

Udskriftsdato: 19. december 2025

VEJ nr 9660 af 29/09/2020 (Historisk)

Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundheds- og Ældremin.,
Sundhedsstyrelsen, j.nr. 05-0903-1

Senere ændringer til forskriften

VEJ nr 9382 af 12/05/2023

Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje

Indholdsfortegnelse

Forord

1. Introduktion

- 1.1. Baggrund og formål
- 1.2. Indhold og afgrænsning
- 1.3. Målsætning for den kommunale tandpleje
- 1.4. Læsevejledning

2. Koordination og administration af tilbud i den kommunale tandpleje

- 2.1. Koordinationsudvalg
- 2.2. Samarbejdsudvalg/koordinationsorganer
- 2.3. Indberetning vedrørende den kommunale tandpleje
- 2.4. Videregivelse af patientjournaler
- 2.5. Patientens selvbestemmelse og informeret samtykke
- 2.6. Klage- og erstatningsadgang

3. Frit valg af tandpleje

- 3.1. Frit valg af tandpleje i børne- og ungdomstandplejen
- 3.2. Frit valg af tandpleje i omsorgstandplejen

4. Børne- og ungdomstandpleje

- 4.1. Personkreds og optagelse
- 4.2. Opgavevaretagelse og kompetencer
- 4.3. Organisation og opgaver
- 4.4. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- 4.5. Tandplejens indhold

5. Omsorgstandpleje

- 5.1. Personkreds
- 5.2. Visitation
- 5.3. Opgavevaretagelse og kompetencer
- 5.4. Organisation og opgaver
- 5.5. Inddragelse af patienter og pårørende
- 5.6. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- 5.7. Tandplejens indhold

6. Specialtandpleje

- 6.1. Personkreds
- 6.2. Henvi sning og visitation
- 6.3. Opgavevaretagelse og kompetencer
- 6.4. Organisation og opgaver
- 6.5. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- 6.6. Tandplejens indhold

7. Socialtandpleje

- 7.1. Personkreds
- 7.2. Visitation
- 7.3. Opgavevaretagelse og kompetencer
- 7.4. Organisation
- 7.5. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- 7.6. Tandplejens indhold

8. Tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 135

8.1. Personkreds

8.2. Indhold

9. Ikrafttræden

Forord

Kommunerne varetager via den kommunale tandpleje en række vigtige opgaver for at fremme af tandsundheden i Danmark. Den kommunale tandpleje omfatter bl.a. tandplejetilbud målrettet alle børn og unge under 18 år, tilbud til borgere, der kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud, samt specialiserede tilbud til personer med sindslidelse, udviklingshæmning m.v., der ikke kan benytte de øvrige tilbud i den kommunale tandpleje og praksistandplejen.

Sundhedsstyrelsen skal i henhold til tandplejebekendtgørelsen (bekendtgørelse om tandpleje nr. 1077 af 30/06/2020) fastsætte retningslinjer for den kommunale tandpleje. Vi udgav senest retningslinjer for den kommunale tandpleje i 2018, hvor vi foretog en gennemgribende revision af vores vejledning, så den afspejler den udvikling, der er sket i den kommunale tandpleje, både lovgivningsmæssigt, fagligt og organisatorisk.

Vi udgiver nu en opdateret udgave af vores vejledning, idet der per 1. juli 2020 er indført *socialtandpleje*, som er et vederlagsfrit tandplejetilbud målrettet socialt udsatte borgere med særlige sociale problemer. Kommunerne er forpligtet til at etablere tilbud om socialtandpleje som følge af vedtagelsen af lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (LOV nr. 1053 af 30/06/2020) samt en ændring af tandplejebekendtgørelsen (BEK nr. 1077 af 30/06/2020).

Målsætningen med socialtandplejen er at øge de mest socialt udsatte borgeres livskvalitet, tandsundhed og begrænsning af yderligere marginalisering. På den måde understøtter tilbuddet ambitionen om at reducere den sociale ulighed i tandsundhed og sundhed generelt, ligesom tilbuddet understøtter den overordnede målsætning for den kommunale tandpleje om at fremme oral sundhed samt forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning i tænder, mund og kæbe, jf. vejledningens afsnit 1.3.

Vores retningslinjer for socialtandpleje fremgår af vejledningens kapitel 7. Derudover har vi opdateret vejledningens kapitel 1 (Introduktion), kapitel 2 (Koordination og administration af tilbud i den kommunale tandpleje) og kapitel 8 (Tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 135), så de også omfatter oplysninger om socialtandpleje. Kapitel 9 (Ikrafttræden) er ligeledes blevet opdateret. Der er ikke foretaget ændringer af indholdsmæssig karakter i vejledningens øvrige kapitler. Den til enhver tid gældende vejledning om den kommunale tandpleje kan findes på retsinformation.dk ved at søge på 'den kommunale tandpleje'.

Sundhedsstyrelsen, september 2020

Søren Brostrøm

Direktør

1. Introduktion

1.1. Baggrund og formål

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 førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap, kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud, samt specialtandpleje, der er et specialiseret tilbud målrettet personer med sindslidelse, udviklingshæmning m.v. der ikke kan benytte de almindelige tilbud i den kommunale tandpleje og praksistandplejen. Ydermere består den kommunale tandpleje af *socialtandpleje*, der er et vederlagsfrit tilbud målrettet borgere med særlige sociale problemer, som ikke kan benytte de øvrige tandplejetilbud i omsorgs- og specialtandplejen og i praksistandplejen. Endelig har

kommunen 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.

De lovmæssige rammer for den kommunale tandpleje er fastsat i medfør af sundhedsloven og bekendtgørelse om tandpleje (tandplejebekendtgørelsen). I henhold til tandplejebekendtgørelsen (§ 34) fastsætter Sundhedsstyrelsen retningslinjer for omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje.

Sundhedsstyrelsen udgav senest retningslinjer for den kommunale tandpleje i 2018, hvor vejledningen undergik en gennemgribende revision som følge af den lovgivningsmæssige, organisatoriske og faglige udvikling på tandplejeområdet og i det øvrige sundhedsvæsen. Bl.a. var der sket ændringer i lovreguleringen af den kommunale tandpleje, herunder genindførelse af regler for frit valg i den kommunale tandpleje pr. 1. januar 2018, og i 2016 udgav Sundhedsstyrelsen en rapport vedrørende modernisering af omsorgstandplejen med anbefalinger til, hvordan kommunerne kan styrke tilbuddet om omsorgstandpleje for målgruppen.

Senest har kommunerne pr. 1. juli 2020 fået til opgave at etablere et tilbud om socialtandpleje i medfør af sundhedsloven (§ 134 a) og tandplejebekendtgørelsen (§§ 17-19), hvorfor Sundhedsstyrelsen har fundet anledning til at opdatere vejledningen om den kommunale tandpleje, så den omfatter et kapitel med retningslinjer for socialtandplejen (kapitel 7).

Nærværende vejledning har til formål at fastsætte 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 30.09.2020 og erstatter Sundhedsstyrelsens *Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje* fra 2018 (VEJ nr. 9700 af 06/08/2018) (se kapitel 9).

I forbindelse med opdatering af vejledningen i 2018 nedsatte Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe, der rådgav styrelsen i forbindelse med opdatering af vejledningen. Denne arbejdsgruppes kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 2 og 3. I forbindelse med den seneste opdatering, hvor vejledningen har fået tilføjet et kapitel om socialtandpleje, har Sundhedsstyrelsen også nedsat en arbejdsgruppe med henblik på at få rådgivning og input til arbejdet. Kommissorium og medlemssammensætning for denne arbejdsgruppe fremgår af Bilag 4: og Bilag 5:.

1.2. Indhold og afgrænsning

Tandplejebekendtgørelsens § 37 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 forvaltningsmæssigt 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. Disse afsnit er udarbejdet i samråd med Styrelsen for Patientsikkerhed, som forvaltningsmæssigt varetager disse områder.

I vejledningens kapitel 3 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. Kapitlet om ret til frit valg af tandpleje er udarbejdet i samråd med Sundheds- og Ældreministeriet, der forvalter og vejleder om alle forhold vedrørende fritvalsordningen i henhold til sundhedslovens bestemmelser om tandpleje samt bekendtgørelse om tandpleje.

I opdateringen af vejledningen har Sundhedsstyrelsen lagt vægt på, at vejledningen fremstår aktuel, 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.

1.3. 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 eventuelle 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. Let tilgængelig information til borgere og pårørende om sundhedsfremme, forebyggelse og behandling er et vigtigt element i den kommunale indsats for at opnå borgerinddragelse i de kommunale tandplejetilbud.

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.

1.4. Læsevejledning

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

Herefter følger et kapitel med retningslinjer for fritvalgsordningen i børne- og ungdomstandplejen og i omsorgstandplejen (*kapitel 3*).

Dernæst følger kapitler om de enkelte tandplejetilbud, henholdsvis børne- og ungdomstandpleje (*kapitel 4*), omsorgstandpleje (*kapitel 5*), specialtandpleje (*kapitel 6*) og socialtandpleje (*kapitel 7*) vedrørende personkreds og visitation, organisation, opgaver og samarbejde samt tandplejetilbuddets indhold. *Kapitel 8* omhandler tilskudsordningen til ulykkesbetingede tandskader efter sundhedslovens § 135. *Kapitel 9* indeholder oplysninger om vejledningens ikrafttræden.

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 (*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 bevidst 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. § 30, stk. 1, i tandplejebekendtgørelsen.

Den overordnede koordination af den kommunale tandpleje, den regionale tandpleje og praksistandplejen foregår i regi af koordinationsudvalget, der, jf. tandplejebekendtgørelsens § 30, 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. § 30, stk. 2, i tandplejebekendtgørelsen. Det er hensigtsmæssigt, at alle tandfaglige grupper er repræsenteret i koordinationsudvalget.

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 § 30, 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. Koordinations-

udvalget 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 modvirke unges drop out af tandplejen.

Endvidere bør udvalget sikre, at der udarbejdes procedurer, som kan bidrage til, at ældre borgere og andre, herunder voksne med handicap, der grundet nedsat funktionsevne ikke kan gøre brug af praksistandplejen, og som ønsker at modtage omsorgstandpleje, henvises rettidigt til visitation til omsorgstandpleje, 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, tandsygdom under observation og tidligere udførte behandlinger med henblik på at sikre sammenhæng i patientforløb og høj kvalitet i behandlingen. Erfaringen viser, at praksistandplejen, 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 ungdomstandplejen, omsorgstandplejen, specialtandplejen, socialtandplejen, regionstandplejen og praksistandplejen 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. § 30, stk. 9 i tandplejebekendtgørelsen. Koordinationsudvalget fastsætter nærmere lokale retningslinjer for samarbejdsudvalgenes arbejde og beslutningskompetence.

2.3. 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 § 35, 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 ressourceælling.

Regler for indberetning udsendes særskilt og findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

2.4. 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).

2.5. 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.

2.5.1. 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.

2.5.2. 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.

2.5.2.1 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.

2.6. Klage- og erstatningsadgang

Ydelser givet i henhold til sundhedsloven på tandplejeområdet er en sundhedsydelse efter sundhedsloven. Klageadgangen er dermed den samme som for øvrige sundhedsydelser.

Som patient har man således mulighed for at klage over den sundhedsfaglige behandling, der er udført i den kommunale tandpleje. Klagen skal sendes til Styrelsen for Patientklager, der vurderer, om der kan gives kritik af den sundhedsfaglige behandling. Der kan søges mere information om muligheder for at klage over behandling ydet efter sundhedsloven, herunder behandling ydet i den kommunale tandpleje, hos Styrelsen for Patientklager.

Hvis der sker skade i forbindelse med behandling foretaget af sundhedspersoner i den kommunale tandpleje, kan patienten søge om erstatning hos Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning (www.tf-tandskade.dk). Hvis skaden er sket i forbindelse med socialtandpleje, jf. sundhedslovens § 134 a, skal ansøgningen sendes til Patienterstatningen (www.patienterstatningen.dk).

3. Frit valg af tandpleje

Dette kapitel beskriver nærmere retningslinjer vedrørende ret til frit valg af tandpleje i børne- og ungdomstandplejen og i omsorgstandplejen. Sundheds- og Ældreministeriet forvalter og vejleder om alle forhold vedrørende ret til frit valg af tandpleje i henhold til tandplejebekendtgørelsen. Eventuelle spørgsmål om fritvalgsordningen kan rettes til Sundheds- og Ældreministeriet.

3.1. Frit valg af tandpleje i børne- og ungdomstandplejen

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 3.1.5).

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. tandplejebekendtgørelsens § 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 barnets/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 4.5.9 (Færdiggørelse af behandling).

3.1.1. 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 3.1.5 vedrørende ansvarsfordeling. Det vil sige, at hvis kommunen har tilrettelagt tandplejen således, at kommunen tilbyder børne- og ungdomstandpleje hos privat tandlægepraksis efter eget valg (praksiskommune), men ikke på kommunale offentlige klinikker, er hele tandplejetilbuddet i privat praksis vederlagsfrit.

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 praktiserende 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 efter henvisning fra barnets/den unges tandlæge hos praktiserende specialtandlæge efter Regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer i bilag 1 til tandplejebekendtgørelsen. Hvis en praktiserende specialtandlæge har visiteret til tandreguleringsbehandling i henhold til tandplejebekendtgørelsens bestemmelser, er dette gældende og kan ikke omstødes af kommunen¹⁾.

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 når det ud fra en tandlægefaglig vurdering er indiceret, at udføre den omhandlede behandling.

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 sagsbehandlingen²⁾.

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 hertil³⁾. Kommunen kan anmode den praktiserende tandlæge om at sende journaloplysninger til brug i vurderingen af de økonomiske aspekter af det afgivne behandlingstilbud under forudsætning af samtykke fra den unge og/eller forældremyndighedens indehaver.

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 vurderingen, dvs. at vurderingen ikke kan danne grundlag for visitation⁴⁾.

Det er således alene de økonomiske aspekter af det af tandlægen afgivne behandlingstilbud, der er omfattet af 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 behandlingstilbuddet⁵⁾.

Finansiering

Behandling i privat tandlægepraksis honoreres dels gennem tilskud fra bopælskommunen, dels gennem egenbetaling. Visse forudsætninger skal være opfyldt for at opnå bopælskommunens 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 nødbehandling gælder særlige regler, jf. afsnit 4.5.7.

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 behandlingstilbuddet. Bopælskommunen betaler tilskuddet direkte til den praktiserende tandlæge efter opkrævning fra denne. Det kommunale tilskud beregnes på grundlag af takster fastsat i overenskomst om tandpleje for børn og unge under 18 år hos alment praktiserende tandlæger (BUT-overenskomst), medmindre kommunen har truffet anden beslutning herom.

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

For tilkøb af ekstraydelser henvises til afsnit 3.1.4.

3.1.2. 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 folkeregisteret 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.

Når en behandlerkommune har accepteret at overtage ansvaret for det kommunale børne- og ungdomstandplejetilbud fra bopælskommunen, kan behandlerkommunen ikke senere hjemvise barnet eller den unge med henvisning til kapacitetsmæssige grunde, ligesom bopælskommunen ikke kan hjemtage sådanne børn og unge, medmindre det er forældremyndighedens indehaver, der anmoder om et behandler skift efter de af kommunen fastlagte regler herom.

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 § 6.

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. § 31, 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. § 31, stk. 3, i tandplejebekendtgørelsen.

Af direkte omkostninger kan, jf. tandplejebekendtgørelsens § 31, 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. § 31, 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.

3.1.3. 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.

Endeligt 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 i afsnit 3.1.2 beskrive muligheder for, at behandlerkommunen kan opkræve egenbetaling, fortsat være gældende, indtil den unge fylder 18 år, jf. tandplejebekendtgørelsens §§ 5 og 31. 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 16-17-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 3.1.1 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 3.1.4. Kommunens godkendelse af behandlingstilbud foretages efter samme principper som ved de 0-16 åriges valg af praktiserende tandlæge efter eget valg.

3.1.4. 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 tandplejebekendtgørelsens §§ 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 kliniktandpleje, eller for 16-17 årige, som har valgt at modtage tandpleje på bopælskommunens offentlige klinik.

3.1.5. Ansvarsfordeling i relation til fritvalgsordningerne

Når barnet/den unge fravælger det tilbud, kommunen vederlagsfrit stiller til rådighed, er der behov for klarlæggelse 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 praktiserende 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 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/be-

handlerkommune derfor – på grund af manglende muligheder for at påbegynde eller videreføre behandling – har måttet meddele bopælskommunen, at det ikke er muligt at yde tandpleje i henhold til loven.

Den praktiserende tandlæges opgaver

Den private tandklinik eller praktiserende 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 forældremyndigheds indehaver 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/tandplejerens 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. For de børn og unge, som er anbragt på døgninstitution eller i familiepleje i anden kommune end bopælskommunen, jf. afsnit 4.1, bør meddelelsen endvidere rettes til barnets/den unges omsorgsperson i form af enten plejefamilie eller personale på døgninstitution/opholdssted i behandlerkommunen.

3.2. Frit valg af tandpleje i omsorgstandplejen

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.

Tilskud til tandpleje hos praktiserende tandlæge/klinisk tandtekniker afholdes af kommunen, jf. tandplejebekendtgørelsens § 9, stk. 2. Bemærk dog de gældende bestemmelser om egenbetaling i omsorgstand-

plejen. Det kommunale tilskud beregnes på grundlag af takster fastsat i overenskomst for tandpleje af omsorgstandplejepatienter, der behandles hos alment praktiserende tandlæger, medmindre kommunen har truffet anden beslutning herom.

Påbegyndelse af særligt kostbare behandlinger kan dog ikke ske, medmindre kommunen har godkendt iværksættelsen samt det af tandlægen/den kliniske tandtekniker afgivne behandlingstilbud, jf. tandplejebekendtgørelsens § 9, stk. 2. Retningslinjer for kommunens godkendelse af behandlingstilbuddet er de samme som de, der beskrives for børne- og ungdomstandplejen, jf. afsnit 3.1.1. Herunder omfatter kommunens godkendelse alene de økonomiske aspekter af det afgivne behandlingstilbud, og vurderingen kan således ikke danne grundlag for visitation.

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 § 64.b, jf. § 8, stk. 3, i tandplejebekendtgørelsen.

3.2.1. Ansvarsfordeling i relation til fritvalgsordningen

Kommunen kan tilbyde omsorgstandpleje ved hjælp af offentligt ansatte tandlæger eller praktiserende tandlæger, evt. i samarbejde med kliniske tandteknikere, jf. tandplejebekendtgørelsens § 8. Kommunen kan desuden beslutte at indgå aftale med en eller flere praktiserende tandlæger/kliniske tandteknikere om varetagelse af omsorgstandplejen. Herudover kan kommunen beslutte at tilrette omsorgstandplejetilbuddet således, at kommunen både anvender offentligt ansatte tandlæger/kliniske tandteknikere og private leverandører.

Når en borger, der er visiteret til omsorgstandpleje, fravælger det tilbud, kommunen stiller til rådighed, er der behov for klarlæggelse af ansvarsfordelingen mellem bopælskommune og privat leverandør. Det forhold, at den enkelte frit kan vælge at modtage omsorgstandpleje i privat praksis, er ensbetydende med, at den valgte privat praktiserende tandlæge eller kliniske tandtekniker er ansvarlig for at tilbyde patienten omsorgstandpleje.

I det følgende er ansvarsfordelingen mellem bopælskommune og privat leverandør beskrevet nærmere.

Bopælskommunens opgaver

Bopælskommunen bør gøre følgende:

- Udarbejde betingelser for den enkelte patients muligheder for at kunne skifte tandlæge eller klinisk tandtekniker.
- Udarbejde en opgørelse over, hvilke patienter der har valgt et andet behandlingstilbud end det, bopælskommunen vederlagsfrit stiller til rådighed.

Den praktiserende tandlæge/kliniske tandteknikers opgaver

Den privat praktiserende tandlæge eller kliniske tandtekniker, hos hvem patienten efter eget valg ønsker at modtage tandpleje, skal:

- som ansvarlig for patientens tandpleje gennemføre omsorgstandpleje i overensstemmelse med tandplejebekendtgørelsens og retningslinjernes regler.
- modtage patienten til undersøgelse og foretage nødvendig forebyggende og behandlende omsorgstandpleje.
- medvirke i den nødvendige koordinering af tandplejen.

4. Børne- og ungdomstandpleje

4.1. Personkreds og optagelse

Den forebyggende og behandlende børne- og ungdomstandpleje omfatter alle børn og unge under 18 år, der er tilmeldt folkeregisteret i kommunen, jf. tandplejebekendtgørelsens § 1. Børne- og ungdomstandplejen er vederlagsfri og som udgangspunkt et samlet tandplejetilbud, der består af de elementer, der udgør tandplejens indhold (afsnit 4.5). Undtagelsen hertil er dog tandplejebekendtgørelsens § 6, hvorefter bopælskommunen kan beslutte, at allerede igangsatte behandlinger skal færdiggøres der, hvor behandlingen er påbegyndt (se afsnit 4.5.9).

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. Endvidere 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/forældremyndighedens indehaver. 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 forældremyndighedens indehaver 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 4.5). 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 tandfaglig vurdering hensigtsmæssigt at tilbyde barnet/den unge 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 eller 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.

4.2. 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 til andre tandfaglige grupper. 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, idet disse hensigtsmæssigt kan varetages af andre tandfaglige grupper. Der skal her gøres opmærksom på regler vedrørende uddelegering af opgaver, som fremgår af *Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp* (VEJ nr. 115 af 11/12/2009).

Endelig anbefales det, at kommunen sikrer, at de børn og unge med funktionsnedsættelser, som ikke er i målgruppen for specialtandpleje, har mulighed for at modtage børne- og ungdomstandpleje på en handicapvenligt indrettet klinik.

4.3. 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.

4.3.1. 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. Herunder bør den kommunale tandpleje sikre en entydig sundhedsfaglig ledelse.

4.3.2. Praksiskommuner

I kommuner, hvor den vederlagsfri kommunale tandpleje tilbydes hos praktiserende tandlæger, skal kommunen indgå en aftale med en juridisk eller fysisk person ved den private tandklinik om varetagelse af børne- og ungdomstandpleje.

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 privatpraktiserende 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 private tandklinikker og specialtandlæger kommunen har indgået skriftlig aftale med om tandpleje (navne, adresser, telefonnumre samt ydernumre på de pågældende praktiserende 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 praktiserende 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 i henhold til fritvalgsordningens bestemmelser har valgt at modtage tandpleje i privat tandlægepraksis eller ved anden kommunes tandpleje
- hvilke budgetterede udgifter, der er forbundet med kommunens plan, herunder også udgifter til aflønning af administrativt personale og øvrige administrationsudgifter 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 praktiserende tandlægers opgaver

De praktiserende tandlæger eller private tandklinikker, 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 praktiserende tandlæger medvirker i kommunens arbejde med koordinering af tandplejen, herunder koordinering mellem børne- og ungdomstandplejen og voksentandplejen, jf. kapitel 8 i tandplejebekendtgørelsen.

De praktiserende 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.

4.4. 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 afvænning 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 tandplejevaner.

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 3.1.5. For børn og unge med ophold på døgninstitutioner er personalet på døgninstitutioner en vigtig samarbejdspartner, herunder i forhold til gennemførelse af forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter.

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.

4.5. 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 forebyggelse, 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 6 og 7 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.

4.5.1. 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 almene 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, såsom brug af sut.

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 læske- og energidrikke samt af tobak og snus for den orale sundhedstilstand.

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

Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, der er et vidensbaseret værktøj med faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde inden for en række temaer, blandt andet inden for tobak og kost.

4.5.2. 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.

4.5.3. Behandling

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

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.

4.5.4. 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).

I forbindelse med, at Sundhedsstyrelsen indførte visitationskriterierne, blev det vurderet, at anvendelsen af kriterierne på landsplan ville føre til, at ca. 25 % af børnene i en årgang ville blive tilbudt tandreguleringsbehandling⁶⁾. Dette skøn er et gennemsnitstal på landsplan, og der kan i den enkelte kommune være afvigelser fra skønnet. Idet den kommunale tandpleje skal tilbyde tandregulering til et barn, når der efter visitationskriterierne er grundlag herfor, kan den kommunale tandpleje ikke blive pålagt at tilbyde tandregulering til en bestemt procentdel af en årgang.

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, og kan afhænge af forhold som typen af tandstillingsfejl og barnets vækst. Forebyggende (interceptiv) tandreguleringsbehandling består i tidlig indgriben over for en udvikling, der vil medføre alvorlige tandstillingsfejl senere, med behov for en langt mere ressourcekrævende - korrektiv behandling, jf. tandplejebekendtgørelsens bilag 1.

Den kommunale børne- og ungdomstandpleje henviser patienter til tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger og har et nært samarbejde, der omfatter diagnostik, behandling og rådgivning fra de tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger i forbindelse med tidlig interceptiv behandling af børn med vækstbetinget kæbeanomali, hvor det skønnes, at der er en forøget risiko for videre dysplastisk udvikling i en sådan grad, at dette kan føre til en vækstbetinget kæbeanomali som kræver kombineret ortodontisk-kirurgisk behandling. For mere information henvises til Sundhedsstyrelsens specialevejledning for tand-, mund- og kæbekirurgi.

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 skal tilstræbes, at de ortodontiske behandlinger forestås af specialtandlæger, og ansvarsfordelingen i forhold til den konkrete behandling skal være klar, enten som en konkret delegation eller som en rammedelegation i de tilfælde, hvor andre behandlere (tandlæger/tandplejere/klinikassistenter) inddrages, og opgaver uddelegeres, jf. bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp og vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp.

Ved forekomst af manglende tandanlæg (agenesi), og hvis dette efter tandlægefaglig vurdering kan medføre behov for et specialiseret tandplejetilbud i regionstandplejen, henvises barnet/den unge 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 2.5 (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 praktiserende 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 inden for en rimelig tid (1 år) efter børne- og ungdomstandplejens ophør. Undtagelser herfra er dog de tilfælde, 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, inden for en rimelig tid. I disse særlige tilfælde vil færdiggørelse af tandreguleringsbehandlingen kunne strække sig ud over 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 § 21, 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 planlægger 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. I så fald forestår regionstandplejen finansiering heraf i henhold til tandplejebekendtgørelsens § 21, stk. 3.

Med henblik på at undgå situationer, hvor der er tvivl om behandlingsregi (børne- og ungdomstandpleje eller regionstandpleje) og dermed manglende ansvarsplacering, herunder finansieringsforpligtelse, 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.

4.5.5. 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. Grundlæggende udfører børne- og ungdomstandplejen eller den praktiserende tandlæge, som barnet eller den unge har valgt at benytte i henhold til fritvalgssordningens bestemmelser, ortodontisk behandling af de patienter, der efterfølgende skal modtage et endeligt specialiseret tandplejetilbud 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.

4.5.6. 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 landsplan 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.

4.5.7. 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 efterfølgende 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 i den enkelte region.

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.

4.5.8. 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 træffer en speciallæge i anæstesiologi beslutning om, hvorvidt anæstesi 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.

Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens specialevejledning for anæstesiologi for en nærmere beskrivelse af rammer, krav og anbefalinger for udførsel af generel anæstesi til forskellige patientgrupper, herunder børn, i sygehusregi.

4.5.9. 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, jf. tandplejebekendtgørelsens § 6, stk. 1. 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 skærpelse af opmærksomheden 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 fyldte 18. år indebærer, at den aktive fase er afsluttet, aftagelig retention er udleveret, og fast retention er påsat.

Såfremt patienten ikke er viderevisiteret til regionstandplejen, og retentionen således ikke er en del af den specialbehandling, der ydes der, vil udgiften efter afslutning af den kommunale tandpleje i forbindelse med kontrol, fjernelse mv. af retentionen 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. Patienterne skal informeres herom ved afslutning af den kommunale tandpleje.

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.

5. Omsorgstandpleje

5.1. Personkreds

Kommunerne skal tilbyde forebyggende og behandlende tandpleje 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 (omsorgstandpleje). 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 funktionsevne⁷⁾ 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 hensigten, at en bredere kreds af svagelige ældre borgere eller personer med handicap, 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 forskellige årsager 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 personer med udviklingshæmning og sindslidelse, herunder personer med ophold i midlertidige og varige botilbud, hos hvem der ikke er særlige odontologiske problemer, der kræver et specialiseret tandplejetilbud 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 et specialiseret tandplejetilbud i specialtandplejen. Det vil i sådanne situationer være relevant at tilbyde omsorgstandpleje til såvel voksne som til unge ved børne- og ungdomstandplejens ophør.

5.2. 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 opsøgende 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 egenbetaling⁸⁾.

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, på plejehjem eller andre midlertidige eller varige botilbud. 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”⁹⁾, ved visitation til omsorgstandpleje, og at borgere 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.

Når unge med nedsat funktionsevne fylder 18 år, skal de kunne visiteres direkte til omsorgs-tandplejen, 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 visiterer 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 tandfaglig vurdering findes hensigtsmæssigt, jf. bekendtgørelsens § 13, stk. 3.

Det bør regelmæssigt vurderes, hvorvidt indskrevne patienter bør henvises til en anden ordning i tandplejen. 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 funktionsevne, 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 tandfaglig 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).

Det anbefales, at kommunerne udarbejder og offentliggør retningslinjer for, hvordan øvrigt sundheds-personale, herunder sygehuspersonale, kliniske tandteknikere og praktiserende tandlæger og tandplejere samt pårørende, kan henvise patienter til visitation til omsorgstandpleje. Retningslinjerne har til formål at bidrage til at sikre et sammenhængende tilbud om tandpleje til målgruppen. Herudover anbefales, 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 eller andre midlertidige og varige botilbud.

Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens rapport om modernisering af omsorgstandplejen (2016) for mere information om visitation til omsorgstandpleje.

5.3. 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 varetage 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 personaleressourcer samt det udstyr og de faciliteter i tandklinikkerne, som skal være til stede, for at personalet kan modtage og behandle patienter med funktionsnedsættelse.

5.4. 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 varetage af hele eller dele af tandplejen for omsorgstandplejens målgruppe, jf. tandplejebekendtgørelsens § 8.

De klinikker, som varetager omsorgstandpleje, bør være indrettet således, at de er tilgængelige for den personkreds, som tilhører omsorgstandplejens målgruppe, jf. afsnit 5.1.

5.4.1. 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 6.4.2.

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 6.4.3.

5.4.2. Indgåelse af aftale med anden kommune eller privat tandlægepraksis

Hvis kommunalbestyrelsen indgår aftale med en anden kommune eller privat praksis om varetage 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 og mellem kommunen og privat praksis indgås en specifik aftale for hver enkelt patient om opgave- og ansvarsfordelingen.

5.5. Inddragelse af patienter og pårørende

Som beskrevet i afsnit 5.7 (tandplejens indhold) skal der i tilrettelæggelsen af omsorgstandplejen tages vidtstrakt hensyn til den enkeltes ønsker og behov, herunder særligt hensyn til tidligere tandplejevarer. 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 udførslen af plejeopgaver, eksempelvis daglig mundpleje, som patienten er blevet visiteret til at modtage af kommunen. Det bemærkes også, at der i vurderingen af patientens funktionsevne i forbindelse med visitation til omsorgstandpleje udelukkende kan lægges vægt på, hvad patienten er i stand til ved egen kraft, og ikke hvad patienten er i stand til med hjælp fra pårørende.

Herudover henvises til afsnit 2.5 om de generelle regler for informeret samtykke og ret til selvbestemmelse i den kommunale tandpleje.

5.6. 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, herunder bosteder for socialt udsatte. For de hjemmeboende borgeres vedkommende vil tandplejens samarbejdspartnere især omfatte hjemmeplejens personale. Det er væsentligt, at omsorgstandplejen og de øvrige faggrupper i de relevante kommunale forvaltninger 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, samt om tiltag på andre forvaltningsområder kan have betydning for omsorgstandplejen.

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 5.7.4 om behandling i generel anæstesi.

5.7. 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 ønsker, 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 tandfaglige 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.

5.7.1. 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. Herudover bør der rettes opmærksomhed mod øget risiko for udvikling af karies hos omsorgstandplejens patienter grundet hyppig forekomst af mundtørhed som følge af anvendelse af medicin. 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 5.6. Der er således også behov for tæt koordination 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).

Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, der er et vidensbaseret værktøj med faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde inden for en række temaer, blandt andet inden for tobak, alkohol og kost.

5.7.2. Undersøgelse

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

5.7.3. 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 tandklinik.
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 tandklinik.
Faste protetiske erstatninger (kroner, broer)	Bør af hensyn til kvaliteten og adgang til røntgen foretages 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.

5.7.4. *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 træffer en speciallæge i anæstesiologi beslutning om, hvorvidt anæstesen 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.

Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens specialevejledning for anæstesiologi for en nærmere beskrivelse af rammer, krav og anbefalinger for udførsel af generel anæstesi til forskellige patientgrupper.

5.7.5. *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.

6. **Specialtandpleje**

6.1. **Personkreds**

Kommunen skal tilbyde specialiseret tandpleje (specialtandpleje) til personer med sindslidelse, udviklingshæmning mv., der ikke kan benytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, voksantandplejen eller i omsorgstandplejen, jf. tandplejebekendtgørelsens § 12.

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 distriktpsykiatriske 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.

6.2. **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, stk. 1. Herudover kan personer, 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 for patienter omfattet af tandplejebekendtgørelsens § 13, stk. 1 og 2, sikrer blandt andet, at borgere, der er tilknyttet de ovenfor nævnte boformer eller psykiatriske hospitalsafdelinger, herunder distriktskykiatriske ordninger, har en direkte adgang til tandbehandling af akut karakter i specialtandplejen. Specialtandplejen kan efterfølgende, jf. § 13, stk. 3 i tandplejebekendtgørelsen, foretage en tandlægefaglig visitation af, hvorvidt borgerens tandpleje kan foretages i omsorgstandplejen eller praksistandplejen, eller om borgeren skal visiteres ind i specialtandplejen.

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. Personer, der ikke ønsker at modtage tilbuddet om specialtandpleje, bevarer retten til tilskud til tandpleje efter reglerne i § 64.b i sundhedsloven.

Der bør regelmæssigt foretages en tandlægefaglig vurdering i specialtandplejen af, hvorvidt indskrevne patienter bør henvises til en anden ordning i tandplejen. 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.

6.3. 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 5.3), 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.

6.4. 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 folkeregisteret) kan vælge at etablere behandlingstilbud på egne klinikker eller at overlade udførelsen af specialtandplejeopgaven til andre kommuner, regionsråd eller private klinikker, jf. tandplejebekendtgørelsens § 14, stk. 1. 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 6.6.4 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 6.5 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.

6.4.1. 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 patientforløbet, 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 6.3 (opgavevaretagelse) og 6.6 (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 tryghed 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 tryghed 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 6.4.2) og rammeaftalen mellem regionsråd og kommunalbestyrelse (afsnit 6.4.3).

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 6.4.2 og 6.4.3. Endvidere kan nærmere rammer for sådanne aftaler med fordel tænkes drøftet i koordinationsudvalget eller eventuelle samarbejdsudvalg.

6.4.2. 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.

6.4.3. 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.

6.4.4. Bopælskommune og opholdskommune

Kommunen skal tilbyde specialtandpleje til de personer i målgruppen, der er tilmeldt folkerasteret 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 ophold, hvorfor personen efter reglerne om folkerastering skal folkerasteres 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 distriktpsychiatriske 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.

6.5. 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 særligt 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. Samarbejdet er ikke mindst vigtigt i relation til de forebyggende aktiviteter, herunder daglige mundhygiejneprocedurer og opmærksomhed på forekomst af mundtørhed (se afsnit 6.6.1 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 distriktpsychiatriske boformer/ordninger, hvor specialtandplejens patienter opholder sig. Det anbefales, at det personale, der er tilknyttet de boformer og psykiatriske hospitalsafdelinger, herunder distriktpsychiatriske ordninger, hvor patienter, der tilhører specialtandplejens personkreds, opholder sig, tager stilling til, om patienten bør henvises til specialtandpleje. Denne stillingtagen bør foretages i samarbejde med borgeren/værgen 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 andre velfærdsområder i en kommune. Derfor bør der foregå en tæt og løbende koordinering på tværs af velfærdsområder, 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.

6.6. 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 behandlende.

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 personens 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 tilvænning er mulig og kan gennemføres, bør det efterfølgende overvejes, om patienten eventuelt kan modtage tilbud på et mindre specialiseret niveau, uden at det tillærte mistes.

6.6.1. 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. Kommunen kan her overveje, at der for specialtandplejens patienter med fordel kan anvendes en individuel mundplejeplan på samme måde som for omsorgstandplejens patienter.

Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, der er et vidensbaseret værktøj med faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde inden for en række temaer, bl.a. inden for tobak, alkohol og kost.

6.6.2. 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.

6.6.3. 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.

Der henvises til afsnit 2.5.2 for en nærmere beskrivelse af behandling af varigt inhabile patienter samt om mulighed for anvendelse af tvang i somatisk behandling af varigt inhabile.

6.6.4. 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 træffer en speciallæge i anæstesiologi beslutning om, hvorvidt anæstesen 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.

Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens specialevejledning for anæstesiologi for en nærmere beskrivelse af rammer, krav og anbefalinger for udførsel af generel anæstesi til forskellige patientgrupper.

6.6.5. 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 2.5.

7. Socialtandpleje

7.1. Personkreds

Målgruppen for socialtandpleje er de mest socialt udsatte borgere, som ikke kan benytte de eksisterende tandplejeordninger i omsorgstandplejen, specialtandplejen og praksistandplejen.

Kommunalbestyrelsen er således efter sundhedslovens § 134 a, stk. 1, forpligtet til at tilbyde vederlagsfri akut smertelindrende og funktionsopbyggende tandpleje, herunder forebyggende råd og vejledning i forhold til vedligeholdelse af behandlingen, til borgere med særlige sociale problemer, i form af gadehjælp og borgere, der kan benytte herberger, varmestuer, væresteder på grund af hjemløshed, herunder borgere som ikke kan opholde sig i egen bolig, jf. lov om social service §§ 104 og 110¹¹⁾, og som ikke kan udnytte de eksisterende tandplejeordninger.

Desuden kan kommunalbestyrelse, jf. sundhedslovens § 134 a, stk. 2, ud fra en konkret vurdering tilbyde vederlagsfri akut smertelindrende og funktionsopbyggende tandpleje, herunder forebyggende råd og vejledning i forhold til vedligeholdelse af behandlingen, til udsatte borgere, der ikke er omfattet af § 134 a, stk. 1, og som ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud grundet særlige sociale problemer.

Det giver kommunen mulighed for at tilpasse socialtandplejetilbuddet til lokale kommunale forhold. Fx kan gruppen omfattet af sundhedslovens § 134 a, stk. 2, omfatte borgere, der modtager forskellige former for sociale indsatser efter serviceloven, eller borgere der er i behandling efter sundhedsloven, fx kommunal alkoholbehandling efter sundhedslovens § 141 eller lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142, og som har ingen eller lille arbejdsmarkedstilknnytning.

Det er en forudsætning for at modtage tilbud om socialtandpleje, at borgeren ikke kan benytte de eksisterende tandplejetilbud i omsorgstandplejen, specialtandplejen eller praksistandplejen. Det er med udgangspunkt i en konkret og individuel vurdering, op til den enkelte kommune, at vurdere, om borgeren er i målgruppen for at modtage tandpleje i socialtandplejen. Her skal det bemærkes, som det fremgår af vejledningens kapitel 5.1 og 6.1 at majoriteten af borgere i målgruppen for specialtandpleje og omsorgstandpleje har en tilknytning til et plejetilbud, behandlingstilbud eller en boform i social- eller sundhedsvæsenet og herfra kan blive henvist eller visiteret direkte til specialtandpleje eller omsorgstandpleje (jf. vejledningens kapitel 5 og 6). For så vidt angår målgruppen for socialtandpleje er det karakteristisk, at hovedparten af borgerne ikke er tilknyttet tilbud og boformer, som omsorgs- og specialtandplejens målgruppe benytter. Det betyder, at borgere i målgruppen for socialtandpleje typisk ikke opholder sig på de steder, hvor visitation eller henvisning til omsorgs- eller specialtandpleje finder sted i praksis hvorfor visitation til socialtandplejen foregår under andre og væsentligt mere udfordrende forhold.

Kan en borger, der hidtil har været i målgruppen for socialtandpleje, jf. bekendtgørelsens § 17 stk 1 og 2, på et tidspunkt igen gøre brug af et af de øvrige tandplejetilbud i omsorgstandplejen, specialtandplejen eller praksistandplejen vil borgeren ikke længere være i målgruppen for tilbuddet i socialtandplejen. Vær dog opmærksom på, at kommunen er forpligtet til at færdiggøre påbegyndte behandlinger i socialtandplejen, jf. afsnit 7.6.6.

Grundet målgruppens særlige karakteristika og sårbarhed kan det være relevant, at kommunen overvejer at tilbyde individuel støtte og opfølgning i forbindelse med, at en borger visiteres ud af socialtandplejen til et andet tandplejetilbud. Dette med henblik på at undgå dropout og sikre kontinuitet i behandlingen, så borgeren fortsat modtager den nødvendige tandpleje. Støtten kan med fordel organiseres tværfagligt med involvering af de socialfaglige medarbejdere, som borgeren i forvejen har en tæt relation til.

7.2. Visitation

Visitation til socialtandpleje foretages af kommunen, jf. tandplejebekendtgørelsens § 17, stk. 3.

Med henblik på at understøtte, at en så stor del af målgruppen som muligt visiteres til tilbud om socialtandpleje, er det vigtigt, at kommunen gør relevante parter og borgere i målgruppen opmærksom på tilbuddet. Kommunen har derfor i henhold til tandplejebekendtgørelsens § 18, stk. 3, pligt til at *oplyse* om, hvordan den har tilrettelagt socialtandplejen, og hvad der er indholdet i tilbuddet. I den forbindelse har kommunen pligt til at sikre, at oplysning om tilbuddet når ud til relevante parter og borgere i målgruppen, herunder gennem et vist *opsøgende* arbejde (se anbefalinger til det opsøgende arbejde i afsnit 7.6.1).

Overordnet skal kommunen tage flg. tre forhold i betragtning i en vurdering af, om en borger skal visiteres til socialtandplejen, jf. bekendtgørelsens § 17:

- Borgeren tilhører de mest socialt udsatte grupper, (*sociale kriterier*)
- Borgeren kan ikke benytte de øvrige tandplejetilbud i omsorgs- og specialtandplejen eller i praksisstandplejen (*forudsætninger for at benytte de øvrige tandplejetilbud*)
- Borgeren har ud fra en tandfaglig vurdering et konkret behandlingsbehov som er omfattet af tilbuddet om socialtandpleje (*konkret behov for tandpleje*)

Beslutningen om, hvorvidt borgeren er i målgruppen for tilbud om socialtandpleje, jf. bekendtgørelsen § 17, stk. 1 og 2, vil være en afgørelse i forvaltningslovens forstand. Inden der igangsættes en behandling i socialtandplejen, vil der således skulle foretages en vurdering af, om borgeren er i målgruppen for at modtage behandling i socialtandplejen, herunder om borgeren kan benytte de øvrige tandplejetilbud og således ikke er omfattet af tilbud om socialtandpleje.

Kommunen bør i sin vurdering af, om borgeren kan benytte de øvrige tandplejetilbud, jf. bekendtgørelsens § 17, tage borgerens særlige sociale problemer og sundhedsmæssige forhold i betragtning. Fx kan hjemløshed og misbrug af alkohol eller stoffer medføre, at borgeren vurderes ikke at kunne udnytte tilbud om special- eller omsorgstandpleje, og derfor i stedet kan være omfattet af tilbuddet i socialtandplejen for at kunne modtage tandbehandling.

Herudover skal socialtandplejens personale, jf. tandplejebekendtgørelsens § 17, stk. 3, tandfagligt vurdere borgerens behandlingsbehov. Det er således en forudsætning for at kunne modtage tandpleje i socialtandplejeordningen, at borgeren ud fra en tandfaglig vurdering har et konkret tandbehandlingsbehov, der kan varetages inden for de indholdsmæssige rammer for socialtandplejen, jf. § 19 i bekendtgørelsen. Det vil således ikke være tilstrækkeligt, at en borger retter henvendelse til socialtandplejen med besked om, at fx en socialmedarbejder på et værested har oplyst om tandplejetilbuddet, og derigennem vurderet, at den pågældende borger er i målgruppen for tilbuddet. Borgeren vil også skulle have et konkret behandlingsbehov der er omfattet af tilbuddet i socialtandplejen.

Idet der i visitationen skal tages stilling til både sociale og sundhedsmæssige forhold samt borgerens konkrete tandbehandlingsbehov, bør visitation til socialtandpleje betragtes som en tværfaglig opgave i kommunen. Se afsnit 7.5 for en nærmere beskrivelse af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i socialtandplejen.

Det er afgørende, at borgere i målgruppen har let og hurtig adgang til socialtandpleje, hvorfor kommunen bør undgå unødigt lang myndighedsbehandling i forbindelse med visitation til ordningen. Visitation til socialtandplejen kan ske enten i en mundtlig dialog mellem relevante fagpersoner eller skriftligt, og skal foregå i overensstemmelse med gældende regler for behandling af personoplysninger.

I de tilfælde, hvor socialtandplejen er placeret i umiddelbar tilknytning til et herberg, varmestue eller andet lavtærskeltilbud, vil en vurdering af, om borgeren er omfattet af målgruppen, herunder om borgeren ikke kan benytte de eksisterende tandplejetilbud, umiddelbart kunne ske ved en mundtlig dialog med

medarbejderne på det pågældende tilbud. Det vil således i disse tilfælde i praksis være relativt nemt at vurdere, om en borger er omfattet af målgruppen.

I de tilfælde, hvor en borger retter henvendelse til et socialtandplejetilbud, der ikke umiddelbart er placeret i nær tilknytning til et herberg, varmestue eller andet lavtærskeltilbud, vil vurderingen af, om borgeren er omfattet af målgruppen, skulle ske på anden vis. Det kan fx ske ved, at der rettes telefonisk kontakt til medarbejdere på et tilbud, hvor borgeren ofte kommer. Det kan også ske ved, at det herberg, varmestue eller andet lavtærskeltilbud, som har gjort borgeren opmærksom på tilbuddet, giver borgeren en skriftlig bekræftelse på at være i målgruppen for det pågældende værested, herberg eller lignende. Borgeren giver dernæst den skriftlige bekræftelse til det socialtandplejetilbud, som skal yde tandbehandling til borgeren. For borgere, som ikke er tilknyttet et tilbud, kan der rettes henvendelse til socialforvaltningen i borgerens bopælskommune med henblik på en afklaring af, om borgeren tilhører målgruppen. Det er afgørende, at borgerne ikke skal ind i et længerevarende myndighedsforløb, hvor de skal afvente en afgørelse om, hvorvidt de vurderes at være i målgruppen for tilbuddet.

Det er ikke et krav, at afgørelse om visitation meddeles skriftligt, jf. forvaltningslovens § 22, men såfremt borgeren ikke får medhold og ønsker en skriftlig afgørelse, har borgeren krav på en skriftlig afgørelse med begrundelse og klagevejledning. Vedr. klageadgang i den kommunale tandpleje henvises til afsnit 2.6.

7.3. Opgavevaretagelse og kompetencer

Det er relevant, at det tandfaglige personale, som varetager behandling af borgere i målgruppen for socialtandpleje, har indsigt i og erfaring med at varetage målgruppens behandlingsbehov samt viden om, hvorledes øvrige sociale og sundhedsmæssige forhold kan have indflydelse på målgruppens mulighed for fx at yde tilstrækkelig egenomsorg og opretholde en god mundhygiejne.

Ligesom for omsorgs- og specialtandplejen anbefales det, at tandfagligt personale i socialtandplejen får mulighed for at opbygge erfaring og udvikle faglige kompetencer med håndtering og behandling af målgruppen. Kommuner, der grundet størrelse eller befolkningsunderlag har vanskeligt ved at opnå tilstrækkelig volumen for at dette lader sig gøre kan med fordel indgå i tværkommunale samarbejder, hvorved kvalitet og relevante kompetencer i tilbuddet kan understøttes.

Videre anbefales at tilstræbe kontinuitet i opgavevaretagelsen med henblik på at understøtte, at borgeren oplever tryghed i behandlingssituationen og kan opbygge en relation til de tandfaglige medarbejdere.

7.4. Organisation

Kommunen træffer beslutning om den nærmere organisering af socialtandplejen og kan i henhold til sundhedslovens § 134 a, stk. 3, vælge at etablere tilbuddet på egne institutioner eller ved at indgå aftale herom med andre kommuner, regioner eller private klinikker. I det omfang, der indgås aftale herom vil kommunen, regionen eller den private klinik, der påtager sig opgaven, være forpligtet til at stille behandlingstilbud til rådighed for målgruppen.

Socialtandplejetilbuddet kan fx organiseres som mobile klinikker, i tilknytning til herberger og væresteder eller etableres i relation til de eksisterende kommunale tandplejetilbud. Det anbefales, at tilbuddet så vidt muligt placeres i nærhed til steder, hvor målgruppen i forvejen opholder sig.

Ved organisering af socialtandplejen skal kommunen tage hensyn til målgruppens behov for tilgængelighed, tryghed og fleksibilitet, herunder i forhold til den fysiske placering af tilbuddet og fleksible åbningstider, jf. tandplejebekendtgørelsens § 18, stk. 2. Idet socialtandplejetilbuddet bl.a. omfatter akut tandbehandling, jf. bekendtgørelsens § 19, stk. 1, anbefales det, at borgerne har så let adgang som muligt til akut tandbehandling i socialtandplejen på alle hverdage.

Såfremt kommunen vælger at udføre socialtandpleje på en klinik, der primært behandler patienter, som tilhører målgruppen for børne- og ungdomstandpleje, omsorgstandpleje og/eller specialtandpleje,

bør kommunen have særlig opmærksomhed på at sikre, at indholdet af og rammerne for socialtandplejetilbuddet lever op til målgruppens behov, herunder vedrørende fysisk tilgængelighed og fleksibilitet. Det betyder bl.a., at borgere i målgruppen for socialtandpleje har adgang til et fleksibelt tilbud om tandpleje, herunder akut tandbehandling, uden forudgående aftale og i et miljø, der opleves trygt for målgruppen, jf. ovenfor. Det er vigtigt, at målgruppen føler sig velkommen i tandplejen på egne præmisser, og at klinikken udviser rummelighed og tolerance i mødet med borgeren.

På samme måde bør kommunen have særligt fokus på at sikre, at socialtandplejetilbuddet lever op til målgruppens behov for tilgængelighed, tryghed og fleksibilitet, jf. tandplejebekendtgørelsens § 18, stk. 2, i de tilfælde, hvor kommunen indgår aftale med en anden kommune, en region eller med praksistandplejen. Det anbefales således, at kommunen er opmærksom på den fysiske afstand mellem borgere i målgruppen og den klinik, der varetager behandling i socialtandplejen, hvis der indgås aftale med en anden kommune, region eller med praksistandplejen.

Vælger kommunen at indgå aftale med en privat tandklinik om varetagelse af socialtandpleje, bør kommunen understøtte, at det tandfaglige personale på den private tandklinik har mulighed for erfaringsudveksling om behandling af socialtandplejens målgruppe sammen med andre tandfaglige kollegaer i socialtandplejen.

Ved funktionsopbyggende behandling med aftagelige proteser kan kommunen indgå aftaler med praktiserende kliniske tandteknikere om varetagelse af denne del af opgaven. Kommunen bør på samme måde som for de private tandklinikker understøtte, at de kliniske tandteknikere har mulighed for erfaringsudveksling om behandling af socialtandplejens målgruppe sammen med andre tandfaglige kollegaer i socialtandplejen.

Nogle kommuner har allerede erfaringer med at etablere og drive tandtilbud til målgruppen. I forbindelse med implementering af socialtandplejetilbud i alle kommuner anbefales det, at kommunerne udveksler erfaringer. Erfaringsudvekslingen kan fx ske i regi af koordinationsudvalget, jf. tandplejebekendtgørelsens § 30 (se afsnit 2.1).

7.4.1. Bopælskommune og opholdskommune

Borgerens bopælskommune afholder udgifter forbundet med socialtandpleje, jf. sundhedsloven § 249. Ved bopælskommune forstås den kommune, hvor den pågældende borger er bopælsregistreret i Folkeregisteret.

7.5. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Grundet målgruppens særlige karakteristika og behov for både sundheds- og socialfaglig støtte er det for borgere i socialtandplejen vigtigt at sikre tæt koordination mellem det tandfaglige personale i socialtandplejen, medarbejdere i kommunens sundheds- og socialforvaltning og andre, som er involveret i sundhedsfagligt og socialt arbejde i relation til målgruppen, fx frivillige organisationer.

Ligeså er koordination med de øvrige tandplejetilbud i kommunen vigtig, især hvis kommunen organiserer socialtandplejetilbuddet i relation til et af de øvrige kommunale tandplejetilbud, fx specialtandplejen. Endelig bør det sikres, at der, ligesom for de øvrige tandplejeordninger, etableres et samarbejde med en vagtordning, så borgere i socialtandplejen har adgang til akut tandpleje uden for sædvanlig behandlingstid. Koordinationsudvalget har ansvar for at sikre etablering af vagtordninger, jf. afsnit 2.1.

Et tæt og velkoordineret tværfagligt samarbejde er særlig vigtigt i det opsøgende arbejde og i forbindelse med visitation til socialtandpleje. Her spiller personer i tæt kontakt med målgruppen en væsentlig rolle, eksempelvis gadesygeplejersker og andre gademedarbejdere, personale på herberger, væresteder, varmestuer og andre midlertidige bo- og væresteder, personale tilknyttet kommunal misbrugsbehandling samt personale i socialpsykiatrien og personale i den kommunale social- og beskæftigelsesindsats. Da socialtandpleje er et nyt tilbud i mange kommuner, kan der med fordel være fokus på at etablere et

samarbejde mellem det miljø eller opholdssted, hvor borgere i målgruppen færdes, og det tandfaglige personale i socialtandplejen.

Kommunen bør sikre, at de personer og organisationer, som er i kontakt med målgruppen, modtager information om socialtandpleje og om mulighederne for visitation til tilbuddet, så de kan indgå i det opsøgende arbejde og bidrage til, at målgruppen i tilstrækkeligt omfang visiteres til socialtandpleje. Frivillige socialfaglige organisationer kan desuden være særligt relevante at inddrage i det opsøgende arbejde målrettet de borgere i målgruppen, som ikke er kendt af kommunen i forvejen.

Tæt koordination mellem socialtandplejen og socialfaglige medarbejdere og andre nøglepersoner, herunder nære pårørende og venner, er også vigtig i forbindelse med den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, hvis gennemførelse målgruppen kan have behov for særlig støtte og opbakning til. Idet borgere i målgruppen for socialtandplejen typisk er i kontakt med flere forvaltningsområder i kommunen, bør der være opmærksomhed på at tænke socialtandplejen ind i en samlet indsats, der skal opretholde eller højne borgerens helbred og livskvalitet, evt. som led i en beskæftigelsesindsats.

7.6. Tandplejens indhold

Indholdet af socialtandplejen er beskrevet i tandplejebekendtgørelsens § 19.

Socialtandplejen skal bidrage til, at målgruppen for socialtandpleje opnår en forbedret tandsundhed med fravær af symptomer og mulighed for rehabilitering af tandsættet med henblik på at øge borgerens livskvalitet og begrænse yderligere marginalisering.

Borgere i målgruppen er kendetegnet ved at have særlige sociale og sundhedsmæssige problemer, ligesom de ikke kan benytte de øvrige eksisterende tandplejetilbud. Derfor er det vigtigt, at socialtandplejens indhold efter konkret vurdering tilpasses den enkelte borgers ønsker og behov samt muligheder for at gennemføre en given undersøgelse eller behandling. Inddragelse af borgerens egne ønsker til tandbehandlingen er især vigtigt ved tilrettelæggelsen af en længerevarende funktionsopbyggende tandbehandling. Sparring mellem socialtandplejen og de socialfaglige medarbejdere, der har en eksisterende støttende relation til borgeren, kan desuden være et vigtigt element i forhold til at gennemføre behandlingen.

Hvis borgerens tilstand begrænser mulighederne for udførelse af en klinisk tandbehandling, har den tandfaglige indsats først og fremmest til hensigt at holde patienten fri for patologiske tilstande, der kan forvolde smerter og infektion. Indholdet af socialtandplejen kan derfor differentieres fra borger til borger afhængig af individuelle forhold.

I det følgende er indholdet af socialtandplejen specificeret.

7.6.1. Forebyggelse og sundhedsfremme

Overordnet omfatter individuel forebyggelse på tandplejeområdet indsatser og aktiviteter, der tager sigte på at forhindre sygdomssymptomer og -tilstande i tænder, mund og kæber i at opstå og at standse udbredelsen af disse, hvis de allerede er opstået.

Individuel forebyggelse i socialtandplejen omfatter forebyggende råd og vejledning i forhold til vedligeholdelse af behandlingen, jf. bekendtgørelsens § 19, stk. 1. Herved forstås information og instruktion i tandpleje, herunder daglig mundhygiejne med henblik på at sikre renhold af tænder og tanderstatninger og forebygge tandsygdom. I forhold til at sikre en god daglig mundhygiejne bør socialtandplejen have fokus på at koordinere denne forebyggende indsats med personalet på de steder, hvor borgeren ofte opholder sig, i det omfang dette er muligt.

Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, der er et vidensbaseret værktøj med faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde inden for en række temaer, blandt andet inden for tobak, alkohol og kost.

7.6.2. Oplysning og opsøgende arbejde

Kommunen har i henhold til tandplejebekendtgørelsens § 18, stk. 3, pligt til at sikre, at oplysning om tilbuddet når ud til relevante parter og borgere i målgruppen, jf. § 17, herunder gennem et vist opsøgende arbejde.

Særligt fokus bør være på at gøre information tilgængelig de steder (herberger, varmestuer, væresteder mv.), hvor målgruppen typisk opholder sig. Informationsindsatsen har til formål at understøtte, at målgruppen får adgang til tilbud om socialtandpleje.

Den opsøgende indsats i socialtandplejen bør så vidt det er muligt også indeholde elementer af forebyggelse og sundhedsfremme, således at de miljøer, som målgruppen færdes i, kan understøtte en tandsundhedsfremmende indsats. Socialtandplejen kan i et tværfagligt samarbejde bidrage til at øge viden og opnå praktiske færdigheder hos målgruppen og de socialfaglige medarbejdere, som er i borgerens nærmiljø, om forebyggelse af tandsygdomme, sund kost og varetagelse af egen mundhygiejne.

7.6.3. Undersøgelse

Undersøgelse, diagnostik og behandlingsplanlægning tilrettelægges efter en konkret tandfaglig vurdering i forhold til, om der er tale om akut behandling eller funktionsopbyggende behandling.

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen følges, såfremt det efter tandfaglig og konkret vurdering skønnes relevant.

7.6.4. Behandling

Socialtandplejen skal tilbyde (jf. tandplejebekendtgørelsens § 19, stk. 1):

- 1) *Akut smertelindrende tandbehandling*, hvorved forstås akut behandling, der også kan være smertelindrende, og som har til formål at afhjælpe tilstande som smerte, infektion, hævelse, skade på tænder eller slimhinder eller anden akut tilstand hos patienten. Tandbehandlinger kan her være undersøgelse, tandrensning, røntgenoptagelse, bedøvelse, tandudtrækning, mindre kirurgi, rodbehandling og fyldningsterapi. Behandlingen omfatter herudover udlevering af den for behandlingen nødvendige medicin (fx smertestillende medicin og antibiotika).
- 2) *Funktionsopbyggende tandbehandling*, hvorved forstås behandling af oral funktionsnedsættelse til borgere, der f.eks. har nedsat tyggefunktion, eller hvor tab af tænder i fortandsregionen er vansirende i et sådant omfang, at den udgør et egentligt handicap. Behandling kan her efter konkret tandfaglig vurdering være aftagelige proteser eller faste protetiske erstatninger.

Kommunen kan desuden, på baggrund af en konkret vurdering af den enkelte borgers tandsundhed, og om borgeren kan indgå i et længere behandlingsforløb, tilbyde (jf. bekendtgørelsens § 19, stk. 2):

- 3) *Yderligere forebyggende tandbehandling eller funktionsopbyggende tandbehandling*, eksempelvis genopbygning af hele tandsæt eller proteser, hvis dette konkret tandfagligt vurderes at være relevant. Kommunen afgrænser selv omfanget af denne del af socialtandplejen.

Funktionsopbyggende tandbehandling, jf. 2) og 3) ovenfor, vil kunne være et element i kommunens samlede rehabiliteringsindsats til borgeren. Tilbud om og tilrettelæggelse af tandbehandling, herunder funktionsopbyggende tandbehandling, i regi af socialtandplanen bør dog altid bero på en konkret tandfaglig vurdering af borgerens behandlingsbehov, uagtet om tandbehandlingen indgår som led i en samlet rehabiliteringsindsats.

Endelig kan det være relevant, at kommunen som en del af det opsøgende arbejde tilbyder individuel støtte til borgeren med henblik på at understøtte, at ordningen bruges som forudsat, fx i forhold til at påbegynde eller fastholde borgeren i et behandlingsforløb.

7.6.5. Behandling i generel anæstesi

Det kan være nødvendigt at foretage tandbehandling i generel anæstesi, når tandbehandlingsbehovet er så omfattende og/eller af en sådan karakter, at borgeren ikke er i stand til at gennemføre tandbehandling på konventionel vis.

For socialtandplejen gælder, at hvis generel anæstesi er nødvendig for, at kommunen kan tilbyde den for borgeren nødvendige akutte eller funktionsopbyggende tandbehandling, der er omfattet af bekendtgørelsens § 19, stk. 1, skal tandbehandling i generel anæstesi betragtes som værende en del af denne behandling. Det betyder, at kommunerne har pligt til at tilbyde tandbehandling i generel anæstesi i de tilfælde, hvor generel anæstesi er en nødvendig betingelse for gennemførelse af tandbehandling i socialtandplejen i henhold til bekendtgørelsens § 19, stk. 1. Mulighed for behandling i generel anæstesi skal være med til at sikre, at målgruppen har en reel mulighed for at få saneret et tandsæt med udbredt tandsygdom.

Ved tandbehandling i generel anæstesi træffer en speciallæge i anæstesiologi beslutning om, hvorvidt anæstesen af borgeren kan foregå ambulant, eller skal foregå på et sygehus. Det er også en speciallæge i anæstesiologi, der i hvert enkelt konkret tilfælde vurderer, om et eventuelt misbrug eller andre forhold kan udgøre en risiko for borgeren i forhold til at gennemføre behandling i generel anæstesi.

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 socialtandplejen.

Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens specialevejledning for anæstesiologi for en nærmere beskrivelse af rammer, krav og anbefalinger for udførsel af generel anæstesi til forskellige patientgrupper.

7.6.6. Færdiggørelse af behandling

Kommunen har pligt til at færdiggøre påbegyndte behandlinger. Hvis en borger, som er omfattet af socialtandplejeordningen, flytter fra en kommune til en anden, påhviler det i henhold til tandplejebekendtgørelsens § 19, stk. 3, alene tilflytningskommunen at færdiggøre påbegyndte behandlinger og videreføre tandplejetilbuddet for så vidt angår patienter omfattet af § 17, stk. 1, medmindre tilflytningskommunen ligeledes har besluttet at tilbyde socialtandpleje til borgere omfattet af § 17, stk. 2.

8. Tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 135

8.1. Personkreds

Støtte kan ydes til voksne, der ikke er omfattet af særlige tandplejeordninger (omsorgstandpleje, specialtandpleje, socialtandpleje), 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 § 20, 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.

8.2. 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 § 20, stk. 2, nr. 3. Da der ved tildeling af støtte til tandprotese er tale om støtte til restitution 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 § 20, stk. 2, nr. 3, ligesom der ikke ydes støtte til reparation eller udskiftning af tidligere bevilget tandprotese, jf. bekendtgørelsens § 20, 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, § 20, 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 tandfaglig 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 § 20, stk. 3.

9. Ikrafttræden

Nærværende vejledning træder i kraft den 30.09.2020 og erstatter *Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje* (VEJ nr.9700 af 06/08/2018).

Sundhedsstyrelsen, den 29. september 2020

SØREN BROSTRØM

/ Tanja Popp

- 1) Jf. brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse af 19. oktober 2011 til Københavns Kommune
- 2) Jf. brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse af 19. oktober 2011 til Københavns Kommune
- 3) Jf. brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til Tandlægeforeningen d. 14. maj 2012.
- 4) Jf. brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse af 26. marts 2015 til specialtandlæge Allan Derry
- 5) Jf. brev fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse af 19. oktober 2011 til Københavns Kommune
- 6) Jf. brev af 5. november 1990 til samtlige kommunalbestyrelser og Københavns Magistrat fra Sundhedsministeriet (3.kt.j.nr.1990-2400-14 UK-AI.b10).
- 7) 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).
- 8) 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.
- 9) Vedr. "Fælles Sprog III" henvises til www.fs3.nu
- 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.
- 11) Af servicelovens § 104 fremgår, at kommunen skal tilbyde aktivitets- og samværstilbud til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkårene. Af servicelovens § 110 fremgår, at kommunen skal tilbyde midlertidigt ophold i borformer til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, og som har behov for botilbud og for tilbud om aktiverende støtte, omsorg og efterfølgende hjælp.

Kildeliste

I tabel 2 er oplistet 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 udgivesår)**Love, lovbekendtgørelser og bekendtgørelser**

Bekendtgørelse om tandpleje (Tandplejebekendtgørelsen) (BEK nr. 1077 af 30/06/2020)

Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (LOV nr. 1053 af 30/06/2020)

Bekendtgørelse af forældreansvarsloven (LBK nr. 776 af 07/08/2019)

Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (LBK nr. 826 af 16.08.2019)

Folkeskoleloven (bekendtgørelse af lov om folkeskolen) (LBK nr. 823 af 15/08/2019)

Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven) (LBK nr. 731/08/07/2019)

Service-loven (lov om social service) (LBK nr. 1278 af 28/08/2020)

Tvangsbehandlingsloven (lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile) (LOV nr. 126 af 27/01/2019)

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. 903 af 26/08/2019)

Almenboligloven (bekendtgørelse af lov om almene boliger m.v.) (LBK nr. 1203 af 03/08/2020)

Planloven (bekendtgørelse af lov om planlægning) (LBK nr. 1157 af 01/07/2020)

Bekendtgørelse af forvaltningsloven (LBK nr. 433 af 22/04/2014)

Lov om offentlighed i forvaltningen (LOV nr. 145 af 24.02.2020)

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (BEK nr. 1219 af 11/12/2009)

Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. (BEK nr. 359 af 04/04/2019)

Vejledninger og retningslinjer

Specialevejledning for Anæstesiologi (Sundhedsstyrelsen, 2020)

Specialevejledning for tand-, mund- og kæbekirurgi (Sundhedsstyrelsen, 2020)

National klinisk retningslinje for fastlæggelse af diagnostiske undersøgelser i tandplejen (Sundhedsstyrelsen, 2016)

Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (VEJ nr. 115 af 11/12/2009)

Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje (Sundhedsstyrelsen, 2006)

Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. (Sundhedsstyrelsen, 1998)

Vejledning om indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet (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)

Kommissorium for arbejdsgruppe (2017/2018)

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 aktuel 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:

- Børne- og ungdomstandpleje, omsorgstændpleje og specialtandpleje samt tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 135
- Regionstændpleje 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-habilitetserklæring?id={CED71D8B-E8FA-46A6-ADC6-8AC6D8126AC4}&type=0>

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

Medlemsliste for arbejdsgruppe (2017/2018)

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.

Kommissorium for arbejdsgruppe (2020)

Kommissorium for faglig arbejdsgruppe vedr. opdatering af Vejledning om den kommunale tandpleje (socialtandpleje)

Baggrund

Som en del af finanslovsaftalen for 2020 skal alle landets kommuner oprette et vederlagsfrit tilbud om socialtandpleje målrettet de mest socialt udsatte borgere, som ikke evner at benytte de almindelige kommunale tandplejetilbud.

I forbindelse med etablering af ordningen skal sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt bekendtgørelse om tandpleje opdateres. Lovforslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang er fremsat d. 26. marts 2020 (lovforslag nr. L 160: [link](#)), og et nyt udkast til bekendtgørelse om tandpleje er sendt i høring med høringsfrist d. 4. juni (link). Bekendtgørelsen vil skulle træde i kraft den 1. juli 2020 samtidig med ikrafttræden af lovforslag nr. L 160 om forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

I forlængelse heraf skal Sundhedsstyrelsens *Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje* (herefter benævnt *Vejledning om den kommunale tandpleje*) opdateres, så den indeholder et nyt kapitel med retningslinjer for socialtandpleje. Ligesom for de øvrige tandplejeordninger, der beskrives i vejledningen, vil kapitlet om socialtandpleje indeholde retningslinjer for og beskrivelser af socialtandplejens personkreds (målgruppe), visitation til ordningen, opgavevaretagelse og kompetencer, organisation, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde samt socialtandplejens indhold.

Sundhedsstyrelsen opdaterede senest *Vejledning om den kommunale tandpleje* i august 2018 ([link](#)). Det understreges, at det forestående arbejde med udarbejdelse af retningslinjer for socialtandplejen udelukkende indebærer, at et kapitel om socialtandplejen tilføjes den eksisterende vejledning om den kommunale tandpleje. Der vil således ikke blive foretaget ændringer i de øvrige kapitler i vejledningen, medmindre ændringen direkte vedrører eller har snitflader til den nye kommunale socialtandplejeordning.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen får til opgave at yde faglig rådgivning til Sundhedsstyrelsen og kvalificere arbejdet med udarbejdelse af et kapitel med faglige retningslinjer for socialtandpleje, som skal indgå i Sundhedsstyrelsens *Vejledning om den kommunale tandpleje*. Arbejdsgruppen skal endvidere bidrage til at sikre, at retningslinjerne opleves som anvendelige for målgruppen for vejledningen, som er faglige og administrative aktører på tandplejeområdet samt de borgere, som kan blive visiteret til tilbud om socialtandpleje.

Arbejdet vil tage afsæt i det fremsatte lovforslag og den nye bekendtgørelse om tandpleje, som er beskrevet ovenfor. Idet det fremsatte lovforslag og den nye bekendtgørelse endnu ikke er trådt i kraft, tager arbejdet med opdatering af *Vejledning om den kommunale tandpleje* forbehold for den endelige udformning af og ordlyd i de lovtekster, som vejledningen beror på. Herudover tages afsæt i Sundhedsstyrelsens gældende vejledning om den kommunale tandpleje.

Som det skitseres i tids- og procesplanen længere nede i nærværende kommissorium, skal arbejdsgruppens medlemmer være indstillet på, at processen med faglig involvering bliver relativt kort og intens grundet en stram tidsplan for arbejdet.

Arbejdsgruppens sammensætning

Sundhedsstyrelsen etablerer en arbejdsgruppe med repræsentation af følgende parter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)

- KL/kommuner (1+2)
- Danske Regioner (1)
- Tandlægeforeningen (1)
- Ansatte Tandlægers Organisation (1)
- Dansk Tandplejerforening (1)
- Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere (1)
- Tandlægeskolen i København (1)
- Tandlægeskolen i Aarhus (1)
- SAND – De hjemløses landsorganisation (1)
- Sammenslutningen af Boformer for Hjemløse (SBH) (1)
- Rådet for Socialt Udsatte (1)

Sundhedsstyrelsen kan ved behov udpege yderligere repræsentanter til arbejdsgruppen eller ændre dens sammensætning.

Tids- og procesplan

Der lægges op til en relativt kort og intensiv proces med faglig involvering af arbejdsgruppen i udarbejdelsen af retningslinjer for socialtandplejen.

Der afholdes ét videomøde i arbejdsgruppen den 27. maj, som arbejdsgruppens repræsentanter forventes at deltage i. Forud for videomødet vil arbejdsgruppen modtage dagsorden og udkast til vejledning til drøftelse på mødet. Der udarbejdes beslutningsreferat for mødet.

Herudover vil der efterfølgende være en skriftlig kommenteringsrunde, som arbejdsgruppen bedes indgå i.

Forventet tidsplan

27. maj 2020 kl. 12.00-14.00	Videomøde i arbejdsgruppen
Primo juni	Skriftlig kommenteringsrunde (5 arbejdsdage)
August	Udkast til vejledning i offentlig høring
September 2020	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. Se venligst udpegningsbrevet for nærmere information. Spørgsmål vedrørende udpegningsbrevet eller habilitet kan rettes til sekretær Nina Eskildsen (nije@sst.dk).

Øvrige spørgsmål til arbejdet kan rettes til specialkonsulent Nanna C. Hollensen (ncho@sst.dk).

Medlemsliste for arbejdsgruppe (2020)

*Medlemmer af Arbejdsgruppen vedr. opdatering af Vejledning om den kommunale tandpleje
(Socialtandpleje)*

Ansatte Tandlægers Organisation

Valdemar Hein

Danske Tandplejere

Elisabeth Gregersen

Merete Valentinus

Danske Regioner

Anne-Mette Sønderby Bonde

Kommunernes Landsforening

Astrid Christine Jensen-Kanstrup

Kommunale repræsentanter

Kolding Kommune: Chris Holm Christiansen

Skive Kommune: Merete Vang Korsgaard

Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere

Kim Rasmussen

Rådet for Socialt Udsatte

Laura Kofoed

Sammenslutningen af Boformer for Hjemløse

Gitte Kromann Jacobsen

SAND - De hjemløses landsorganisering

Jonas Lauersen

Sundheds- og Ældreministeriet

Louise Sevel Lundstrøm (Observatør)

Tandlægeforeningen

Maiken Bagger

Tandlægeskolen i København

Esben Boeskov Øzhayat

Tandlægeskolen i Aarhus

Lars Høvenhoff

Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion.