6.9 Færdiggørelse af behandling

Kommunen er ansvarlig for færdiggørelse af påbegyndte behandlinger ud over det fyldte 18. år. I tilfælde af flytning mellem kommuner overgår ansvaret for færdiggørelse til den nye bopælskommune.

En forudsætning for, at tilflytningskommunen kan leve op til denne forpligtelse, og at sammenhængen i behandlingstilbuddet kan sikres, er, at den nye behandlingsansvarlige instans modtager oplysning om tidligere og igangværende behandling. Færdiggørelse af behandling ud over det 18. år er aktuel, når patienten er midt i et konkret behandlingsforløb, der antages at kunne afsluttes umiddelbart efter det generelle tandplejetilbuds ophør.

I de særlige tilfælde, hvor børn og unge under 18 år efter eget valg modtager det kommunale tandplejetilbud i privat tandlægepraksis eller ved en anden kommunes tandklinik, kan bopælskommunen beslutte, at færdiggørelse af konkret påbegyndte behandlinger skal ske der, hvor behandlingen er påbegyndt. Med denne bestemmelse sigtes hovedsageligt til større sammenhængende behandlinger, typisk ortodontiske behandlinger, hvis færdiggørelse kan strække sig over flere år.

En sådan eventuel beslutning fra bopælskommunens side vil kunne være med til at sikre kontinuitet og sammenhæng i patientforløbet og hindre øgede kommunale udgifter. Derimod vil der kun under helt særlige omstændigheder være strengt faglige forhold til stede, der kan begrunde en sådan beslutning.

Af denne grund skal begrebet ”konkret påbegyndt behandling”, jf. bekendtgørelsens § 6, stk. 1, forstås snævert. Det forhold, at røntgenbilleder er optaget og opmålt, studiemodeller fremstillet, behandlingsplan lagt og separation isat, er ikke i sig selv ensbetydende med, at behandling er konkret påbegyndt. En forudsætning for, at der kan være tale om en konkret påbegyndt behandling, der kan berettige til beslutning om færdiggørelse i det regi, hvor den er påbegyndt, er således, at aftageligt ortodontisk apparatur skal være fremstillet, eller fast ortodontisk apparatur skal være isat.

Det forhold, at der for alle børn og unge i henhold til tandplejebekendtgørelsen er hjemlet adgang til at fastholde sådanne konkrete påbegyndte behandlinger i det regi, hvor de er påbegyndt, er ikke ensbetydende med, at der samtidig er mulighed for at hindre barnet/den unge i at skifte behandlerregi for de øvrige, almene tandplejeydelser. Dette betyder fx, at hvis et barn, der er tilmeldt kommunens offentlige tandklinik og har påbegyndt tandreguleringsbehandling, ønsker at foretage frit valg til privat praksis, kan kommunen beslutte at tandreguleringsbehandlingen skal færdiggøres i regi af den offentlige klinik, men kommunen kan ikke hindre, at barnet frit vælger praktiserende tandlæge for det almene tandplejetilbud. Dette forhold bør give anledning til en skærpende opmærksomhed på og tydeliggørelsen af ansvarsfordelingen mellem forskellige behandlere.

Det påhviler som tidligere nævnt kommunen at foretage en rettidig udvælgelse af de børn, der har indikation for ortodontisk behandling, samt at give et rettidigt tilbud om behandling, mens barnet/den unge er omfattet af den kommunale tandpleje.

Såfremt det kan forudses, at en given behandling – typisk i tilfælde hvor behandlingen på grund af særlige omstændigheder først kan iværksættes på et sent tidspunkt – først kan fuldføres længe

efter, den unge har forladt den kommunale tandpleje, vil der derimod ikke være tale om en behandlingsopgave, der ligger inden for den kommunale tandplejes rammer.

For ortodontiske behandlinger gælder det generelt, at færdiggørelse efter det 18. år omfatter såvel den aktive fase som retentionsfasen, i de tilfælde, hvor patienten som afslutning på en ortodontisk behandling gives en ikke-permanent retention. Denne situation vil således være at opfatte, som at patienten er midt i et konkret behandlingsforløb, der bør afsluttes inden patienten fylder 19 år, og forpligtelsen til at fjerne/betale for fjernelsen af rettionen påhviler kommunen.

Derimod vil der i tilfælde, hvor patienten tilrådes at beholde fastsiddende retentioner semipermanent eller permanent for at undgå recidiv, ikke være tale om, at patienten er midt i et konkret behandlingsforløb, for hvilket kommunen er forpligtet til færdiggørelse. Afsluttes den ortodontiske behandling med en retention, der først skal fjernes lang tid efter den kommunale tandplejes ophør, påhviler det således ikke den kommunale tandpleje at fjerne eller betale for fjernelse af denne. Såfremt patienten ikke er videre visiteret til regionstandplejen, og rettionen således ikke er en del af den specialbehandling, der ydes der, vil udgiften i forbindelse med kontrol, fjernelse mv. af rettionen derfor som udgangspunkt påhvile patienten selv på linje med de udgifter, patienten i øvrigt har til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje, der ydes hos praktiserende tandlæge.

Pligten til færdiggørelse af traumebehandlinger gælder ikke permanente tanderstatninger, der først kan udføres, længe efter den unge har forladt den kommunale tandpleje. I disse tilfælde bør den kommunale tandpleje vejlede med hensyn til skadeserstatning mv. i forbindelse med den senere endelige behandling, herunder varetage skadesanmeldelse til forsikring.

I relation til almindelig kariesbehandling må det generelt forventes, at tandplejen tilrettelægger sit arbejde således, at den unge, der står for at skulle forlade tandplejen, fordi vedkommende fylder 18 år, indkaldes til sidste behandling så betids, at færdiggørelse af kariesterapi vil kunne finde sted inden det fyldte 18. år, også i de tilfælde, hvor det drejer sig om kariesterapi af et ikke ubetydeligt omfang. Som udgangspunkt kan en behandlingsplan, hvor samtlige kariesbehandlinger ikke er fuldført, inden den unge fylder 18 år, ikke i sig selv sidestilles med, at patienten er midt i en påbegyndt behandling. I de tilfælde, hvor en planlagt kariesbehandling ikke kan afsluttes, inden patienten fylder 18 år, men måske først en til to måneder senere, bør kommunen foretage en konkret vurdering af baggrunden for den manglende afslutning af den planlagte behandling. Særlige omstændigheder vil således kunne medføre, at behandlingen falder ind under reglerne om færdiggørelse.

4 Omsorgstandpleje

4.1 Personkreds

Kommunerne skal tilbyde forebyggende og behandlende tandpleje (omsorgstandpleje) til personer, der er tilmeldt folkeregisteret i kommunen, og som på grund af kronisk nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte det almindelige tandplejetilbud. Sundhedsloven sigter mod, at omsorgstandplejetilbuddet ydes til personer, hvis egenomsorg er så begrænset, at de har behov for hjælp i almindelige daglige funktioner eller for egentlig pleje. Det er karakteristisk, at personkredsen grundet nedsat funktionsevne⁸ har vanskeligt ved at benytte det etablerede tandplejesystem og modtage tandpleje på en etableret tandklinik. Det er desuden karakteristisk, at personkredsen har nedsat evne til at klare egen daglig hjemmetandpleje.

Det er ikke tanken, at en bredere kreds af svagelige ældre eller handicappede, der kan behandles på almindelige handicapvenligt indrettede tandklinikker, skal være omfattet af omsorgstandplejetilbuddet. Omsorgstandplejen er heller ikke rettet mod personer, som principielt kan benytte de eksisterende tandplejetilbud, men som af sociale eller andre grunde har fravalgt dette.

Størstedelen af omsorgstandplejens personkreds består af ældre, der modtager alderspension. Grundet begrænset egenomsorg og nedsat funktionsevne har størstedelen af personkredsen et stort behov for personlig og praktisk hjælp i dagligdagen, hvorfor en betydelig andel af de ældre, der opholder sig i pleje- eller ældrebolig eller på plejehjem, opfylder visitationskriterierne for omsorgstandpleje. Ældre, der opholder sig i eget hjem og modtager vidtgående hjælp fra hjemmepleje og hjemmesygepleje, udgør desuden en stor andel af omsorgstandplejens personkreds.

Derudover består personkredsen af udviklingshæmmede og sindslidende, hos hvem der ikke er særlige odontologiske problemer, der kræver tandlægefaglig specialbehandling i specialtandplejen, men hvor personen ikke i tilstrækkeligt omfang er i stand til at benytte de eksisterende tandplejetilbud hos praksistandplejen, overvejende på grund af ringe egenomsorg. Det er også karakteristisk for denne del af omsorgstandplejens målgruppe, at de har vanskeligt ved at udnytte det etablerede tandplejesystem, ligesom de har vanskeligt ved at bevare kontinuiteten i deres tandpleje. Derudover ses der hos disse patienter nedsat eller manglende evne til at varetage den daglige hjemmetandpleje. Omsorgstandplejen vil her være velegnet til at yde patienten et relevant tandplejetilbud, når den pågældende ikke er i stand til at benytte tandpleje hos praktiserende tandlæge, og når der ikke skønnes at være behov for specialbehandling i specialtandplejen. Det vil i sådanne situationer være relevant at tilbyde omsorgstandpleje til såvel voksne som til unge ved børne- og ungdomstandplejens ophør.

⁸ Funktionsevne: Med afsæt i WHO's bio-psyko-sociale model "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) omfatter funktionsevne tre komponenter: Kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne kan påvirkes af helbredsmæssige forhold, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer. Se endvidere Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom* (2016).

4.2 Visitation

Visitation til omsorgstandpleje sker i henhold til sundhedslovens § 131. Kommunen har det overordnede ansvar for organisering af omsorgstandplejen og for, at visitation finder sted, både for ungdomsgruppen og for voksengruppen.

Kommunen har pligt til at oplyse om, hvorledes kommunen har tilrettelagt omsorgstandplejen.

Det anbefales, at kommunerne udfører opfølgende aktiviteter med henblik på at informere målgruppen om omsorgstandplejen. Kommunen bør derfor blandt andet udarbejde og løbende vedligeholde borgerrettet informationsmateriale om sit omsorgstandplejetilbud og benytte kanaler, der egner sig til at nå målgruppen. Det indebærer, at kommunen, foruden at benytte digitale informationskanaler, også bør overveje at benytte andre kanaler til at nå målgruppen, eksempelvis pjecer. Det anbefales, at kommunen blandt andet informerer om, hvem der er berettiget til at modtage omsorgstandpleje, hvordan borgere og pårørende henvender sig, hvis de ønsker visitation, indholdet af omsorgstandplejen og regler for egenbetaling⁹.

Visitation til omsorgstandpleje sker ud fra en konkret individuel vurdering, svarende til principper anvendt ved visitation til fx personlig hjælp og pleje efter servicelovens Kapitel 16. Der er således tale om en konkret individuel vurdering af den enkelte borger, uanset om borgeren er hjemmeboende, indgår i psykosociale tilbud i kommunen eller modtager andre særlige tilbud på grund af varig og betydelig funktionsnedsættelse, eller om borgeren bor i ældre- og plejebolig eller på plejehjem. Visitation til omsorgstandpleje foretages derfor også typisk af det samme personale, som visiterer til personlig hjælp mv. efter serviceloven. Idet det personale, der visiterer til omsorgstandpleje, typisk ikke har en tandfaglig baggrund, anbefales det, at kommunerne ved behov indhenter rådgivning og bistand fra tandfagligt personale i forbindelse med visitation til omsorgstandplejen.

Det anbefales, at kommunerne anvender en helhedsvurdering, jf. ”Fælles Sprog III”, ved visitation til omsorgstandpleje, og at borgere med funktionsevne 3 og 4 i ”Fælles Sprog III” inden for områderne ”personlig pleje”, ”mobilitet” eller ”mental og psykisk tilstand” altid og individuelt skal vurderes med henblik på eventuel visitation til omsorgstandpleje. Idet borgere, som visiteres til plejebolig, ofte har vidtgående nedsat funktionsevne og begrænset egenomsorg, anbefales det desuden, at kommunen i forbindelse med visitation til plejebolig er særligt opmærksom på at tage stilling til, om den pågældende borger også bør visiteres til omsorgstandpleje. Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens rapport om modernisering af omsorgstandplejen (2016).

Når unge med nedsat funktionsevne fylder 18 år, skal de kunne visiteres direkte til omsorgstandplejen, hvis de ikke skønnes at kunne benytte tandpleje hos praktiserende tandlæge og under forudsætning af, at de i øvrigt ikke skønnes at have behov for et specialiseret tandlægefagligt tilbud i specialtandplejen. I sådanne tilfælde er det børne- og ungdomstandplejen, der visite-

⁹ Kommunen kan beslutte, hvorvidt omsorgstandplejen skal være vederlagsfri for modtagerne, eller om de selv skal betale en del af udgiften, jf. § 10 i tandplejebekendtgørelsen. Egenbetalingens maksimale beløb pristalsreguleres hvert år og vil fremgå af den cirkulæreskrivelse om regulering af egenbetaling i omsorgstandplejen, specialtandplejen, m.v., der årligt udarbejdes af Sundheds- og Ældreministeriet.

rer den unge til omsorgstandplejetilbuddet. I praksis er det kun en lille andel af patienterne i omsorgstandplejen, som visiteres direkte fra børne- og ungdomstandplejen.

Herudover kan personer med betydeligt og varigt nedsat funktionsevne, der oprindeligt er visiteret til specialtandplejen, herfra viderevisiteres til omsorgstandplejen, såfremt det efter en tandlægefaglig vurdering findes hensigtsmæssigt, jf. bekendtgørelsens § 13, stk. 3.

Det bør regelmæssigt vurderes, hvorvidt indskrevne patienter bør henvises til et andet niveau i tandplejen, således at princippet om, at patienten behandles på det laveste effektive omkostningsniveau (efter LEON-princippet), tilgodeses. I praksis vil dette være ensbetydende med, at patienten kan udvisiteres af omsorgstandplejen til fx tandpleje hos praktiserende tandlæge eller tandplejer, såfremt de kriterier, der gjorde, at patienten oprindeligt blev visiteret til omsorgstandpleje, ikke længere er til stede. Den enkelte patient kan således omvisiteres til tilbud på både højere og lavere specialiseringsniveau, dog således at det altid er patientens tandplejebehov og funktionsniveau, som lægges til grund for beslutning om, hvor tandplejen ydes mest hensigtsmæssigt. Omvisitering bør derfor kun finde sted på baggrund af en samlet vurdering af patienten baseret på såvel en tandlægefaglig bedømmelse som en konkret individuel vurdering fra kommunen. Hvis der ikke generelt er behov for at henvise en borger, der er visiteret til omsorgstandpleje, til specialtandpleje, kan der henvises til specialtandplejen for specielle enkeltopgaver (eksempelvis behandling i generel anæstesi).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne udarbejder og offentliggør retningslinjer for, hvordan øvrigt sundhedspersonale, herunder sygehuspersonale, kliniske tandteknikere og praktiserende tandlæger og tandplejere, kan henvise patienter til visitation til omsorgstandpleje. Retningslinjerne har til formål at bidrage til at sikre et sammenhængende tilbud om tandpleje til målgruppen. Herudover anbefaler Sundhedsstyrelsen, at kommunerne udarbejder en kvalitetsstandard for omsorgstandpleje, som blandt andet beskriver, hvornår og hvordan borgere kan visiteres til omsorgstandpleje, fx i forbindelse med indflytning i plejebolig.

4.3 Opgavevaretagelse og kompetencer

Det tandfaglige personale bør besidde særlige kommunikative kompetencer, idet en stor andel af borgerne i omsorgstandplejen har kognitiv funktionsnedsættelse grundet demens. Derudover bør det tandfaglige personale have indsigt i de specielle problemer, som personer med funktionsnedsættelse og begrænset egenomsorg har i relation til pasning af tænder og mund.

Med henblik på at understøtte en opbygning og udvikling af personalets faglige kompetencer og erfaring med målgruppen, anbefales det derfor, at kommunen organiserer sig således, at der er en tilstrækkelig patientvolumen, som giver mulighed for, at kommunen kan dedikere et begrænset antal medarbejdere til omsorgstandplejen og understøtte kompetenceudviklingen, frem for at varetagelse af omsorgstandpleje fordeles på flere forskellige medarbejdere, som kun beskæftiger sig med omsorgstandpleje i en mindre del af deres arbejdstid. Herudover vil en tilstrækkelig patientvolumen medføre en mere rationel udnyttelse af ressourcerne, både personaleresourcer samt det udstyr og de faciliteter i tandklinikkerne, som skal være til stede for, at personalet kan modtage og behandle patienter med funktionsnedsættelse.

4.4 Organisation og opgaver

Kommunerne kan tilbyde omsorgstandpleje ved både offentlige klinikker og i privat tandlægepraksis/klinisk tandteknikerpraksis. Kommunen kan desuden indgå aftale med regionen eller andre kommuner om varetagelse af hele eller dele af tandplejen for omsorgstandplejens målgruppe, jf. tandplejebekendtgørelsens § 8.

4.4.1 Kommunalbestyrelsens årlige redegørelse og indgåelse af rammeaftale med regionsrådet

I de tilfælde, hvor kommunalbestyrelsen ønsker, at regionen skal varetage omsorgstandplejen, skal kommunalbestyrelsen inden 1. maj levere en redegørelse til regionsrådet med samme oplysninger som anført ved specialtandplejen, jf. afsnit 5.4.2.

Med udgangspunkt i kommunalbestyrelsens redegørelse skal indgås en rammeaftale mellem kommunalbestyrelsen og regionsrådet. Rammeaftalen skal indeholde de samme oplysninger, som er anført ved specialtandplejen, jf. afsnit 5.4.3.

Hvis kommunalbestyrelsen indgår aftale med en anden kommune om varetagelse af omsorgstandplejen, er der ikke krav om udarbejdelse af en årlig redegørelse eller indgåelse af en rammeaftale. Det anbefales dog, med henblik på at sikre sammenhæng og kontinuitet i patientforløbet, at der også mellem kommuner indgås en specifik aftale for hver enkelt patient om opgave- og ansvarsfordelingen.

4.5 Valg af tandplejetilbud

Personer, der tilbydes omsorgstandpleje, kan vælge mellem tandplejetilbud ved en kommunal klinik eller i privat regi, uanset om kommunen som udgangspunkt tilbyder omsorgstandpleje på offentlig klinik, jf. § 9 i tandplejebekendtgørelsen.

Herudover kan personer, der visiteres til omsorgstandpleje, fravælge tilbuddet. Personer, der opfylder kriterierne for at modtage tilbuddet om omsorgstandpleje, men som ikke ønsker at modtage dette, bevarer retten til at benytte det almindelige tandplejetilbud og tilskud til tandpleje efter reglerne i sundhedslovens § 65, jf. § 8, stk. 3, i tandplejebekendtgørelsen.

Sundheds- og Ældreministeriet forvalter og vejleder om alle forhold vedrørende ret til frit valg af tandpleje i omsorgstandplejen. Eventuelle spørgsmål om fritvalgsordningen i omsorgstandplejen kan rettes til Sundheds- og Ældreministeriet.

4.6 Inddragelse af patienter og pårørende

Som beskrevet i afsnit 4.8 (tandplejens indhold) skal der i tilrettelæggelsen af omsorgstandplejen tages vidtstrakt hensyn til den enkeltes ønsker og behov, herunder særligt hensyn til tidligere tandplejevaner. Patienten skal endvidere, så vidt det er muligt, inddrages i de dele af behandlingen, der vedrører forebyggelse og sundhedsfremme gennem hjælp og motivation til regelmæssig mundpleje.

Nære pårørende og plejepersonale kan, under forudsætning af at borgeren/patienten giver samtykke hertil, inddrages til at støtte op om behandlingen, der skal sikre, at patientens tand-, mund- og kæberegion forbliver funktionsdygtig. Det skal her understreges, at nære pårørende har en støttende funktion, og at de ikke bør pålægges at overtage udførelsen af plejeopgaver, eksempelvis daglig mundpleje, som patienten er blevet visiteret til at modtage af kommunen.

Omsorgstandplejen benyttes i overvejende grad af ældre med nedsat funktionsevne, herunder kognitiv nedsat funktionsevne som følge af en fremskreden demenssygdom, der kan svække personens evne til at give udtryk for egne behov og give informeret samtykke til behandling. For personer med demens, der modtager tilbud om omsorgstandpleje, kan der være et særligt behov for inddragelse af nære pårørende, der kan ledsage patienten og skabe tryghed i behandlingssituationen samt afgive oplysninger på patientens vegne.

Herudover henvises til afsnit 2.6 om de generelle regler for informeret samtykke og ret til selvbestemmelse i den kommunale tandpleje.

4.7 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Da omsorgstandplejens borgere ofte har nedsat funktionsevne og begrænset egenomsorg, er der behov for et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem tandplejens personale og de øvrige personalegrupper, som i det daglige er tæt på målgruppen. Derfor anbefales det, at omsorgstandplejen samarbejder med de øvrige faggrupper i social- og sundhedsvæsenet, både om tidlig opsøgende tandpleje til borgere i målgruppen og om tilrettelæggelse af indsatsen, herunder de almene sundhedsfremmende foranstaltninger. Herigennem skal det sikres, at omsorgstandplejens mål og aktiviteter integreres i en helhedsorienteret indsats målrettet den enkeltes ønsker og behov.

Omsorgstandplejens samarbejdspartnere er derfor først og fremmest medarbejdere i kommunernes social- og sundhedsforvaltninger, som har kendskab til målgruppen og de lokale forhold. Herunder arbejdes sammen med ledelse og medarbejdere i ældre- og plejeboliger og på plejehjem samt på kommunale og regionale bosteder, hvor omsorgstandplejens personkreds kan opholde sig. For de hjemmeboende borgeres vedkommende vil tandplejens samarbejdspartnere især omfatte hjemmeplejens personale. Det er væsentligt, at omsorgstandplejen og de øvrige faggrupper i de kommunale social- og sundhedsforvaltninger kontinuerligt udveksler informationer om, hvilke aktiviteter der er i gang på tandplejeområdet og i det enkelte patientforløb, og om nye tandplejeaktiviteter vil indvirke på de øvrige personalegruppers arbejde.

Herudover er det væsentligt, at kommunerne informerer og samarbejder med øvrigt sundhedspersonale på sygehuse, i almen praksis, i private tandklinikker mv., både om henvisning til den kommunale visitation til omsorgstandpleje, men også som en del af behandling og forebyggelse på tandplejeområdet. Herunder kan det i komplekse forløb være relevant at etablere samarbejdsrelationer mellem omsorgstandplejen og sygehusafdelinger om enkelte elementer i behandlingen, herunder generel anæstesi, jf. afsnit 4.8.4 om behandling i generel anæstesi.

4.8 Tandplejens indhold

Omsorgstandplejen skal gennem opsøgende tandpleje, regelmæssige undersøgelser tilpasset den enkeltes behov samt forebyggende aktiviteter og behandlinger medvirke til at fremme den enkeltes samlede sundhed og trivsel.

Omsorgstandplejens faglige elementer skal opfattes som et samlet tandplejetilbud, og der skal sikres en kontinuitet mellem de forebyggende og de behandlende aktiviteter.

Tandplejetilbuddet skal baseres på et realistisk behandlingsbehov. Det vil sige, at der i forbindelse med tandplejetilbuddet skal foretages et kvalificeret skøn over behovet for tandpleje under hensyntagen til patientens alder og almentilstand, objektive behov samt subjektive behov og øn-

sker, således at de foranstaltninger, der tilbydes, medvirker til at opretholde/forbedre patientens livskvalitet både i fysisk og psykisk henseende.

Hvor patientens almentilstand begrænser mulighederne for intervention eller vanskeliggør gennemførelsen af denne, har den tandlægelige indsats først og fremmest til hensigt at holde patienten fri for patologiske tilstande, der kan forvolde smerter og andre gener.

I de følgende afsnit beskrives elementerne i tandplejetilbuddet nærmere.

4.8.1 Forebyggelse og sundhedsfremme

Den almene og individuelle forebyggelse i omsorgstandplejen omfatter aktiviteter, der tager sigte på at forhindre sygdomssymptomer og -tilstande i tænder, mund og kæber i at opstå og at begrænse udbredelsen af disse, hvis de allerede er opstået.

Sundhedsfremme og forebyggelse af sygdom i mund og tænder kræver først og fremmest god daglig mundhygiejne ved tandbørstning med fluortandpasta og/eller rengøring af tandprotese. Dårlig mundhygiejne hos borgere med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne kan medføre udvikling af tandsygdomme, tandtab og nedsat livskvalitet, men har også indflydelse på det generelle helbred. Der er påvist sammenhæng mellem dårlig mundhygiejne og udvikling af lungebetændelse, ligesom sammenhænge mellem parodontitis, diabetes og hjerte-karsygdomme er beskrevet.

En væsentlig del af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i omsorgstandplejen er at oplyse såvel borger som omsorgspersonale om betydningen af et sundt og funktionsdygtigt tandsæt. Indsatsen lægger særlig vægt på at tydeliggøre betydningen af god mundhygiejne og hensigtsmæssig kost. Endelig sigter indsatsen mod at motivere borgeren til regelmæssig tandpleje, samt at borgeren og omsorgspersonale gives instruktion i og hjælp til daglig mundpleje. Her kan for eksempel benyttes en sundhedspædagogisk tilgang.

Da målgruppens borgere ofte har nedsat funktionsevne og begrænset egenomsorg, er der i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde behov for et udstrakt tværfagligt samarbejde mellem omsorgstandplejens personale og de øvrige personalegrupper i social- og sundhedsvæsenet, som i det daglige er tæt på målgruppen, jf. afsnit 4.7. Der er således også behov for tæt koordinering mellem serviceloven og sundhedsloven på området. Det skal bemærkes, at tand- og mundpleje ikke direkte kan sidestilles med andre personlige plejeopgaver, fordi tand- og mundpleje – foruden selve plejen af mund og tænder – består af forebyggelse af både tandsygdomme og almensygdomme samt indsats ved behandling af særligt tandsygdommene karies og paradentose.

Plejepersonale omkring borgeren bør etablere en systematisk indsats med daglig hjælp til mundhygiejne hos de borgere med nedsat funktionsevne, der har behov. Det anbefales, at omsorgstandplejen i tæt samarbejde med ledelse og personale i ældre- og plejeboliger samt hjemmeplejen implementerer en individuel mundplejeplan for alle borgere med nedsat funktionsevne og med vurderet behov for hjælp til tand- og mundpleje. Det anbefales endvidere, at omsorgstandplejens personale ved implementering af en individuel mundplejeplan følger særlige principper omkring tandplejens aktive tilstedeværelse i patientens nærmiljø, praktisk instruktion af omsorgs- og plejepersonale ude hos patienten og løbende monitorering af mundhygiejnen. Se i øvrigt Sundhedsstyrelsens rapport om modernisering af omsorgstandplejen (2016).

4.8.2 Undersøgelse

Undersøgelser bør foretages i henhold til Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen.

4.8.3 Behandling

Patienter i omsorgstandplejen bevarer i stigende grad egne naturlige tænder. Patienterne er for størstedelens vedkommende enten risikopatienter og/eller patienter med et komplekst behov for diagnostik og behandling, hyppige forekomster af mundslimhindelidelser samt akutte behandlingskrævende tilstande.

Det er den behandlende tandlæge eller tandplejer, der under sit autorisationsansvar og i det konkrete tilfælde først vurderer patientens behandlingsbehov og dernæst beslutter, om den tilbudte undersøgelse eller behandling bør foregå på en tandklinik, eller om den fagligt forsvarligt kan foretages i patientens eget hjem med mobil udstyr.

Hvis en patient ikke ønsker at blive transporteret til en tandklinik, skal den ansvarlige tandlæge eller tandplejer orientere patienten om konsekvenser af dette valg, herunder informere om mulige alternative undersøgelser eller behandlinger foretaget i patientens eget hjem eller konsekvensen af ikke at foretage undersøgelse eller behandling. Dette skal journalføres.

Af følgende tabel fremgår, hvor den pågældende type undersøgelse eller behandling bør udføres.

Tabel 1. Anbefalet sted for behandling/undersøgelse i omsorgstandplejen

Undersøgelse/behandling	Anbefalet sted for udførsel af behandling/undersøgelse
Diagnostiske undersøgelser	Fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser bør udføres i henhold til Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje 2016. For patienter med naturlige tænder bør diagnostiske undersøgelser foretages på tandklinik med henblik på at sikre kvalitet i diagnostik og adgang til røntgenundersøgelse. For tandløse patienter eller patienter med et betydeligt reduceret resttandsæt kan diagnostiske undersøgelser foretages i patientens eget hjem.
Tandrensning	Fjernelse af supragingival tandsten og bløde belægninger kan, såfremt der er tale om kortvarig behandling, foretages i patientens eget hjem. Mere omfattende curretage/depuration bør foretages på central klinik.
Fyldningsterapi	Bør af hensyn til kvaliteten i udgangspunktet foretages på en tandklinik. Mindre lettilgængelige fyldninger af glasionomer samt provisoriske og semiprovisoriske fyldninger vil kunne foretages i patientens eget hjem.
Rodbehandling	Bør af hensyn til kvaliteten og adgang til røntgen foretages på klinik.
Faste protetiske erstatninger	Bør af hensyn til kvaliteten og adgang til røntgen foretages

(kroner, broer)	på tandklinik.
Aftagelige protetiske erstatninger	Kan foretages i patientens eget hjem. Indledende diagnostisk og behandling bør foregå på tandklinik.
Kirurgiske indgreb, herunder tandudtrækninger	Bør ske på klinik af hensyn til såvel hygiejne som adgangen til røntgen.

4.8.4 Behandling i generel anæstesi

Det kan være nødvendigt at foretage tandbehandling i generel anæstesi, når det odontologiske behandlingsbehov er så omfattende og/eller er af en sådan karakter, at borgeren ikke er i stand til at gennemføre tandbehandling på konventionel vis. Ved tandbehandling i generel anæstesi bør den generelle anæstesi foretages af en speciallæge i anæstesiologi, der træffer beslutning om, hvorvidt anæstesien af borgeren kan foregå ambulant, eller skal foregå på et sygehus.

Den kommunale tandpleje skal have indgået en aftale med et sygehus i regionen vedrørende foretagelse af tandbehandling i generel anæstesi for de borgere, der er tilsluttet tandplejen.

4.8.5 Færdiggørelse af behandling

Hvis en patient flytter fra en kommune til en anden, påhviler det tilflytningskommunen at færdiggøre påbegyndte behandlinger og videreføre omsorgstandplejetilbuddet.

En forudsætning for at tilflytningskommunen kan leve op til denne forpligtelse, og at sammenhængen i behandlingstilbuddet kan sikres, er, at den nye behandlingsansvarlige instans modtager oplysning om tidligere og igangværende behandling.

5 Specialtandpleje

5.1 Personkreds

Kommunen skal tilbyde specialiseret tandpleje (specialtandpleje) til sindslidende, udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan benytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, voksentandplejen eller i omsorgstandplejen.

Ud over de nævnte persongrupper skønnes gruppen for specialtandpleje at omfatte visse personer med cerebral parese, autisme samt andre med meget betydelig og varig funktionsnedsættelse, eksempelvis hårdt ramte sklerosepatienter.

Sundhedsloven sigter imod, at specialtandplejetilbuddet ydes til personer med betydelig og varigt nedsat funktionsevne. Målgruppen har primært en psykisk funktionsnedsættelse, men ofte fysiske tillægshandikaps. Det er karakteristisk for målgruppen, at personerne ofte har behov for omfattende sygepleje- eller pædagogisk bistand. En del af målgruppen vil være indlagt på psykiatriske hospitaler, tilknyttet distriktskykiatriske ordninger/boformer efter serviceloven eller bo i kommunale eller regionale almene ældreboliger.

På grund af målgruppens adfærd og sygdom, vurderes denne at have særlige problemer med at benytte de sædvanlige tandplejetilbud og med at udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner. Målgruppen har derfor behov for særlig behandlingsmæssig støtte, fx generel anæstesi, for at gennemføre behandling. Endvidere er der behov for et mere specialiseret behandlingstilbud, end omsorgstandplejen kan tilbyde.

5.2 Henvisning og visitation

Personer, som har ophold i kommunale eller regionale boformer efter serviceloven eller i kommunale eller regionale almene ældreboliger efter lov om almene boliger m.v., der enten er etableret af kommunen eller af regionen efter aftale med kommunen, kan henvises direkte til specialtandpleje af den ansvarlige leder ved botilbuddet, jf. tandplejebekendtgørelsens § 13.

Herudover kan patienter, der er indlagt på eller tilknyttet psykiatriske hospitalsafdelinger, herunder distriktskykiatriske ordninger, henvises direkte til specialtandplejen, jf. § 13, stk. 2, i bekendtgørelse om tandpleje. Denne direkte henvisningsmulighed sikrer blandt andet, at borgere, der er tilknyttet de ovenfor nævnte boformer, har en direkte adgang til tandbehandling af akut karakter i specialtandplejen. Specialtandplejen kan efterfølgende foretage en tandlægefaglig visitation af, hvorvidt borgerens tandpleje kan foretages på et andet mindre specialiseret niveau i omsorgs- eller praksistandplejen.

Desuden kan hjemmeboende børn og unge, som er omfattet af servicelovens § 32 om særlige dagtilbud til børn, der på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for hjælp eller særlig støtte, der ikke kan dækkes gennem ophold i et af de almindelige dagtilbud, henvises til visitation til specialtandpleje. Ligeledes kan der finde henvisning til visitation sted af børn, som ifølge folkeskolelovens § 3, stk. 2, er berettigede til at modtage tilbud om specialundervisning, fordi deres udvikling kræver særlig hensyntagen eller støtte. Det er børne- og ungdomstandplejen, der henviser de pågældende børn og unge til visitation til specialtandpleje.

Det er op til de enkelte kommuner selv at formulere mere detaljerede henvisningsprocedurer, men kommunen skal synliggøre muligheden for henvisning for de berørte parter, herunder patienter og pårørende samt personalet på de boformer og hospitalsafdelinger mv., hvor målgruppen for specialtandplejen opholder sig. Herudover bør kommunen informere om indholdet af specialtandplejen og om regler for egenbetaling¹⁰.

Visitation til specialtandpleje sker på grundlag af en faglig bedømmelse af patientens evne og mulighed for at benytte de øvrige tandplejetilbud.

Der bør regelmæssigt foretages en tandlægefaglig vurdering i specialtandplejen af, hvorvidt indskrevne patienter bør henvises til et andet niveau i tandplejen, således at princippet om, at patienten behandles på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet), tilgodeses.

I praksis vil dette være ensbetydende med, at patienten kan udvisiteres af specialtandplejen til fx omsorgstandplejen, jf. tandplejebekendtgørelsens § 13, stk. 3, såfremt de forudsætninger, der gjorde, at patienten oprindeligt blev tilbudt specialtandpleje, ikke længere er til stede. Såfremt dette er tilfældet, er det imidlertid også ensbetydende med, at patienten, der som udgangspunkt tilhører specialtandplejens personkreds, kan genvisiteres til specialtandplejen fra fx børne- og ungdomstandplejen eller fra omsorgstandplejen, hvis det viser sig, at patientens tandplejebehov ikke i tilstrækkeligt omfang kan tilgodeses der. Det bærende princip er, at det er patientens tandplejebehov og funktionsevne, som lægges til grund for beslutning om, hvor tandplejen ydes mest hensigtsmæssigt.

5.3 Opgavevaretagelse og kompetencer

Behandling af specialtandplejens patienter kræver særlig indsigt i og viden om de funktionsnedsættelser, man møder hos patienterne, og hvorledes man håndterer de afledte udfordringer med hensyn til de forskellige elementer i tandplejen. Derfor anbefales det, ligesom for omsorgstandpleje (afsnit 4.3) at kommunen organiserer specialtandplejetilbuddet således, at personalet får mulighed for at opbygge erfaring og udvikle faglige kompetencer med håndtering og behandling af målgruppen. Det indebærer blandt andet, at der er en tilstrækkelig patientvolumen til stede i specialtandplejetilbuddet til, at et begrænset antal medarbejdere kan dedikeres til opgaven. I den forbindelse kan det være relevant, at kommuner eksempelvis går sammen og etablerer et fælles specialtandplejetilbud med henblik på opnå en tilstrækkelig patientvolumen.

5.4 Organisation og opgaver

Kommunen har ansvaret for, at borgeren får det specialiserede tandplejetilbud, som borgeren har krav på, og kommunen træffer beslutning om den nærmere organisering af specialtandplejen. Bopælskommunen (den kommune, hvor personen er tilmeldt folkeregistret) kan vælge at etablere behandlingstilbud på egne klinikker eller at overlade udførelsen af specialtandplejeopgaven til andre kommuner, regionsråd eller private klinikker, jf. bekendtgørelsens § 14, stk. 1.

¹⁰ Kommunen kan beslutte, hvorvidt specialtandplejen skal være vederlagsfri for modtagerne, eller om de selv skal betale en del af udgiften, jf. § 15 i tandplejebekendtgørelsen. Egenbetalingens maksimale beløb pristalsreguleres hvert år og vil fremgå af den cirkulæreskrivelse om regulering af egenbetaling i omsorgstandplejen, specialtandplejen, m.v., der årligt udarbejdes af Sundheds- og Ældreministeriet.

Specialtandplejen skal betragtes som et samlet tandplejetilbud, og der skal sikres en kontinuitet mellem de forskellige elementer. Dette gælder også i de tilfælde, hvor kommunen indgår aftale med andre om varetagelse af hele eller dele af specialtandplejeopgaven.

For at lette den fysiske tilgængelighed gøres klinikindretningen så handicapvenlig som mulig, både i adgangsforhold og med hensyn til liftning og lejring af patienten under udførsel af tandfaglig undersøgelse eller behandling. Da specialtandplejen regnes som et samlet tandplejetilbud, gælder dette for alle elementer af specialtandplejetilbuddet. Der henvises i øvrigt til planloven.

Endvidere skal der være adgang til elektiv tandbehandling i generel anæstesi (se afsnit 5.6.4 om behandling i generel anæstesi), ligesom det nødvendige billeddiagnostiske udstyr skal være til rådighed ved sådanne behandlinger. Med specialtandplejetilbuddet bør der også finde såvel kvalitetssikring som vidensopsamling sted, således at det igennem systematisk dokumentation til stadighed er muligt at dokumentere resultater og videreudvikle behandlingsmetoder.

Det er karakteristisk for patienter, der er indvisiteret til specialtandpleje, at de har særligt vanskeligt ved at benytte det almindelige tandplejetilbud og med at udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner. De har derfor behov for særlig behandlingsmæssig støtte. Så længe patienter er indvisiteret til specialtandpleje, er det således ensbetydende med, at de efter tandlægefaglig vurdering i specialtandplejen ikke skønnes i stand til at modtage det sædvanlige, samlede tandplejetilbud i det almindelige tandplejesystem.

Såfremt en kommune beslutter at udføre specialtandpleje på en klinik, der primært varetager tandpleje på et mindre specialiseret niveau, anbefales det, at kommunen har særlig opmærksomhed på at sikre, at indholdet af og rammerne for tandplejetilbuddet lever op til personkredsens behov, herunder vedrørende behandlingens specialiseringsniveau. Det gælder eksempelvis børn og unge i specialtandplejen. Her anbefales det, at børn og unge, der er visiteret til specialtandpleje, godt kan modtage behandling i børne- og ungdomstandplejens klinikker under forudsætning af, at indholdet af og rammerne for tilbuddet lever op til, hvad personkredsen har behov for.

Ikke mindst, når der er tale om en gruppe borgere, som har vanskeligt ved eller mangler evnen til at udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner, skal det ved tilrettelæggelsen af tilbuddet have særlig høj prioritet, at patientens manglende evne kompenseres ved et nært samarbejde med de fagpersoner, som omgiver patienten i det daglige (se afsnit 5.5 om tværfagligt og tværsektorielt samarbejde). Tandplejetilbuddet bør endvidere, i det omfang det er muligt, kompensere for patienternes manglende evne til at give udtryk for deres tandsygdomsproblemer.

5.4.1 Varetagelse af behandlingsopgaver uden for kommunens egne klinikker

Selvom specialtandplejens faglige elementer skal opfattes som et samlet tandplejetilbud, giver sundhedsloven mulighed for, at kommunen kan lade andre varetage behandlingsopgaver, herunder enkeltopgaver, som i specialisering og kompleksitet overstiger, hvad den enkelte kommune kan løfte på egne klinikker. Hvis kommunen derfor vurderer, at den ikke er i stand til at løfte hele eller dele af specialtandplejetilbuddet, kan kommunen vælge at indgå aftale med andre om at varetage dette.

Hvis kommunen indgår aftale med andre om varetagelse af dele af specialtandplejetilbuddet, men samtidig beslutter selv at varetage dele af specialtandplejetilbuddet, fx forebyggelse, er det vigtigt at være særlig opmærksom på at sikre kontinuitet mellem de forskellige elementer i pati-

entforløbet, eksempelvis de forebyggende og de behandlende. Kommunen bør også sikre sig, at de generelle krav til organisation af tilbuddet og til tilbuddets indhold er opfyldt, jf. afsnit 5.3 (opgavevaretagelse) og 5.6 (indhold). Det indebærer, at kommunen er opmærksom på, at de offentlige eller private klinikker, som kommunen har indgået aftale med, lever op til de krav og anbefalinger, der er til specialtandplejen. Blandt andet bør både sekundær forebyggelse og behandling foregå under rolige forhold.

Specialtandplejens personkreds har karakteristika, der betyder, at behandlingens resultater er afhængige af, at der er tryk og kontinuitet i behandlingsforløbet, og at de involverede fagpersoner har et betydeligt kendskab til såvel den enkeltes som til personkredsens særlige tandfaglige behov. Det vurderes, at sikring af kontinuitet og tryk i patientforløbene er vanskelig – eller umulig - hvis en væsentlig del af specialtandplejetilbuddet, herunder selve behandlingsopgaven, spredes ud til varetagelse blandt en større kreds af behandlere, som ikke har den fulde faglige tilknytning til, indsigt i og erfaring med indholdet i specialtandplejetilbuddet.

Såfremt kommunen indgår aftale med regionsrådet om varetagelse af hele specialtandplejen eller de dele som i specialisering og kompleksitet overstiger, hvad kommunen kan løfte på egne klinikker, henvises til nedenstående afsnit vedrørende kommunalbestyrelsens årlige redegørelse (afsnit 5.4.2) og rammeaftalen mellem regionsråd og kommunalbestyrelse (afsnit 5.4.3).

Indgår kommunen derimod aftale med andre kommunalbestyrelser eller private klinikker, stilles der i henhold til tandplejebekendtgørelsen ikke krav til kommunen om en årlig redegørelse og aftaleindgåelse. I sådanne tilfælde anbefales det imidlertid, at der af hensyn til det samlede patientforløb indgås en specifik aftale herom for den enkelte patient, således at det til enhver tid er klart, hvorledes ansvarsfordelingen er tilrettelagt. En sådan aftale kan eventuelt udformes på samme måde som tilfældet er, hvis aftalen indgås med regionsrådet, jf. afsnit 5.4.2 og 5.4.3. Endvidere kan nærmere rammer for sådanne aftaler med fordel tænkes drøftet i koordinationsudvalget eller eventuelle samarbejdsudvalg.

5.4.2 Kommunalbestyrelsens årlige redegørelse

Kommunalbestyrelsen udarbejder, med frist 1. maj og i dialog med regionsrådet, en årlig redegørelse over behov og kommunens forventede forbrug af behandlingstilbud i regionen for omsorgstandplejepatienter og specialtandplejepatienter, jf. § 14, stk. 5, i bekendtgørelse om tandpleje. Med udgangspunkt i redegørelsen indgås en rammeaftale mellem kommunalbestyrelsen og regionsrådet.

Det fremgår af tandplejebekendtgørelsens § 14, stk. 6, hvilke oplysninger redegørelsen skal indeholde.

5.4.3 Rammeaftale mellem regionsråd og kommunalbestyrelse

Med udgangspunkt i kommunalbestyrelsens redegørelse indgås en rammeaftale mellem kommunalbestyrelsen og regionsrådet.

Det fremgår af tandplejebekendtgørelsens § 14, stk. 6, hvilke oplysninger rammeaftalen skal indeholde.

5.4.4 Bopælskommune og opholdskommune

Kommunen skal tilbyde specialtandpleje til de personer i målgruppen, der er tilmeldt folkeregistret i kommunen. For personer med ophold i botilbud oprettet i henhold til servicelovens kapitel 20 eller lov om almene boliger vil der i langt de fleste tilfælde være tale om permanent op-

hold, hvorfor personen efter reglerne om folkeregistrering skal folkeregistreres i boligen/på institutionen. Dermed bliver opholdskommune (beliggenhedskommune) lig med bopælskommune, ligesom den er handlekommune i henhold til ydelser efter sociallovgivningen. De pågældende borgere får udbetalt deres forsørgelsesgrundlag (pension eller kontanthjælp) af bopælskommunen, og de betaler deres skat der. Der kan derfor ikke i relation til denne gruppe borgere skelnes mellem ”bopælskommunen” og ”den kommune, hvor boligen er beliggende”.

Bopælskommunen (kaldet opholdskommunen eller beliggenhedskommunen) kan få refunderet sine udgifter af den oprindelige bopælskommune (den anbringende kommune) i henhold til § 9 c i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område. Derimod refunderes udgifter i henhold til sundhedsloven ikke.

I enkelte tilfælde sker der ikke folkeregistrering på institutionen/i boligen af personer med ophold i botilbud oprettet i henhold til serviceloven eller lov om almene boliger (fx ved midlertidig anbringelse/aflastning på institution). Her vil der derfor kunne skelnes mellem bopælskommune og opholdskommune. Hvis bopælskommunen i sådanne tilfælde vælger at overlade udførelsen af specialtandplejen til den kommune eller region, hvor boligen er beliggende, er denne forpligtet til, efter nærmere aftale med bopælskommunen, at stille behandlingspladser til rådighed.

For personer, som er indlagt på eller tilknyttet psykiatriske hospitalsafdelinger, herunder distriktskykiatriske ordninger, og som opretholder bolig og folkeregistrering i bopælskommunen, er bopælskommunen forpligtet til at yde specialtandpleje. Hvis bopælskommunen i sådanne tilfælde vælger at overlade udførelsen af specialtandplejen til den kommune eller region, der driver institutionen, eller til specialtandplejen på institutionen, er kommunen eller regionen forpligtet til, efter nærmere aftale med bopælskommunen, at stille behandlingstilbud til rådighed, jf. § 14, stk. 4, i bekendtgørelse om tandpleje.

I ovennævnte særlige tilfælde kan borgerens bopælskommune geografisk ligge langt væk fra den boform/den psykiatriske hospitalsafdeling, hvor personen opholder sig. Da der kan være tale om akutte behandlinger, der bør ydes hurtigt, vurderes det ud fra patienternes tarv mest hensigtsmæssigt, at det er den kommune eller region, hvor boligen er beliggende, der varetager specialtandplejen for de pågældende borgere. Alternativt kan den kommune eller region, der driver institutionen, eller specialtandplejetilbuddet på institutionen varetage tilbud om specialtandpleje. Er der tale om regional klinik, anbefales det, at kommunen og regionen indgår en ad hoc aftale, idet det ikke kan forventes, at der er taget højde herfor i rammeaftalen.

5.5 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Det er velkendt på sundhedsområdet, at der kan være flere fagpersoner, involveret i en patients undersøgelses- og behandlingsforløb, både inden for den samme sektor, fx mellem forvaltninger i en kommune, og mellem sektorer. Involvering af flere fagpersoner og -grupper øger behovet for at sikre koordination og sammenhæng på tværs. Dette behov er særlig udtalt for specialtandplejen grundet patientgruppens særlige karakteristika og behov for både sundheds- og socialfaglig støtte. Samarbejdet med de nøglepersoner, som er i tæt kontakt med patienten, er derfor afgørende for at opnå målsætningerne med patientens tandfaglige behandling og sikre sammenhæng og kontinuitet. Samarbejde er ikke mindst vigtigt i relation til de forebyggende aktiviteter, herunder daglige mundhygiejneprocedurer og opmærksomhed på forekomst af mundtørhed (se afsnit 5.6.1 om forebyggelse).

Blandt de væsentlige samarbejdspartnere og nøglepersoner er personale, herunder socialpædagogisk personale, på de bosteder, hvor specialtandplejens patienter opholder sig. Ligeså bør specialtandplejen i relevant omfang samarbejde med personale på hospitaler, fx ved behandling i generel anæstesi, og personale tilknyttet de distriktspsykiatriske boformer/ordninger, hvor specialtandplejens patienter opholder sig. Det anbefales, at det personale, der er tilknyttet de boformer og psykiatriske hospitalsafdelinger, herunder distriktspsykiatriske ordninger, hvor patienter, der tilhører specialtandplejens personkreds, opholder sig, tager stilling til, om patienten bør henvises til specialtandpleje. Denne stillingtagen bør foretages i forbindelse med, at patienten henvises eller visiteres til den pågældende boform eller ordning.

Herudover er det vigtigt at være opmærksom på, at specialtandplejens patienter typisk er i kontakt med og modtager ydelser fra både sundheds- og socialforvaltningen i en kommune. Derfor bør der foregå en tæt og løbende koordinering mellem de to forvaltninger af patientens tandfaglige forløb, så specialtandplejens aktiviteter tænkes ind i en samlet indsats, der skal opretholde eller højne patientens helbred og livskvalitet.

Samlet set bør kommunen i samarbejdet om specialtandplejens patienter være særlig opmærksom på at sikre sammenhæng i patientforløbet gennem tæt samarbejde og koordination med de øvrige aktører i patientforløbet. Det gælder blandt andet i de tilfælde, hvor behandlerskift af faglige grunde er nødvendigt for at sikre en forsvarlig behandling. Endelig kræver specialtandplejens funktioner tæt koordination med det øvrige tandplejesystem. Dette samarbejde vil blandt andet kunne omfatte undervisning fra specialtandplejens side af det øvrige tandplejesystem.

5.6 Tandplejens indhold

Specialtandplejens faglige elementer skal opfattes som et samlet tandplejetilbud, og der skal sikres en kontinuitet mellem de forskellige elementer, eksempelvis de forebyggende og de behandelende.

Specialtandplejen skal igennem et opsøgende, regelmæssigt tandplejetilbud, med henblik på bevarelse af tænder, mund og kæber i funktionsdygtig tilstand, medvirke til, at den enkelte i videst mulige omfang bevarer sin fysiske, psykiske og sociale trivsel livet igennem.

Et fællestræk for de borgere, som indskrives i specialtandplejen, er, at de vanskeligt eller slet ikke kan benytte de øvrige tandplejetilbud, og at de vanskeligt eller slet ikke kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner. Tandplejetilbuddet må således gives under hensyntagen til persons almene funktionsnedsættelse, og såvel mål som midler bør afpasses denne.

Den tandpleje, som tilbydes, skal i sit udgangspunkt være opsøgende, regelmæssig og forebyggende over for de patienter, som er indskrevet til tandpleje.

Nogle patienter, især patienter med langvarige psykiatriske lidelser, vil have et svingende funktionsniveau og vil derfor i perioder være utilgængelige for tandpleje. Ikke mindst over for denne gruppe er det vigtigt, at patienten regelmæssigt tilbydes tandpleje, som så kan ydes, når vedkommende er parat til at modtage denne.

Om end behandlingerne ofte må udføres under sedation eller i generel anæstesi, bør tandplejen have et klart pædagogisk sigte, således at patienterne, i det omfang, det er realistisk, tilvænnes tandpleje, og således, at så få procedurer som muligt skal gennemføres i generel anæstesi eller under sedation. Såfremt en sådan tilvænnelse er mulig og kan gennemføres, bør det efterstående

overvejes, om patienten eventuelt kan modtage tilbud på et mindre specialiseret niveau, uden at det tillærte mistes.

5.6.1 Forebyggelse og sundhedsfremme

Med sundhedsloven har kommunerne fået ansvar for at skabe rammer for en sund levevis for borgerne og sikre den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Dette sker ud fra en grundlæggende idé om, at forebyggelsen bedst foregår i de miljøer, hvor borgeren færdes, og at kommunerne har særlig god adgang til en række målgrupper og har erfaring med driftsmæssigt at forestå forebyggende og sundhedsfremmende opgaver, fx inden for tandpleje.

Ikke mindst når patienten har meget svært ved at gennemføre behandling, er minimering af sygdomsforekomsten den mest farbare vej for at friholde patienten for ubehag. Den forebyggende indsats bør derfor vægtes tungt og bør tilrettelægges under hensyntagen til det forhold, at der hos en stor del af målgruppen er øget risiko for udvikling af karies på grund af den hyppige forekomst af mundtørhed som følge af anvendelse af medicin.

De individuelle og generelle forebyggende foranstaltninger omfatter alle aktiviteter, der tager sigte på at forhindre sygdomssymptomer og -tilstande i tænder, mund og kæber i at opstå, eller at begrænse udbredelsen af disse, hvis de allerede er opstået.

Samarbejde med de nøglepersoner, som er omkring patienten (pårørende, støttekontaktpersoner, sygeplejefagligt eller pædagogisk personale), er helt afgørende i den forebyggende indsats. Alliancen med disse nøglepersoner i forbindelse med de daglige mundhygiejneprocedurer skal prioriteres højt, og kan blandt andet ske gennem systematisk undervisning, oplysning og andre sundhedsfremmende tiltag. Det kan i den forbindelse anbefales, at der for specialtandplejens patienter implementeres en individuel mundplejeplan på samme måde som for omsorgstandplejens patienter.

5.6.2 Undersøgelse

Undersøgelser af tand-, mund- og kæberegionen bør foretages med intervaller tilrettelagt efter Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen.

5.6.3 Behandling

Nødvendige behandlinger omfatter behandling af symptomer, sygdomme og funktionsforstyrrelser i tænder, mund og kæber, herunder de nødvendige tandprotetiske behandlinger, og for børn og unge de nødvendige tandreguleringsbehandlinger.

Det forhold, at der er tale om borgere med nedsat tolerance over for de ubehageligheder, som nødvendigvis er forbundet med tandbehandling, må indgå i overvejelserne vedrørende behandlingsvalg og -metoder.

Det skal pointeres, at den diagnostiske udredning forud for behandlingsplanlægning og behandling, både hvad angår almenlidelser, og hvad angår patientens generelle situation, skal gøres så udtømmende som muligt med henblik på at tilpasse behandlingsplanen til patientens helhedssituation. I den forbindelse vil blandt andet oplysninger fra nøglepersoner omkring patienten være hensigtsmæssige, idet mange patienter, som modtager specialtandpleje, kan have svært ved at formulere deres problemer, ønsker og behov med hensyn til tandsundhed.

Der skal være adgang til præmedicinering i samarbejde med speciallæge, således at patienter, som ikke tolererer behandling på anden vis, kan modtage tandbehandling under sedation.

5.6.4 Behandling i generel anæstesi

Det kan være nødvendigt at foretage tandbehandling i generel anæstesi, når det odontologiske behandlingsbehov er så omfattende og/eller er af en sådan karakter, at borgeren ikke er i stand til at gennemføre tandbehandling på konventionel vis. Ved tandbehandling i generel anæstesi bør den generelle anæstesi foretages af en speciallæge i anæstesiologi, der træffer beslutning om anæstesien af borgeren kan foregå ambulant eller skal foregå på et sygehus. Den kommunale tandpleje skal have indgået en aftale med et sygehus i regionen vedrørende foretagelse af tandbehandling i generel anæstesi for de borgere, der er tilknyttet tandplejen.

5.6.5 Færdiggørelse af behandling

Hvis en patient flytter fra en kommune til en anden, påhviler det tilflytningskommunen at færdiggøre påbegyndte behandlinger og videreføre specialtandplejetilbuddet.

En forudsætning for at tilflytningskommunen kan leve op til denne forpligtelse, og at sammenhængen i behandlingstilbuddet kan sikres, er, at den nye behandlingsansvarlige instans modtager oplysning om tidligere og igangværende behandling. Dette forudsætter samtykke enten fra patienten selv eller fra forældremyndighedens indehaver, fra pårørende eller fra en værge, jf. afsnit 2.6.

6 Tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 135

6.1 Personkreds

Støtte kan ydes til voksne, der ikke er omfattet af særlige tandplejeordninger (omsorgstandpleje, specialtandpleje), i tilfælde af funktionelt ødelæggende eller vansirende skader på tyggeorganet (tænder, mund og kæber samt omgivende væv) som følge af ulykkesbetingede skader eller skader som følge af epileptisk anfald, uafhængigt af den pågældende persons økonomiske forhold. Der ydes kun støtte i det omfang, skaden ikke er dækket af en forsikring, jf. tandplejebekendtgørelsens § 17, stk. 2, nr. 1. Er skaden delvist dækket af en forsikring, kan der ydes støtte til den del af skaden, som ikke er dækket af forsikringen.

6.2 Indhold

Kommunen yder økonomisk støtte til tandproteser, hvorved forstås en erstatning for én eller flere manglende eller beskadigede tænder og skader opstået på tandproteser. Tandprotese omfatter faste proteser (kroner, broer, implantater) og aftagelige proteser (delproteser eller helproteser). Der kan ydes hjælp til behandling, der anses for nødvendig til fremstilling og fastgøring af protese, herunder behandling af tænder, der skal bære eller støtte protesen. Der ydes ikke hjælp til operative indgreb, tandregulering eller løbende forebyggende eller behandlende tandpleje.

Støtte til ulykkesbetingede skader og skader opstået som følge af et epileptisk anfald ydes til afhjælpning af følger af pludselige og direkte skadevirkninger, jf. tandplejebekendtgørelsens § 17, stk. 2, nr. 3. Da der ved tildeling af støtte til tandprotese er tale om støtte til restituering efter en ulykkesbetinget skade eller skade som følge af et epileptisk anfald, må der lægges vægt på en umiddelbar tidsmæssig sammenhæng mellem ulykken/det epileptiske anfald og det som følge deraf opståede behandlingsbehov. Ansøgning om støtte bør derfor fremlægges så hurtigt som muligt efter skadens opståen, således at der på ansøgningstidspunktet er udført mindst mulig permanent behandling. Herved sikres, at kommunen får mulighed for at vurdere eventuelle alternativer til en foreslået behandling.

Der ydes ikke støtte til senere opståede skader, der ikke har umiddelbar sammenhæng med den oprindelige skade eller det epileptiske anfald, jf. tandplejebekendtgørelsens § 17, stk. 2, nr. 3, ligesom der ikke ydes støtte til reparation eller udskiftning af tidligere bevilget tandprotese, jf. bekendtgørelsens § 17, stk. 2, nr. 4.

Af bemærkningerne til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (2012/1 LSF 110) fremgår det, at personer, der lider af epilepsi, har ret til at modtage støtte til tandproteser til afhjælpning af de direkte følger af skader på tænder, mund og kæber opstået ved et epileptisk anfald. Der ydes ikke støtte til afhjælpning af skader på tænder, der kan henføres til brugen af medicin. Af lovbemærkningerne fremgår det endvidere, at støtteordningen ikke omfatter følger af skader, der er opstået ved anfald af epileptisk karakter, der ikke er forbundet med diagnosen epilepsi. Det betyder blandt andet, at ordningen ikke omfatter følger af skader, der opstår i forbindelse med provokerede krampeanfald udløst af stress, søvnmangel eller hypoglykæmi hos personer, der ikke har epilepsi.

I bekendtgørelse om tandpleje, § 17, stk. 2, nr. 2, præciseres det, at hjælp ydes til behandling, der er i overensstemmelse med tandsættets status og vedligeholdelsesniveau. Herudover bør hjælpen ydes til den billigst mulige, forsvarlige behandling, og der bør kun ydes hjælp til fast

protetik, hvis dette er den eneste forsvarlige behandlingsmulighed. Disse forhold er nødvendigvis ensbetydende med, at der i hvert enkelt tilfælde foretages en konkret tandlægelig vurdering, hvorunder også patientens alder inddrages i vurderingen.

Ønsker patienten en anden behandling end den, der kan ydes støtte til, kan patienten få refunderet et beløb svarende til den godkendte støtte, jf. tandplejebekendtgørelsens § 17, stk. 3.

HØRINGSUDKAST

Bilagsfortegnelse

Bilag 1:	Kildeliste
Bilag 2:	Kommissorium for arbejdsgruppe
Bilag 3:	Medlemsliste for arbejdsgruppe

HØRINGSUDKAST

Bilag 1 Kildeliste

I tabel 2 er oplyst de kilder, som vejledningen er baseret på. Kilderne er inddelt efter type, henholdsvis love, lovbekendtgørelser og bekendtgørelser samt vejledninger og retningslinjer. Herudover fremgår øvrige kilder, herunder Sundhedsstyrelsens anbefalinger, som vejledningen henviser til.

Tabel 2. Oversigt over lovgivning og øvrige kilder anvendt i vejledningen (opstillet efter udgivelsesår)

Love, lovbekendtgørelser og bekendtgørelser
Bekendtgørelse om tandpleje (Tandplejebekendtgørelsen) (BEK nr. 1658 af 22/12/2017)
Bekendtgørelse af forældreansvarsloven (LBK nr. 1417 af 01/12/2017)
Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (LBK nr. 1096 af 13/09/2017)
Folkeskoleloven (bekendtgørelse af lov om folkeskolen) (LBK nr. 989 af 23/08/2017)
Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven) (LBK nr. 990 af 18/08/2017)
Service-loven (lov om social service) (LBK nr. 988 af 17/08/2017)
Tvangsbehandlingsloven (lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile) (LOV nr. 655 af 08/06/2017)
Bekendtgørelse om samtykke og behandling af børn og unge ved den kommunale tandpleje og sundhedsplejerske (BEK nr. 562 af 30/05/2017)
Sundhedsloven (LBK nr. 1188 af 24/09/2016)
Almenboligloven (bekendtgørelse af lov om almene boliger m.v.) (LBK nr. 1103 af 15/08/2016)
Planloven (bekendtgørelse af lov om planlægning) (LBK nr. 1529 af 23/11/2015)
Bekendtgørelse om forvaltningsloven (LBK nr. 433 af 22/04/2014)
Lov om offentlighed i forvaltningen (LOV nr. 606 af 12/06/2013)
Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. (BEK nr. 665 af 14/09/1998)
Vejledninger og retningslinjer
<i>Specialeplan for tand-, mund- og kæbekirurgi</i> (Sundhedsstyrelsen, 2017)
<i>National klinisk retningslinje for fastlæggelse af diagnostiske undersøgelser i tandplejen</i> (Sundhedsstyrelsen, 2016)
<i>Vejledning om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger</i> (Sundhedsstyrelsen, 2013)
<i>Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje</i> (Sundhedsstyrelsen, 2006)
<i>Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.</i> (Sundhedsstyrelsen, 1998)
<i>Vejledning om indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet</i> (Sundhedsstyrelsen, 1999)
Øvrige kilder

Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2016)

Modernisering af omsorgstandplejen - anbefalinger for en styrket forebyggelse, behandling, visitation og organisering (Sundhedsstyrelsen, 2016)

Brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse af 26. marts 2015 til specialtandlæge Allan Derry

Brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse af 12. maj 2012 til Tandlægeforeningen

Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (økonomisk støtte til tandproteser til personer med epilepsi) (2012/1 LSF)

Brev fra Ministeriet for sundhed og forebyggelse af 19. oktober 2011 til Københavns Kommune

Tandplejeprognose – personale i tandplejen i Danmark 2007-2025 (Sundhedsstyrelsen, 2010)

Tandplejens struktur og organisation (Sundhedsstyrelsen, 2004)

Brev fra Sundhedsministeriet af 5. november 1990 til samtlige kommunalbestyrelser og Københavns Magistrat (3.kt.j.nr.1990-2400-14 UK-AI.b10)

Børnekonventionen FN (Bekendtgørelse af FN-konvention af 20. november 1989 om Barnets Rettigheder)

Bilag 2 Kommissorium for arbejdsgruppe

Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. opdatering af vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje

Baggrund

Bekendtgørelse om tandpleje (BEK nr. 179 af 28/02/2012) fastsætter i medfør af sundhedsloven (SUL) rammerne for tilbud om tandpleje til forskellige målgrupper. Sundhedsstyrelsen skal ifølge bekendtgørelsen (§ 31) fastsætte nærmere retningslinjer for omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje. Derfor udgav Sundhedsstyrelsen i 2006 *Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje*.

Siden udgivelsen af vejledningen er der sket en stor udvikling, både i sundhedsvæsenet generelt og på tandplejeområdet, hvilket gør det relevant at opdatere den gældende vejledning, så den fremstår aktuell og anvendelig for målgruppen. Sundhedsstyrelsen igangsætter derfor et arbejde med opdatering af vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje.

I stedet for at udarbejde én samlet vejledning, planlægger Sundhedsstyrelsen at udarbejde to vejledninger med følgende temaer:

- 1) Børne- og ungdomstandpleje, omsorgstandpleje og specialtandpleje samt tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 135
- 2) Regionstandpleje og odontologisk landsdels- og videnscenter samt tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 166

Dette kommissorium sætter rammerne for arbejdet med udarbejdelse af vejledning nr. 1, der primært vedrører omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje. I begyndelsen af 2018 igangsætter styrelsen arbejdet med vejledning nr. 2, der primært vedrører omfanget af og kravene til den regionale tandpleje.

Sundhedsstyrelsen gør opmærksom på, at den gældende bekendtgørelse om tandpleje (BEK nr. 179 af 28/02/2012) skal revideres. Arbejdet med opdatering af vejledningen sker derfor under hensyntagen til processen for bekendtgørelsesrevisionen. Sundheds- og Ældreministeriet forventer, at den reviderede bekendtgørelse om tandpleje vil træde i kraft den 1. januar 2018.

Arbejdsgruppens opgave

Arbejdsgruppen vedr. opdatering af vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje får til opgave at yde faglig rådgivning til Sundhedsstyrelsen og kvalificere arbejdet med opdatering af vejledning nr. 1. Arbejdsgruppen skal endvidere bidrage til at sikre, at den opdaterede vejledning fremstår anvendelig for målgruppen. Derfor tilstræber Sundhedsstyrelsen, at arbejdsgruppen får en bred sammensætning af både faglige og administrative repræsentanter samt repræsentanter fra patient- og brugerforeninger.

Arbejdet med opdatering af vejledning nr. 1 vil tage afsæt i bekendtgørelse om tandpleje samt vejledningen fra 2006.

Arbejdsgruppens sammensætning

Sundhedsstyrelsen etablerer en arbejdsgruppe med repræsentation af følgende parter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)
- Danske Regioner/regioner (1+1)
- KL/kommuner (1+3)
- Tandlægeforeningen (1)
- Ansatte Tandlægers Organisation (1)
- Dansk Tandplejerforening (1)
- Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere (1)
- Foreningen af Specialtandlæger i Ortodonti (1)
- Foreningen af Specialtandlæger i Tand-, Mund- og Kæbekirurgi (1)
- Danske Patienter (1)
- Danske Handicaporganisationer (1)
- Ældre Sagen (1)

Arbejdsgruppens møder

Sundhedsstyrelsen sekretariatsbetjener arbejdsgruppen og udarbejder dagsorden og materiale til møderne. Dagsorden og beslutningsreferat udsendes henholdsvis en uge før og en uge efter mødets afholdelse.

Der forventes afholdt tre møder i andet halvår af 2017 med målsætning om, at vejledningen er færdig inden 1. januar 2018.

Forventet tidsplan

11. september 2017 kl. 12.30-15.30	1. møde i arbejdsgruppen
10. oktober 2017 kl. 12.30-15.30	2. møde i arbejdsgruppen
November 2017	Udkast til vejledning i høring
13. december 2017 kl. 10.30-13.30	3. møde i arbejdsgruppen
Januar 2018	Offentliggørelse af vejledning

Arbejdsgruppemedlemmers habilitet

Det er en forudsætning for at deltage i arbejdet, at medlemmet ikke har habilitetsproblemer. Forud for første møde bedes medlemmet derfor udfylde habilitetserklæring via Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Ved udpegning skal medlemmer således være opmærksomme på Sundhedsstyrelsens politik vedr. habilitet indenfor de emneområde(r), man rådgiver Sundhedsstyrelsen indenfor, som medlem af arbejdsgruppen. Sundhedsstyrelsens vurdering af habilitet beror altid på en konkret og samlet vurdering i det enkelte tilfælde.

Habilitetserklæringer offentliggøres med det samme på Sundhedsstyrelsens hjemmeside ved udfyldelse. Sundhedsstyrelsen gør opmærksom på, at habilitetserklæring skal udfyldes konkret i forhold til den enkelte arbejdsgruppe, og at det ikke er tilstrækkeligt at henvise til styrelsens liste over godkendelse til samarbejde med lægemiddelindustri.

Link til udfyldelse af habilitetserklæring på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (kræver NemID): <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/om-os/maal-og-opgaver/habilitet/udfyld-en-habilitetserklaering?id={CED71D8B-E8FA-46A6-ADC6-8AC6D8126AC4}&type=0>

Spørgsmål vedrørende udpegningen eller vedrørende habilitet kan rettes til Janni Stauerbøll Kramer (jkr@sst.dk).

Bilag 3 Medlemsliste for arbejdsgruppe

Medlemmer af Arbejdsgruppen vedr. opdatering af vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje

Ansatte Tandlægers Organisation

Tandlæge Helle Søderberg

Dansk Tandplejerforening

Formand Elisabeth Gregersen

Danske Handicaporganisationer

Chefkonsulent Torben Kajberg

Foreningen af Specialtandlæger i Ortodonti

Specialtandlæge Morten Borchorst

Foreningen af Specialtandlæger i Tand-, Mund- og Kæbekirurgi

Formand for Dansk Selskab for Oral og Maxillofacial Kirurgi Henrik Paul Nielsen

KL

Konsulent Anne Hagen Nielsen

Kommunale repræsentanter

Brøndby Kommune: Overtandlæge Kitte Nottelmann

Mariagerfjord Kommune: Tandplejeleder/Overtandlæge Kirsten Andersen

Aarhus Kommune: Overtandlæge Mette Borum

Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere

Klinisk tandtekniker Flemming Mogensen Finøen

Regional repræsentant

Region Syddanmark: Klinikchef, den regionale tandpleje, Lone Pedersen Forsberg (fra januar 2018)

Sundheds- og Ældreministeriet

Specialkonsulent Emil N. Rasmussen

Tandlægeforeningen

Tandlæge, klinikleder Susanne Egtoft Nielsen

Ældre Sagen

Seniorkonsulent Rikke Hamfeldt

Danske Patienter og Danske Regioner har ikke udpeget en repræsentant til arbejdsgruppen.

Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion

HØRINGSUDKAST