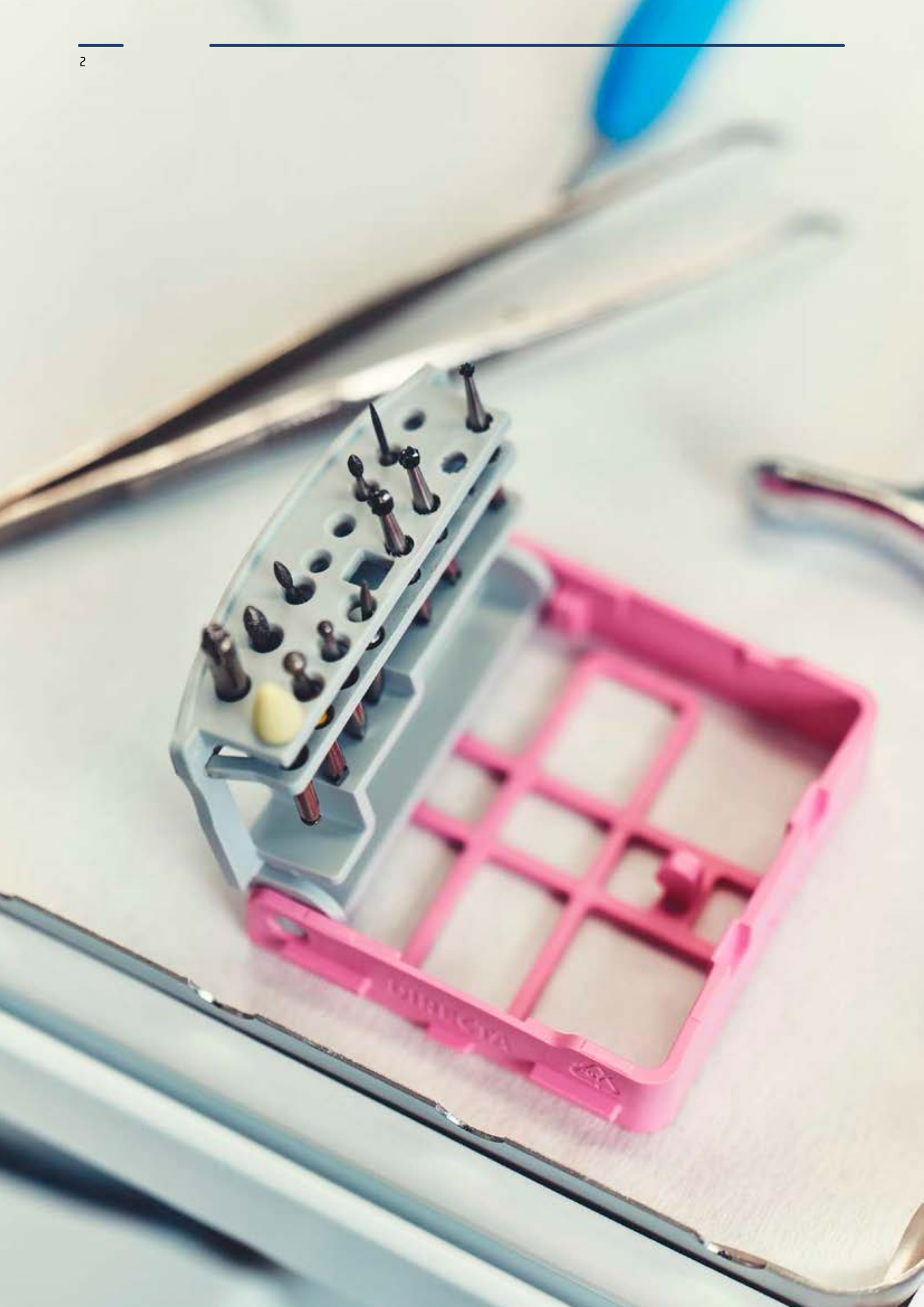


Høj tandsundhed, stærk faglighed og mindre ulighed

Fem pejlemærker og 35 anbefalinger til fremtidens
voksentandpleje fra Tænketank for Voksentandpleje
– Tandtænketanken





Indhold

	Forord	side	04
1.	Mindre ulighed og bedre adgang til tandpleje for socialt udsatte for patienter for de ældre	side	06
2.	Fokus på forebyggelse	side	20
3.	Mindre bureaukrati og mere tid til patienterne	side	26
4.	Styrket tilgængelighed og opgør med geografisk ulighed i tandsundhed	side	30
5.	Bedre sektorovergange og samarbejde i det nære sundhedsvæsen	side	34

En voksentandpleje i verdensklasse med fokus på patienten, de ældre, forebyggelse og et opgør med ulighed

Alt for ofte ses tandsundhed og tandpleje som et isoleret hjørne af vores nære og sammenhængende sundhedsvæsen i Danmark. Det er både et sundhedsmæssigt og samfundsøkonomisk paradoks. Vi ved nemlig, at den generelle sundhed hænger tæt sammen med en sund mund. Men den sammenhæng bliver ikke afspejlet i vores sundhedsvæsen.

I 2018 indgik et bredt flertal i Folketinget en politisk aftale om nye rammer for voksentandplejen, som primært varetages i privat praksis, men også i omsorgs-, social- og specialtandplejen. Baggrunden var, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn opsagde overenskomsten om tandlægehjælp med Tandlægeforeningen. Siden overenskomstens opsigelse reguleres tandområdet af et større lovkompleks, der blandt andet omfatter sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om social pension og lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension m.v. Kort sagt er voksentandplejens rammer i dag et kompliceret lovgivningsmæssigt kludetæppe.

Den politiske aftale, som alle Folketingets partier stod bag, lagde op til en inddragende proces, der skulle munde ud i en ny og samlet model for fremtidens voksentandpleje. Modellen skulle baseres på en række politisk prioriterede områder, herunder *at understøtte og udbygge den gode og*

tværfaglige forebyggelsesindsats i Danmark, sikre bedre overgange mellem børne- og ungetandplejen og voksentandplejen samt fremme social lighed i tandsundhed.

Den politiske aftale og planen var, at modellen skulle munde ud i nye rammer og ny lovgivning i 2019, men til dato er arbejdet desværre ikke færdigt. Faktisk har det stået stille igennem en årrække, bl.a. som følge af pandemien og andre politiske prioriteringer.

Derfor nedsatte Tandlægeforeningen i 2023 Tandtænkertanken.

En bred og tværfagligt sammensat gruppe med både repræsentanter fra patientforeninger, Ældre Sagen, universiteter og tandlægebranchen. Igennem otte møder har vi med hvert vores udgangspunkt brugt tid og energi på at gøre hinanden klogere og på at blive klogere i fællesskab.

Det har været et mål i sig selv, at tænketankens anbefalinger ikke alene skulle være tandlægefaglige – de skulle derimod have et bredere samfundsmæssigt sigte. Derfor har vi bl.a. inddraget en bred kreds af aktører og interessenter fra ind- og udland, der som en del af møderækken har givet hver deres bud på, hvordan fremtidens voksentandpleje skal indrettes, og hvordan tandplejen bliver en stadig mere integreret del af det samlede sundhedsvæsen.

På baggrund af de mange input og konstruktive drøftelser har vi i fællesskab formuleret den overordnede ambition: *Målet for fremtidens voksentandpleje bør være at bevare den høje tandsundhed og stærke tandlægefaglighed, der kendetegner tandplejen i Danmark og samtidig styrke tandsundheden for de mennesker, der befinder sig i sårbare livssituationer.*

Vores anbefalinger understøtter denne ambition og bygger på fem pejlemærker:

1. Mindre ulighed for patienter, socialt udsatte og ældre.
2. Fokus på forebyggelse.
3. Mindre bureaukrati og mere tid til patienterne.
4. Styrket tilgængelighed til tandbehandling og opgør med geografisk ulighed.
5. Bedre sektorovergange og samarbejde i det nære sundhedsvæsen.

Anbefalingerne er ikke udtryk for en udtømmende eller prioriteret liste eller nødvendigvis for, hvad de enkelte organisationer, som har været repræsenteret, enkeltvis har af individuelle interesser. Den enkelte organisation kan derfor selv sagt have egne forslag, som ikke er en del af tænketankens rapport.

Flere af anbefalingerne komplementerer hinanden, mens andre overlapper hinanden. Fælles for anbefalingerne er, at der foruden en demografisk regulering ikke ændres på den økonomiske ramme for tandbehandling.

Tænketanken har dog i forlængelse af ministerens egne ord om, at der skal sikres større lighed på sundhedsområdet også peget på anbefalinger om tiltag for en række særlige grupper, der rækker ud over den nuværende økonomiske ramme.

Vi håber, at anbefalingerne kan være til faglig inspiration for Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, og at de kan inspirere både regeringen og Folketinget i de kommende forhandlinger om en ny model for voksentandplejen.

Vi glæder os over, at indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde (V) allerede har kickstartet arbejdet og meldt ud, at forhandlinger påbegyndes i efteråret 2024. Det fortjener både patienter og tandlæger.

God læselyst.

Ellen Trane Nørby

Tænketankens formand, fhv. sundhedsminister

Tænketankens medlemmer

Ellen Trane Nørby

Formand for Tænketanken

Rikke Hamfeldt,

udpeget af Ældre Sagen

Marlene Grønnegaard Them,

udpeget af Danske Patienter

Maria Iversen,

udpeget af Diabetesforeningen

Esben Øzhayat,

udpeget af Odontologisk Institut, Københavns Universitet

Siri Beier Jensen,

udpeget af Institut for Odontologi og Oral Sundhed, Aarhus Universitet

Maiken Bagger,

udpeget af Offentligt Ansatte Tandlæger

Rune Hyldgaard,

udpeget af Privatansatte Tandlæger

Søren Bach-Petersen,

udpeget af Klinikejerne

Susanne Kleist,

udpeget af Tandlægeforeningen

Frank Dalsten,

udpeget af Tandlægeforeningen

Ældre  Sagen



Mindre ulighed og bedre adgang til tandpleje for socialt udsatte

En sund mund er vigtig for både helbredet og livskvaliteten. Desværre eksisterer der i dag en omfattende og udbredt ulighed i brugen af voksentandplejen. Det rammer i særdeleshed patienter med en begrænset økonomi og ældre mennesker, der befinder sig i sårbare livssituationer.

Tandtænkertanken mener, at det er en bunden opgave, at den kommende model for voksentandplejen tager et opgør med ulighed inden for tandsundhed. En ulighed, der rammer mennesker hårdt.

Uligheden sidder i tænderne: Signifikant forskel på læge- og tandlægebesøg

En person uden tilknytning til arbejdsmarkedet går halvt så ofte til tandlæge som en topleder. Mindre end 30 procent af de borgere, der stod uden for arbejdsmarkedet, havde i 2021 kontakt til en tandlæge eller tandplejer.

Sammenligner man de rigeste 25 procent med de fattigste 25 procent af befolkningen, går de rigeste dobbelt så ofte til tandlægen som de fattigste. Sammenligner man til gengæld den fattigste med den rigeste befolkningsgruppes besøg hos deres praktiserende læge, er der ingen forskel. I 2021 havde 83 procent af landets fattigste borgere kontakt til deres praktiserende læge, mens 84 procent af de rigeste havde kontakt til lægen.

Den høje egenbetaling på tandlægebehandling er uden tvivl en del af forklaringen, men manglende kendskab og uigennemsigtig visitering til eksisterende ordninger udgør ligeledes en hindring.

Ulighed i tandsundhed er et udbredt problem i Danmark. Mange på offentlige ydelser og personer med meget lave

indkomster har ikke midlerne til at komme til tandlægen, og de fanges i det bureaukrati, der knytter sig til ansøgning om tilskud.

Et rigt samfund som det danske bør ikke kunne leve med den massive ulighed i tandsundhed. Uligheden og de medfølgende sundhedsmæssige konsekvenser vil kun vokse, hvis vi ikke gør noget. Derfor anbefaler tænketanken handling nu.

A- og B-hold i tandsundhed

Tænketankens forslag omfatter såkaldt lavindkomstmodtagere. Det er bl.a. borgere, der modtager uddannelseshjælp og kontanthjælp. Egenbetalingen udgør en barriere for at komme til tandlægen for rigtig mange borgere, der modtager kontanthjælp eller lignende ydelser. Mens det for andre er en mindre udskrivning. Det skaber et A- og B-hold i tandsundhed.

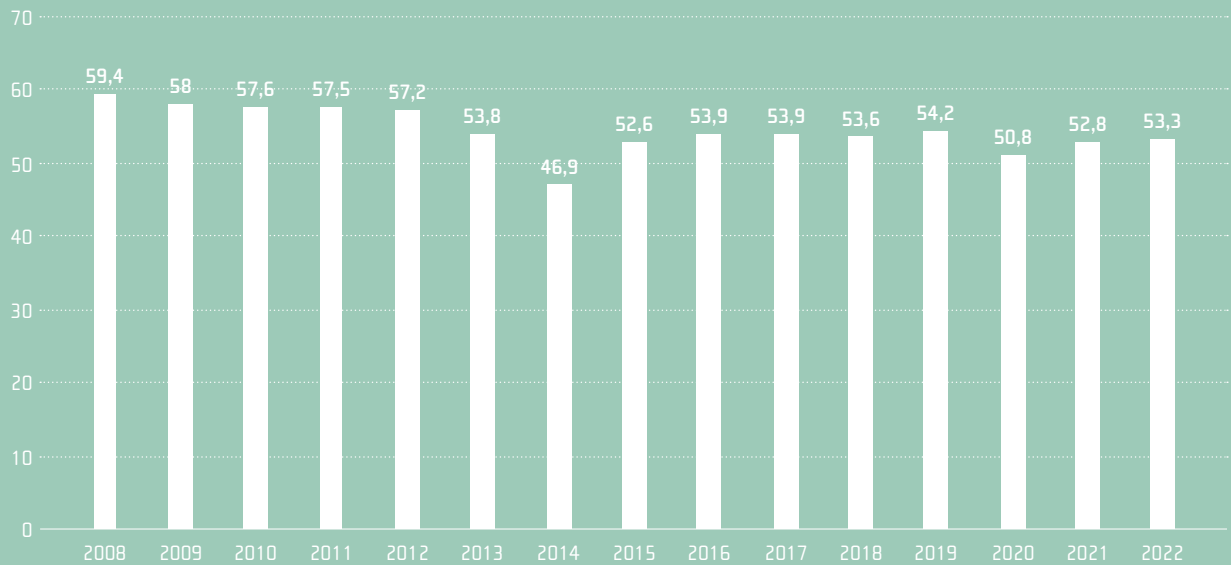
Livskvalitet, folkesundhed og samfundsøkonomi står for skud

Når man bliver væk fra tandlægen for længe, kan tand sygdom og infektion i munden udvikle sig hurtigt, og tandsundheden forværres. Med det følger risikoen for, at infektion spreder sig til resten af kroppen. Også livskvaliteten og mulighederne for at få et job forringes af dårlig tandsundhed.

Derudover koster det samfundet flere penge i form af behandlinger og indlæggelser, som kunne være undgået, hvis patienten havde fået forebygget eller behandlet tand sygdom i tide.

Figur 1: Andel af befolkningen som havde kontakt med tandlæge/tandplejer

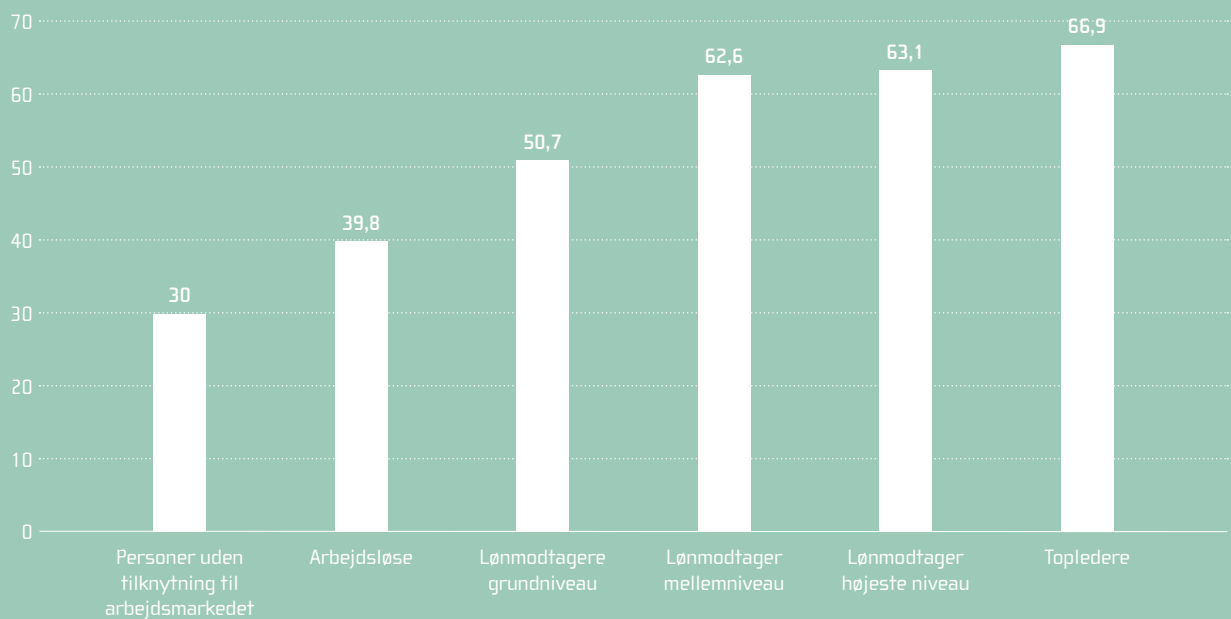
Figuren viser, at andelen af befolkningen, som har været til tandlægen, var højest i 2008 og lavest i 2014.



Kilde: Danmarks Statistik (SYG50C)
Anm: Personer under 18 år indgår ikke.

Figur 2: Andele af befolkningen, der var til tandlæge i 2022 (privatpraktiserende) opdelt på socio-økonomisk status

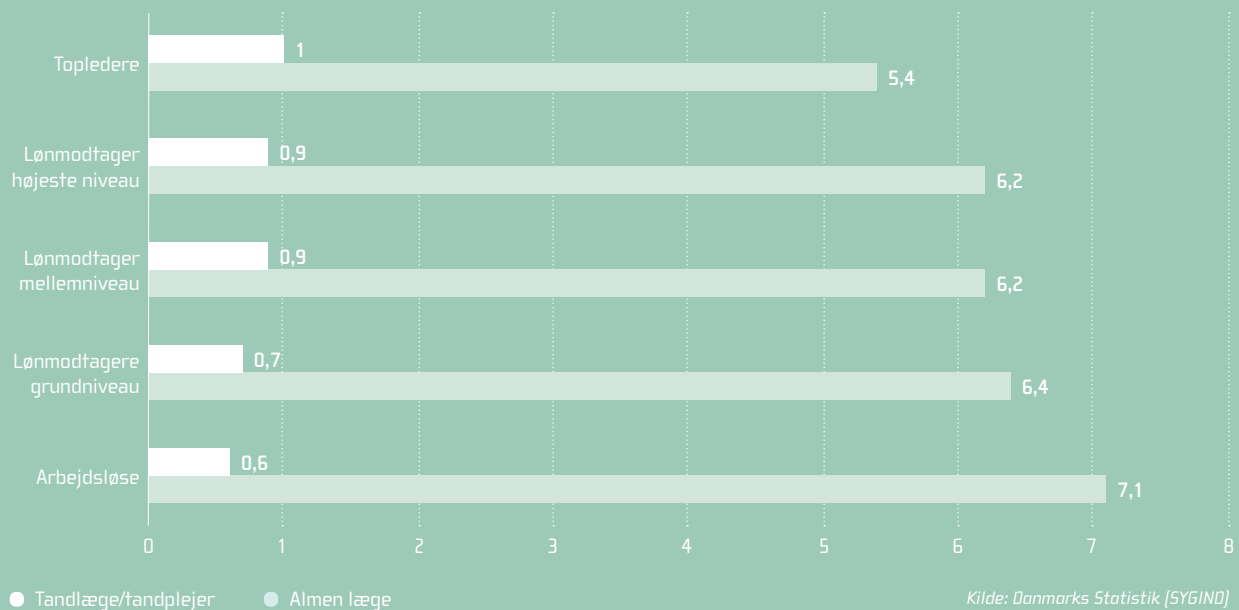
Figur 2 viser, at kun 30 procent af personer uden tilknytning til arbejdsmarkedet gik til tandlæge i 2022, og 39,8 procent af de personer, der var arbejdsløse, var til tandlæge i 2022. 50,7 procent af de personer, som var lønmodtagere på grundniveau, var til tandlægen i 2022. Andelen af personer, der var til tandlægen, stiger med indkomstniveauet, og 66,9 pct. af alle topledere var til tandlæge i 2022.



Kilde: Danmarks Statistik (SYG50C)

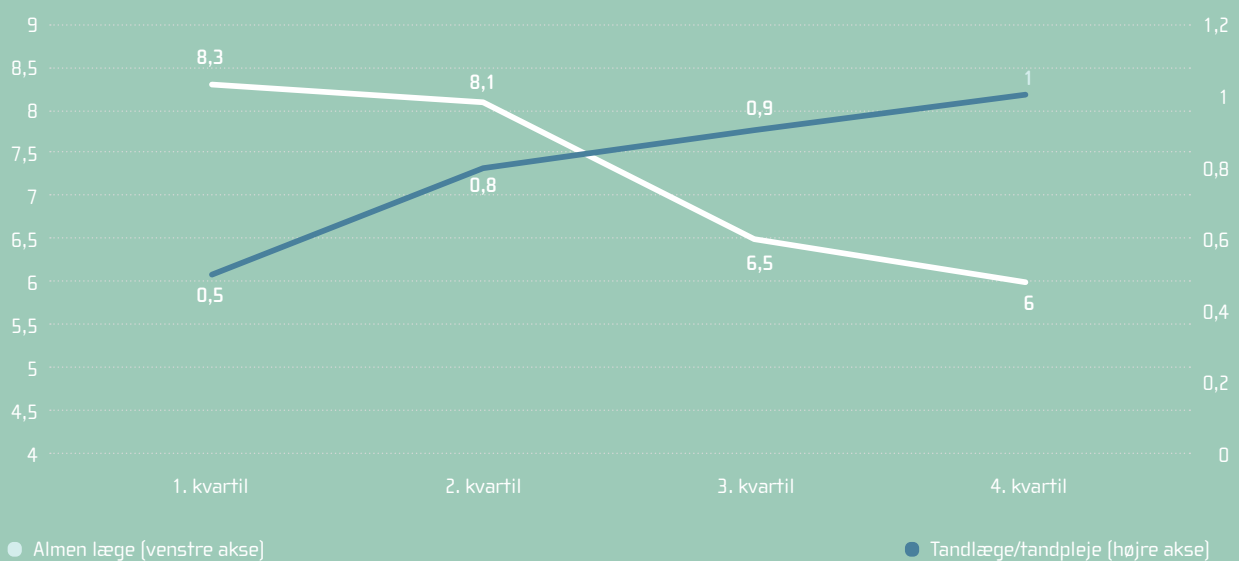
Figur 3: Antal tandlæge- og lægebesøg pr. person i 2022 (privatpraktiserende) opdelt på socio-økonomisk status

Figur 3 viser, at en gennemsnitlig arbejdsløs havde kontakt med en almen læge 7,1 gange i 2022, mens en gennemsnitlig topleder havde kontakt med en almen læge 5,4 gange i 2022. Dette vil altså sige, at jo højere den socioøkonomiske status er, jo mindre vil man besøge en almen læge. Samtidig viser figuren, at en gennemsnitlig arbejdsløs besøgte tandlægen 0,6 gange i 2022, hvorimod en gennemsnitlig topleder besøgte tandlægen 1 gang i 2022. Det vil altså sige, at det gennemsnitlige antal besøg hos tandlægen stiger med den socioøkonomiske status. Der ses altså en omvendt korrelation mellem almen lægebesøg og tandlægebesøg givet socioøkonomisk status.



Figur 4: Antal tandlæge- og lægebesøg pr. person i 2022 (privatpraktiserende) opdelt på indkomstniveauer

Figur 4 viser samme tendens som figur 3 blot ud fra indkomstniveau. Der ses altså en omvendt korrelation mellem almen lægebesøg og tandlægebesøg afhængig af indkomstniveau. Dem med den højeste indkomst går mest til tandlæge, men mindst til læge, mens dem med det laveste indkomstniveau går mest til læge og mindst til tandlæge.



Anm.: 1. kvartil angiver den indkomstgruppe, der har de 25 procent laveste lønninger, og 4. kvartil angiver den indkomstgruppe med de 25 procent højeste lønninger.

Anbefalinger

1. Lettere adgang til tandbehandling

Problem:

Uligheden i tandsundhed i Danmark er stor. Trods generelle fremskridt i tandsundheden er uligheden ikke mindsket. Kløften mellem de mange med god tandsundhed og gruppen af mennesker med tandproblemer grundet økonomisk udsathed er desværre vokset.

Baggrund:

I dag er reglerne vedrørende § 82 og 82a følgende: Personer på 18 år til og med 24 år kan få dækket 100 procent af de udgifter til tandpleje, som årligt overstiger en egenbetaling på 600 kr. Personer på 25 år til og med 29 år, og som modtager selvforsørgelses- og hjemrejseydelse eller overgangsydelse, men ikke danskbonus, uddannelseshjælp, aktivitetstillæg eller barselstillæg, kan også få dækket 100 procent af de udgifter til tandpleje, som årligt overstiger en egenbetaling på 600 kr. Personer, der er 25 år eller derover, og som modtager selvforsørgelses- og hjemrejseydelse eller overgangsydelse og danskbonus, uddannelseshjælp og aktivitetstillæg eller barselstillæg samt andre ydelser efter loven svarende til kontanthjælpsniveau, kan få dækket 65 procent af deres udgifter til tandpleje, som årligt overstiger en egenbetaling på 600 kr.

Anbefaling:

Tandtænkertanken vil med forslaget bidrage med løsninger til, hvordan man kan forbedre adgangen til tandsundhedsydelser og dermed mindsker uligheden.

Tænkertanken foreslår, at:

- A. det fastsatte egenbetalingskrav på 600 kr. – som følge af aktivlovens § 82 a – bortfalder.
- B. det tilskud, der ydes i medfør af aktivlovens § 82 a, øges til 100 procent af borgerens udgift til tandpleje for et samlet behandlingsforløb på op til 10.000 kr. årligt i egenbetaling med årlig PL-regulering. Derudover forudsættes

det med forslaget, at samme ansøgnings- og bevillingspraksis implementeres på tværs af landet, jf. særskilt anbefaling herom.

Provenumæssige konsekvenser:

Det er en forudsætning, at finansieringen af forslaget tilvejebringes ved varigt at afsætte midler til ordningen, som ikke tages fra den eksisterende ramme til voksentandpleje. Det anbefales i forlængelse heraf, at det nærmere finansieringsbehov og de provenumæssige konsekvenser af forslaget afklares med Finansministeriet.

2. Sammenlægning af omsorgs-, social- og specialtandpleje til ét tandplejetilbud

Problem:

Der findes tre kommunale tandplejetilbud, der retter sig mod borgere med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne samt sårbare og/eller udsatte borgere: Henholdsvis omsorgstandplejen, socialtandplejen og specialtandplejen. Det medfører et uhensigtsmæssigt ressourceforbrug og manglende sammenhæng.

Baggrund:

Den gældende lovgivningsmæssige adskillelse af disse tandplejetilbud bunder primært i historiske forhold. Sundhedsstyrelsen vurderede i 2016, at en række forhold af faglig, økonomisk og administrativ karakter taler for en sammenlægning. Det er dog ikke blevet implementeret.¹

Anbefaling:

Tandtænkertanken foreslår derfor, at:

- A. omsorgs-, social- og specialtandpleje – i forlængelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger – sammenlægges til ét tandplejetilbud.

Provenumæssige konsekvenser:

Det vurderes, at sammenlægningen vil styrke effektiviteten i kommunernes opgavevaretagelse og have en positiv, varig indvirkning på kommunernes samlede økonomi på området.

¹ Sundhedsstyrelsen, <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Modernisering-af-omsorgstandplejen.ashx>

Mindre ulighed og bedre adgang til tandpleje for patienter

Der er evidens for, at der er sammenhæng mellem dårlig tandsundhed og visse sygdomme. Tilsvarende er der mange tandproblemer, der skyldes andre sygdomme, fx kan bivirkninger fra en række former for medicin give betydelige skader på tænderne.

Dårlig reguleret diabetes øger risikoen for tandtab og alvorlig parodontitis, og omvendt kan alvorlig parodontitis påvirke forløbet af diabetes. Desuden er man i større risiko for at udvikle sygdom i munden, når man har en kronisk sygdom, som man tager medicin for, grundet bivirkninger fra medicinen såsom mundtørhed.

Der kan være sammenhæng mellem parodontitis og hjertekarsygdomme, ligesom parodontitis kan have sammenhæng med psoriasis, leddegigt, osteoporose, Alzheimers sygdom, Parkinsons sygdom og en række andre kroniske sygdomme.

På den baggrund ser vi også, at Sundhedsstyrelsen i deres anbefalinger nævner tandområdet i en række behandlingsvejledninger og kortlægninger. Men det er væsentligt, at de også følges op og implementeres, og at der fremover kommer bedre fokus på sammenhængen mellem sundhed i munden og den generelle sundhed i kroppen. Kort sagt skal munden tilbage i kroppen, så sundhed i munden ses som en integreret del af det danske sundhedsvæsen.

Eksempler på sammenhæng mellem forskellige sygdomme og tandsundhed

Følgende er eksempler på sammenhænge mellem generelle sygdomme og sygdom i munden. Listen er ikke udtømmende:

Spiseforstyrrelser

Patienter med spiseforstyrrelser får ikke tilskud til tandpleje, selv om patientgruppen kan have store udfordringer med deres tandsundhed, fx i form af syreskader forårsaget af gentagende opkastninger. Mange oplever også bi-

virksomheder af deres medicin, der nedsætter mængden af spyt og dermed øger risikoen for fx caries. Tandlæger og tandplejere spiller en stor rolle i opsporingen af mennesker med spiseforstyrrelser, da det ofte er de faggrupper, der har den tætteste kontakt med patientgruppen.

Osteoporose

Patienter, der får lavdosis antiresorptiv behandling, har en øget risiko for at udvikle osteonekrose i kæberne, og der er derfor særlige forholdsregler knyttet til deres tandbehandling. De kan dog ikke søge om tilskud til deres tandbehandling, hvis de henvises til en privatpraktiserende specialtandlæge. Tandlæger vil i nogle tilfælde henvise patienter, der har været i lavdosis antiresorptiv behandling i mere end fire år til en privatpraktiserende specialtandlæge, hvis det drejer sig om implantatindsættelse, tandekstraktion eller anden oral kirurgi.

Sjældne medfødte sygdomme

Patienter med medfødte sjældne sygdomme er som udgangspunkt omfattet af Sundhedslovens §166-ordning. Det er imidlertid kun muligt at få tilskud, hvis tandproblemerne er direkte relateret til sygdommen og ikke som følge af fx medicinsk behandling, behandling med stråling eller anden lægelig behandling. Det kan være svært at identificere, hvor grænserne går. For denne patientgruppe er det afgørende med fokus på forebyggelse og mulighed for at blive kontrolleret ofte uden større merudgift.

Gigt

En del patienter med leddegigt har væsentlig større udgifter til kontrolbesøg og tandbehandling end andre som følge af deres gigtsygdom.² De kan ikke søge om tilskud.

Ved Behcets syndrom, som er en sjælden bindevævssygdom, er et af de mest hyppige symptomer sår i mundhulen.

Det betyder, at det er meget svært selv at klare den daglige mundhygiejne, og dermed bliver risikoen øget for tand sygdomme og tandkødsbetændelse.³ De kan ikke søge om tilskud. Patienter med Sjøgrens Syndrom, som er en gigt- og bindevævssygdom, kan søge tilskud efter Sundhedslovens §166-ordning.

Cøliaki

Patienter med cøliaki kan ikke søge om tilskud til tandlæge. Cøliaki er en kronisk, autoimmun sygdom udløst af indtag af gluten, hvor der er en dokumenteret sammenhæng til sygdomme i tænder og mundhule.⁴ Det gælder især en overhyppighed af emaljedefekter (børn), recidiverende aftøsstomatitis (tilbagevendende blister) og forsinket tandfrembrud.⁵

Nyresygdom

Patienter med nyresygdom kan ikke få tilskud til tandlægebehandling, selv om dialysepatienter og nyretransplanterede kan have udtalte tandproblemer pga. mundtørhed, og der oftere ses mundhuleinfektioner, som er dannet på baggrund af væsentlig mere bakteriel plak og caries på tandoverfladen.⁶

Parkinsons sygdom

Patienter med Parkinsons sygdom får lavet flere huller i tænderne og får trukket flere tænder ud.⁷ Det skyldes bl.a. medicininduceret mundtørhed, og at de har sværere ved at opretholde en god mundhygiejne pga. dårligere finmotorik og stivhed i tungen, som gør det vanskeligt at fjerne madrester. Patienter med Parkinsons sygdom kan ikke få tilskud til behandling hos tandlægen.

Diabetes

Patienter med diabetes har en øget risiko for parodontitis, caries og orale infektioner. Det skyldes, at højt blodsukker kan beskadige blodkar, hvilket reducerer blodforsyningen til tandkødet og tænderne. Det gør dem mere sårbare over for infektioner. Der er tale om en gensidig påvirkning, for når patienter med diabetes udvikler parodontitis, kan det forværre deres diabetes, fordi dårlig reguleret parodontitis øger blodsukkeret og forværrer diabetes. Patienter med diabetes kan ikke søge om tilskud til behandling hos tandlægen.

Psoriasis

Patienter med psoriasis, der tager medicinen methotrexat, kan få tandkødsproblemer og nedbrydning af tænder som

bivirkning af medicin. De kan heller ikke søge om tilskud til tandlægebehandling.

Demens

Patienter med demens har ofte forringet kognition og motorisk kontroltab, som kan gøre det svært at huske og sikre god mundhygiejne. Samtidig kan der være sammenhæng mellem svære parodontale sygdomme og demens.

Sclerose

Patienter med sclerose kan opleve mundtørhed pga. medicinsk behandling, hvor immundæmpende medicin kan øge risikoen for infektion i mundhulen.

Fibromyalgi

Patienter med fibromyalgi har ofte mange tandsmerter og nedprioriterer ofte tandsundheden pga. store udgifter til øvrig behandling.

Kræft

Kræftpatienter, som har modtaget knoglestyrkende behandling, der kan give medicininduceret osteonekrose (død kæbe), har i dag begrænset mulighed for støtte til tandbehandling.

Patienter, som i forbindelse med kræftbehandling har fået foretaget kirurgiske indgreb i fx mave, lukkemuskel eller spiserør, kan få svære tandskader pga. mavesyre.

² P. Holmstrup et al: Comorbidity of periodontal disease: two side of the same coin? An introduction for the clinician [2017] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28748036/>

³ The close association between dental and periodontal treatment and oral ulcer course in Behcet's disease: a prospective clinical study [Karacayli et al. 2009] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19320802/>

⁴ Enamel defects and aphthous stomatitis in celiac and healthy subjects: Systematic review and meta-analysis of controlled studies, Michele Nieri, Elena Tofani, Ehsio Defraia et al., Journal of Dentistry 95 [2017] 1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28688949/>

⁵ Oral and dental manifestations of celiac disease in children: a case-control study, Farah A. Alsadat, Najlaa M. Alamoudi, Azza A. El-Housseiny et al., BMC Oral Health [2021] 21:669 <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-021-01976-4>

⁶ Camilla Juhl: Interventionsstudie rettet mod mundhuleinfektioner hos patienter med kronisk nyresygdom, side 10-14 samt side 30.

⁷ Sara Baram: Mennesker med Parkinson får lavet flere huller i tænderne og får trukket flere tænder ud.

Anbefalinger

1. Pulje til patienter med kronisk sygdom, der påvirker tandsundheden

Problem:

I dag er der en række patientgrupper, der ikke har mulighed for at ansøge om tilskud til tandbehandling – også selv om de på grund af sygdom, bivirkninger af nødvendig medicin eller anden behandling oplever store tandproblemer og dertil har store udgifter til tandbehandling.

Baggrund:

Der er sammenhæng mellem en række sygdomme og sygdomme i munden. På tværs af flere forskellige patientgrupper er der imidlertid udfordringer forbundet med de nuværende muligheder for tilskud til tandbehandling. For mange patientgrupper er der slet ikke mulighed for at få tilskud. For andre patientgrupper er udfordringen, at der er uhensigtsmæssige kriterier for, hvornår man er berettiget til tilskud. Flere patientforeninger pointerer, at årsagen til tandproblemerne ofte er bivirkninger af medicin eller selve behandlingen af sygdommen, men retten til tilskud er bundet op på den konkrete sygdom og på baggrund af specifikke kriterier. Samtidig er en række sygdomsgrupper ikke dækket af fx § 166-ordningen.

Anbefaling:

Som supplement til Sundhedslovens § 166-ordning mener tænketanken, at adgang til tilskud til tandbehandling bør styrkes for patienter, der har kroniske sygdomme og lidelser med direkte eller indirekte påvirkning af deres mund- og tandsundhed. Tænketanken anbefaler derfor, at:

A. der oprettes en pulje under sundhedslovens § 166-ordning for patienter med kronisk sygdom og/eller lidelser, og (1) som på grund af mundtørhed har mere vækst i plak med bakterieflora, (2) og som på grund af nødvendig medicinsk behandling får flere mundinfektioner. Derudover bør patienter (3), hvor mundinfektioner kan true eller forvær-

re patientens nuværende helbredssituation, inkluderes.

B. ansøgning for tilskud fra en sådan pulje gøres lettilgængelig og ubureaukratisk, så patienter, der opfylder kriterierne, ikke skal afgive supplerende oplysninger.

Provenumæssige konsekvenser:

Det er en forudsætning for forslaget, at finansieringen tilvejebringes ved varigt at afsætte midler til ordningen, og at midlerne ikke tages fra den eksisterende ramme til voksentandpleje. Tandtænketanken mener, at der bør afsættes tilstrækkelige midler til puljen svarende til det, Sundhedsstyrelsen måtte vurdere, at dækning af patientgruppen vil medføre. Tænketanken finder i den sammenhæng, at indsatsen på sigt kan have en positiv sundhedsøkonomisk indvirkning, som samlet set kan mindske udgifter i andre dele af sundhedsvæsenet. Det anbefales i forlængelse heraf, at det nærmere finansieringsbehov og de provenumæssige konsekvenser af forslaget afklares med Finansministeriet.

2. Tandlægebehandling til mennesker med psykiske lidelser

Problem:

Der er et stort politisk fokus på psykiatrien, men sammenhængen mellem psykiske lidelser og tandsundhed er overset. Mennesker med psykiske lidelser får ikke tilskud til deres tandbehandling, medmindre de er en del af specialtandplejen. Patientgruppen har en højere forekomst af tandsygdom og tandtab end den gennemsnitlige befolkning, hvilket kan tilskrives risikofaktorer som usund kost, mundtørhed forårsaget af visse psykofarmaka, dårlig mundhygiejne og uregelmæssige tandlægebesøg.

Baggrund:

Mange mennesker med psykiske lidelser – særligt svære psykiske lidelser – har behov for mål-

rettet hjælp og støtte til at deltage i screeningsprogrammer, udrednings- og behandlingsforløb samt tandlægebesøg, fx ift. at undersøge muligheder for at modtage specialtandpleje.

Anbefaling:

Tænk tanken foreslår, at:

A. der i kommende aftaler på psykiatriområdet afsættes midler til at sikre, at mennesker med psykiske lidelser får bedre adgang til den behandling, de har brug for som følge af deres lidelse og den medicin, de modtager.

Provenumæssige konsekvenser:

Forslaget skal indtænkes i kommende aftaler på psykiatriområdet. Det er en forudsætning, at en del af den økonomi der afsættes til formålet fra politisk side, prioriteres til patienternes tandbehandling i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området.

3. Opprioritering af tandpleje i forbindelse med behandling – hospitalstandpleje

Problem:

Utilstrækkelig mundhygiejne øger risikoen for hospitalserhvervede infektioner, der kan forebygges ved systematisk tandbørstning. Men manglende kendskab til betydningen af systematisk mundhygiejne og manglende fokus på tandbørstning betyder, at mundhygiejne ofte ikke bliver prioriteret tilstrækkeligt på landets hospitaler.

Baggrund:

Forskning viser, at systematisk mundhygiejne forud for en operation kan reducere risikoen for at udvikle postoperative infektioner med 45-65 procent og reducere risikoen for lungebetændelse med 45 procent samt for dybe sårinfectioner med 65 procent. Overordnet set svarer det til en omtrentlig halvering af risikoen for infektioner. Daglig tandbørstning nedsætter yderligere fore-

komsten af lungebetændelse og dødelighed på grund af lungebetændelse hos beboere på plejehjem og indlagte patienter. Her viser studier, at god mundhygiejne kan forebygge omkring hvert tiende tilfælde af dødelig lungebetændelse hos ældre, og at cirka 500 indlæggelser årligt kan undgås ved bedre mundhygiejne.

Anbefaling:

Tandtænk tanken mener, at der skal øget fokus på systematisk mundhygiejne i forbindelse med behandling og foreslår derfor, at:

- A. der afsættes ressourcer til, at tandlæger og tandplejere sikrer undervisning af sygeplejersker og plejepersonale på hospitalerne. Det skal sikres, at systematisk mundhygiejne indgår som en integreret del af behandlingen for de patienter, der er i risiko for tilstedende infektion, og som har behov for hjælp til egenomsorg.
- B. indlagte svækkede ældre bør få en helhedsvurdering, som har fokus på ernæring, medicin, multisygdom, mobilitet, tandsundhed og mestring. Denne vurdering bør danne baggrund for en individuel og helhedsorienteret behandlingsplan, som også bør tage højde for den enkeltes tandsundhed. Det kan ske i tæt samarbejde med den offentlige (omsorgs)tandpleje.

Provenumæssige konsekvenser:

Det er en forudsætning for forslaget, at finansieringen tilvejebringes ved at afsætte midler til ordningen. Finansieringsbehovet og de provenumæssige konsekvenser af forslaget bør indgå i økonomiforhandlingerne mellem stat, kommuner og regioner. Tilsvarende bør det være omkostningsneutralt at indtænke det som en del af det samlede undervisningspensum på sundhedsuddannelserne, da det ikke vil forøge den samlede undervisningstid.

Mindre ulighed og bedre adgang til tandpleje for de ældre

Tilbage i 50'erne, 60'erne og 70'erne var der en anden tilgang til tandpleje. Fyldningsmaterialet var amalgam, og parodontitis var nærmest en ukendt størrelse og forebyggelse ikke udbredt. Det betyder, at mange ældre mennesker har et meget restaureret tandsæt, og derfor stiger behovet for udskiftninger og vedligeholdelse af tandrestaureringer for at sikre deres tandsundhed. Derudover tager flere ældre medicin eller har sygdomme, der påvirker tandsundheden.

Samtidig med efterslæbet fra fortidens behandlingsmetoder bliver vi danskere ældre end tidligere, og det medfører et stigende behandlingsbehov for ældre.

Mange ældre mennesker oplever også et markant fald i tandsundheden, når de ikke længere er i stand til at sikre den daglige mundhygiejne. Undersøgelser viser, at ca. 80 procent af beboere i plejeboliger har brug for hjælp til mundhygiejne fra plejepersonalet på grund af forringede kognitive og motoriske evner.

Mange ældre mennesker får ikke den nødvendige hjælp til at holde mund og tænder rene, og det kan have alvorlige konsekvenser for deres sundhed. Samtidig ydes der i dag ikke tilskud til bedøvelse og røntgen, hvilket er utidsvarende.

For de fleste ældre mennesker spiller økonomi en stor rolle, og der er mange, der ikke kan betale deres tandlægeregninger. Af samme årsag fravælger ældre mennesker tandlægen, hvilket kan have uheldige konsekvenser for deres tandsundhed og dermed for en sund alderdom. Derfor skal ældres tandsundhed prioriteres.

Hvis der tages hensyn til yngre og ældre menneskers tandsundhed i fremtiden, understreges udhulningen af rammen. I 2023 vil den procentvise forskel mellem totalt bruttohonorar og den økonomiske ramme være på 2,45 procent, hvilket er 0,08 procentpoint højere end i figur 10, hvilket skyldes antagelsen om, at ældre efterspørger flere parodontitis-ydelser. I 2050 vil den procentvise forskel være på 11,08 procent, hvilket er 2,37 procentpoint højere end i figur 10, hvilket skyldes, at effekten af ældre patienter opvejer effekten af de yngre patienter markant.

Denne fremskrivning illustrerer, at hvis vi fremskriver den nuværende model for voksentandplejen, så vil man i 2050 have en difference mellem den økonomiske ramme og totalt bruttohonorar på knap 258 mio. kr. Dette svarer til, at bruttohonorarerne overskrider den økonomiske ramme med 11,08 procent.

Tabel 1: Gennemsnitlige antal ydelser, 2018-2023 for 60+ årige

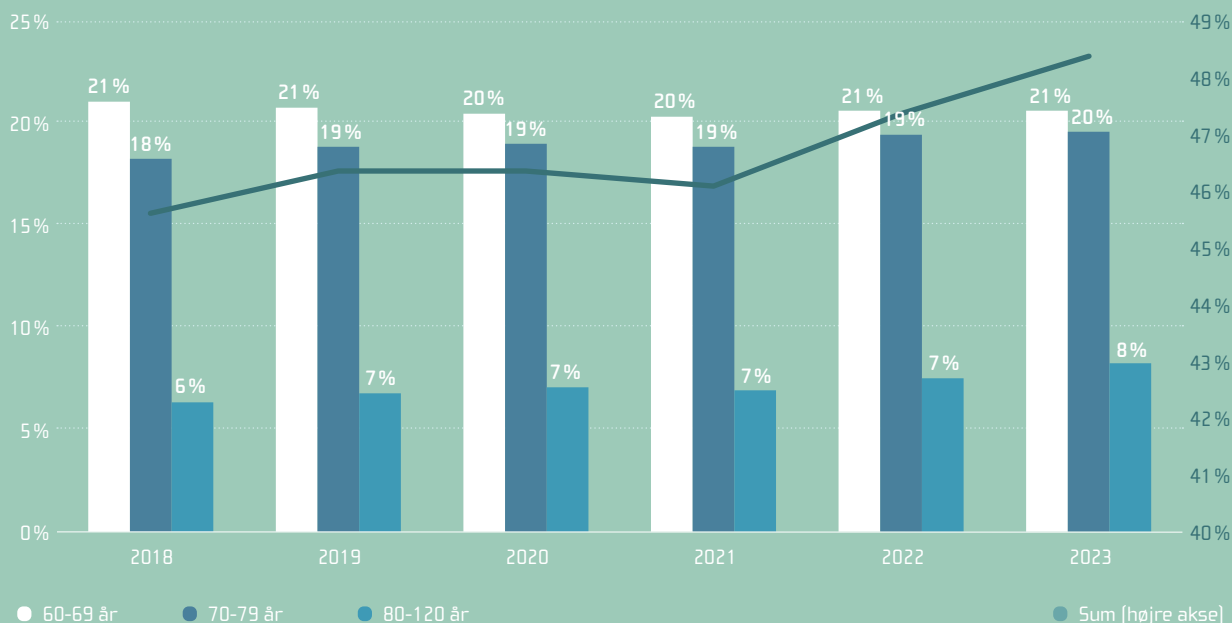
I tabel 1 fremgår det gennemsnitlige antal ydelser, som personer på 60 år og derover modtog i perioden 2018-2023. I samme periode var det gennemsnitlige totale antal ydelser for hele befolkningen 17.038.127. Dette understreger, at lidt under halvdelen af samtlige ydelser udføres på personer i alderen 60 år og derover. Specifikt udgør 60-69-årige i gennemsnit 20,6 procent af alle ydelser, 70-79-årige står for 19,0 procent, og 80-120-årige står for 7,1 procent af alle ydelser. Samlet udgør disse aldersgrupper i gennemsnit 46,7 procent af alle ydelser for perioden.

	60-69 år	70-79 år	80-120år	I alt
Gns. Antal	3.514.231	3.231.347	1.213.662	7.959.240

Kilde: Danmarks Statistik (FRBEV23) samt Tandlægeforeningens egne beregninger.

Figur 5: Andele af totalt antal ydelser for 60+ årige

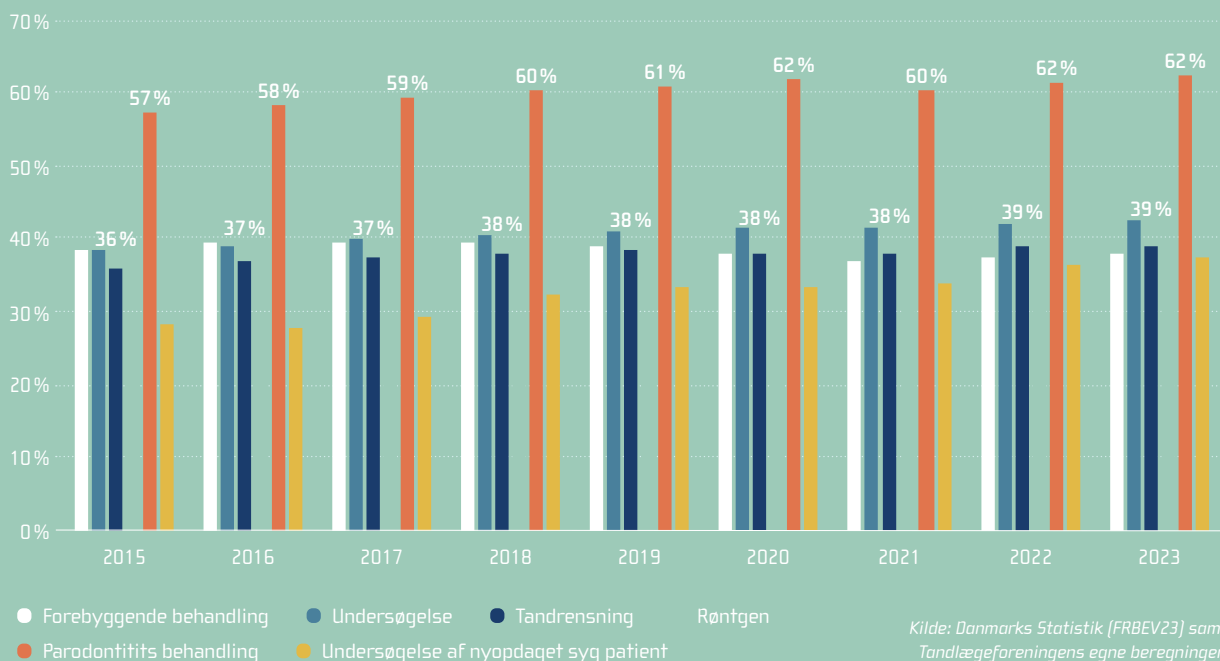
I figuren fremgår det, at lidt over halvdelen af de totale ydelser inden for voksentandplejen bliver foretaget af personer i alderen 60 år og derover (ca. 48 procent i 2023) på trods af, at denne aldersgruppe ikke udgør den største andel af den samlede befolkning.



Kilde: Danmarks Statistik (FRBEV23) samt Tandlægeforeningens egne beregninger.

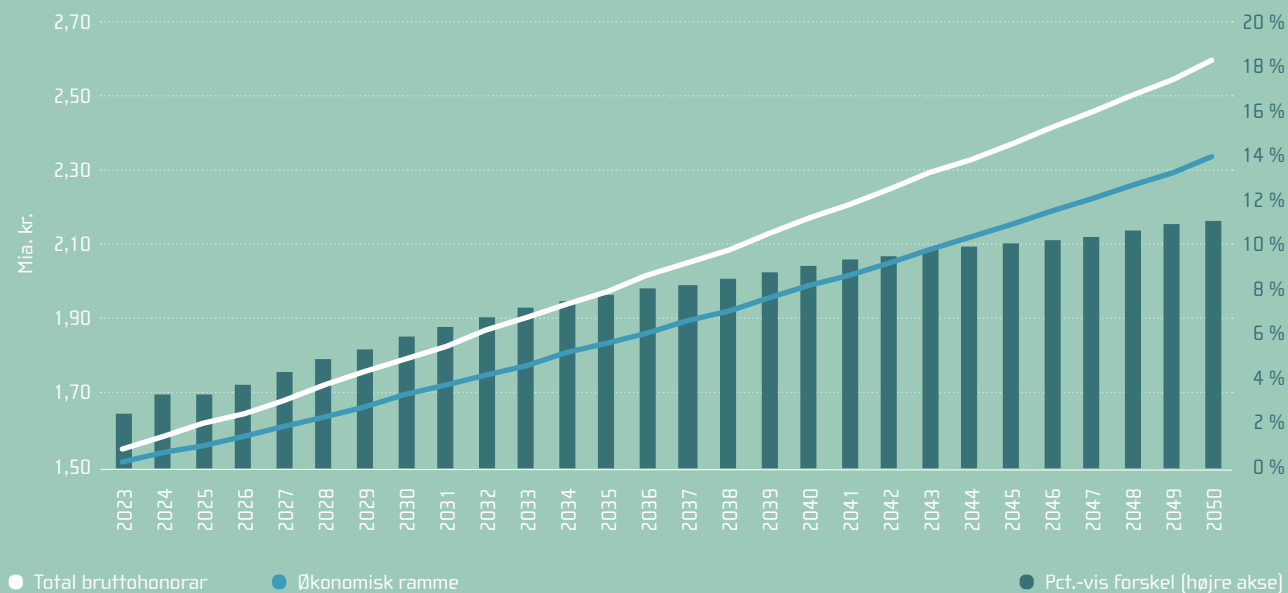
Figur 6: Antal andele af antal udvalgte ydelser for 60+ årige

I figur 6 ses det, at de 60+ årige udgør ca. 60 procent af de totale antal ydelser for paradontitisbehandlinger, og lidt under 40 procent af tandrensninger. Selvom 60+ årige er den mindste befolkningsgruppe, så er det den gruppe, der står for langt de fleste ydelser. Resultaterne indikerer, at det primært er ældre personer, der bærer den største byrde af bruttohonorererne. Dette indikerer, at den nuværende model ikke tilstrækkeligt imødekommer behovene hos ældre.



Kilde: Danmarks Statistik (FRBEV23) samt Tandlægeforeningens egne beregninger.

Figur 7: Fremskrivning af total bruttohonorar vs. økonomisk ramme med fast reguleringsprocent på 1,6 pct og med nedskrivning af parodontitis-ydelser for yngre mennesker og årlig opskrivning af parodontitis-ydelser for ældre mennesker.



Kilde: Danmarks Statistik (FRKM123) samt Tandlægeforeningens egne beregninger.

Anbefalinger

1. Tilskud til tandbehandling for folkepensionister

Problem:

Der er i dag stor forskel på, hvor meget den enkelte pensionist har at leve for. Flere pensionister har egne pensionsopsparinger, mens andre ikke har væsentlig indkomst udover folkepensionen. Når du først bliver pensionist, har de færreste mulighed for at forøge deres indtægt. Derfor rammer store tandlægeregninger denne gruppe hårdt.

Knap tre ud af fire folkepensionister tilhører den nederste halvdel af indkomstfordelingen set i forhold til samfundet som helhed. Det betyder, at de er blandt den halvdel af befolkningen, som har lavest indkomst. Til sammenligning er det kun en tredjedel af alle lønmodtagere, der ligger i den laveste halvdel af indkomstfordelingen.

Økonomi er afgørende for ens brug af tandplejen, når man er ældre. Der ses således en sammenhæng mellem tandlægebesøg og indkomst. 43 procent af de 65-79-årige med lav indkomst går ikke til tandlæge. For de 80-årige og derover er det 48 procent af personer med lav indkomst, der ikke benytter tandlægen.

I dag kan man få helbredstillæg til løbende helbredsrelaterede udgifter, herunder jævnlige tandeftersyn, og man kan få udvidet helbredstillæg til proteser. Man kan ikke få helbredstillæg til kroner, broer og lignende større behandlinger uden tilskud, som ellers er almindelige i dag for at bevare tænderne.

Baggrund:

I Danmark kan man som folkepensionist med lav indkomst og beskeden formue få helbredstillæg, der dækker op til 85 procent af visse udgifter til tandlægebehandling. Hvis den personlige tillægsprocent* er mindre end 100, nedsættes helbredstillægget forholdsmæssigt. Hvis man

fx har en personlig tillægsprocent på 50, er tilskuddet 42,5 procent.

Helbredstillæg kan ydes til pensionister, der bor i Danmark, hvis

- man har en personlig tillægsprocent over 0
- den likvide formue er under 99.200 kr. (2024).

Derudover kan man få et udvidet helbredstillæg til helbredsrelaterede enkeltydelser uden tilskud fra det offentlige. I forhold til tandbehandling gives der kun udvidet helbredstillæg til tandproteser (helprotese, delprotese). Det er et problem, at man ikke kan få helbredstillæg til at dække udgifter til fx kroner og broer samt bedøvelse, der i dag ikke er tilskudsberettigede, men som er en del af den almindelige tandbehandling.

Anbefaling:

Tænketanken anbefaler, at:

- A. mulighederne for helbredstillæg udvides, så der kan bevilges udvidet helbredstillæg til alle tandlægebehandlinger med et sundhedsfagligt belæg og inden for en grænse på 15.000 kr. Dvs. at der kan ydes udvidet helbredstillæg på op til 85 procent af tandlægeudgifter op til 15.000 kr. årligt. Ved behandlinger udover 15.000 kr. kan der ansøges om tilskud via kommunen som i dag.
- B. der fremadrettet ydes tilskud til, at ældre mennesker får foretaget røntgenundersøgelse og bliver behandlet med bedøvelse i forbindelse med tandbehandling.

Provenumæssige konsekvenser:

Dette forslag er målrettet pensionister med lav indkomst (personlig tillægsprocent over nul) og beskeden likvid formue, der i forvejen er berettiget til helbredstillæg. Det gælder knap 30 procent af folkepensionisterne svarende til knap 300.000 mennesker. Det nærmere finansieringsbehov bør afklares med Finansministeriet.

2. Regulering af den nuværende økonomiske ramme for tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandlæge, så den følger det demografiske træk og i højere grad modsvarer det behov, patienterne har til undersøgelse og behandling

Problem:

Den økonomiske ramme for behandling hos en privatpraktiserende tandlæge reguleres ikke som følge af den demografiske udvikling, hvilket betyder, at der ikke er kongruens mellem patienternes behandlingsbehov og den økonomi, der er afsat. Presset på økonomien i voksentandplejen øges således af, at lidt over halvdelen af de totale ydelser inden for voksentandplejen bliver foretaget af personer i alderen 60 år og derover (ca. 54 procent i 2021) på trods af, at denne aldersgruppe kun udgør en fjerdedel af befolkningen. Samtidig har hver femte borger mellem 65 og 79 år ikke benyttet den almene voksentandpleje i de foregående tre år, og for de ældre (80+) er andelen af ikke-brugere mere end hver fjerde.

Baggrund:

Det er især tandrensninger og parodontitisbehandlinger, som udgør de største andele af det totale antal ydelser. Dette er også konsistent med, at tandrensninger og parodontitisbehandlinger udgør de største bruttohonorarandele. De 60+-årige udgør 60 procent af de totale antal ydelser for parodontitisbehandlinger og lidt under 40 procent af tandrensninger. Selvom 60+-årige er den mindste befolkningsgruppe, så er det den gruppe, der står for langt de fleste ydelser. Dette indikerer, at det primært er ældre mennesker, hvis behandlinger udgør den største andel af bruttohonorarerne. Den nuværende model for voksentandplejen imødekommer således ikke i tilstrækkeligt omfang behovet hos ældre. En uændret model kan potentielt føre til betydelige overskridelser af den økonomiske ramme på længere sigt som følge af, at en større andel af befolkningen bliver ældre. En yderligere overskridelse af den økonomiske ramme vil medføre, at egenbetalingen vil stige yderligere.

Anbefaling:

Tandtænkertanken mener, at det er urealistisk at udforme en fremtidig model for voksentandple-

jen, som tager højde for det demografiske træk, hvis den nuværende økonomiske ramme ikke reguleres, så den i højere grad tager højde herfor. Derfor mener tænketanken, at rammen skal reguleres, fx ved at:

- A. den samlede økonomiske ramme til behandling hos privatpraktiserende tandlæge reguleres med den demografiske udvikling.

Provenumæssige konsekvenser:

Det er en forudsætning, at der afsættes yderligere midler på finansloven, der 1-1 dækker det foreslåede tiltag, hvormed tiltaget udvider den eksisterende ramme til voksentandplejen. Tænkertanken mener også, at det frie tandlægevalg i privat tandlægepraksis skal bibeholdes for borgere over 16 år. Det nærmere finansieringsbehov og de provenumæssige konsekvenser af forslaget om et tandsundhedsfradrag er under afklaring med Finansministeriet.

3. Automatisk tilbud om visitation til omsorgstandpleje af mennesker, der får omfattende hjemmehjælp og ved indflytning på plejehjem

Problem:

Alt for mange ældre bliver ikke visiteret til den omsorgstandpleje, de er berettiget til. Ifølge Danmarks Statistik er kun ca. 26.000 borgere visiteret til omsorgstandplejen, selvom Indenrigs- og Sundhedsministeriet estimerer, at det burde være mellem 52.000 og 63.000. Det er typisk ældre, der modtager omfattende hjemmehjælp, bor på plejehjem eller i ældreboliger.

Baggrund:

Kommunerne er forpligtet til at tilbyde omsorgstandpleje til svækkede mennesker, der har svært ved at benytte en almindelig tandlæge. Optagelse i omsorgstandplejen sker konkret ved en visitation i kommunen, hvor en visitator foretager en individuel vurdering efter de samme principper, som anvendes ved visitation til fx personlig pleje eller praktisk hjælp efter servicelovens kapitel 16. I 2014 estimerede det daværende Sundheds- og Ældreministerium, at mellem 52.000 og 63.000 mennesker på 65 år eller derover bør visiteres til omsorgstandplejen.

Tal fra Danmarks Statistik viser, at kun omkring det halve blev visiteret til omsorgstandplejen i 2016. I 2020 fastholdt ministeriet deres estimat, men kommunerne visiterede fortsat alt for få. I 2019 blev der kun visiteret 26.079 borgere til omsorgstandplejen. Der er således mellem 25.000 og 37.000 mennesker, der ikke har fået det tilbud om omsorgstandpleje, de er berettiget til.

Samtidig findes der to kommunale tandplejetilbud, der begge er målrettet mennesker med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne; henholdsvis omsorgstandplejen og specialtandplejen. Den gældende lovgivningsmæssige adskillelse af de to tandplejetilbud bunder primært i historiske forhold. Sundhedsstyrelsen vurderede i 2016, at en række forhold af faglig, økonomisk og administrativ karakter taler for en sammenlægning af special- og omsorgstandplejen, uden at dette imidlertid er implementeret endnu.

Anbefaling:

Tænketanken mener, at det er problematisk, at borgere, der er berettiget til visitation til omsorgstandplejen, ikke visiteres hertil, og at der er store tværkommunale forskelle i forhold til visitationspraksis og fokus på forebyggelse. Tænketanken foreslår derfor, at:

- A. kommunerne automatisk visiterer mennesker til omsorgstandpleje ved omfattende hjemmehjælp og indflytning på plejehjem eller plejebolig. Det bør ske i lighed med, at plejehjemsbeboere i mange kommuner får tilbud om en plejehjemslæge. Det vil sikre, at en væsentlig større andel af de mennesker, der er berettiget til omsorgstandpleje, bliver visiteret hertil.
- B. kommunerne – i forlængelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger – implementerer en individuel mundplejeplan for alle patienter i omsorgstandplejen som en del af den generelle og individuelle forebyggelsesindsats.
- C. det indskrives i sundhedsloven, i forlængelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, at mennesker kan få transport og ledsagelse til og fra omsorgstandplejen, hvilket især vil hjælpe ældre med svag tilknytning til tandplejen og mennesker, der fx lider af demens, som har behov for en ledsager, der giver tryk i behandlingssituationen.

- D. der som en del af helhedsplejen prioriteres og afsættes tid til midlertidige pladser, akutpladser og i den udkørende hjemmepleje til hjælp til tandbørstning og mundsundhed til ældre mennesker, der ikke selv har mulighed for at varetage dette.

Provenumæssige konsekvenser:

Det vurderes, at forslagene ikke vil få negative provenumæssige konsekvenser for de offentlige finanser, da kommunerne i forvejen er lovgivningsmæssigt forpligtet på omsorgs-, social- og specialtandplejeområdet. Der bør tages højde for eventuelt øgede omkostninger i de kommende økonomiforhandlinger mellem stat og kommuner.

4. Opkvalificering af plejepersonale og sammenhæng til social- og sundhedsuddannelsen

Problem:

Der er for lidt fokus på og kendskab til betydningen af god tandsundhed i den daglige plejeindsats, som de ældre modtager.

Baggrund:

Kommunerne yder pleje og omsorg til ældre mennesker i hele Danmark, men fokus på sammenhængen mellem generel sundhed og tandsundhed bliver i mange tilfælde underprioriteret pga. manglende viden og kendskab.

Anbefaling:

Tænketanken foreslår derfor, at:

- A. eksisterende plejepersonale opkvalificeres med viden om tandpleje, og at der i samarbejde med de uddannelsesinstitutioner, der udbyder social- og sundheds-faglige uddannelser, indarbejdes undervisning i god tandpleje, samt at der på SOSU-uddannelserne i praksis øves tandpleje og mundhygiejne, så det bliver en naturlig del af den ældreomsorg, vi uddanner til.

Provenumæssige konsekvenser:

Forslagene vurderes ikke at få negative provenumæssige konsekvenser.

Fokus på forebyggelse

Vores sundhedsvæsen står over for et yderligere kapacitetspres. Frem mod 2035 vokser antallet af ældre over 80 år med 60 procent. Og hvert år rammes mere end 60.000 mennesker af en kronisk sygdom. De betydelige demografiske ændringer vil sætte deres tydelige præg på fremtidens sundhedsvæsen. Derfor er det vigtigt, at vi forebygger dér, hvor vi kan. Det vil være med til at lette presset på hospitalerne og hos den praktiserende læge og sikre, at der er flere patienter, der får igangsat deres behandling hurtigere.

Mens hospitalerne og det specialiserede sundhedsvæsen siden kommunesammenlægningen er vokset med mere end 24 milliarder kroner, så er tilskudsrammen til danskeres tandsundhed skrumpet.

Med sundhedsstrukturkommissionen er der blevet sat et skarpt fokus på forebyggelse og det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det er vigtigt. De fleste møder årligt det nære sundhedsvæsen, og de færreste stifter bekendtskab med det specialiserede sundhedsvæsen, men netop derfor er sammenhæng og helhedstænkning i det nære sundhedsvæsen vigtigt. Og det er væsentligt, at de forskellige dele af sundhedsvæsenet koordinerer indsatsen og samarbejder uden barrierer.

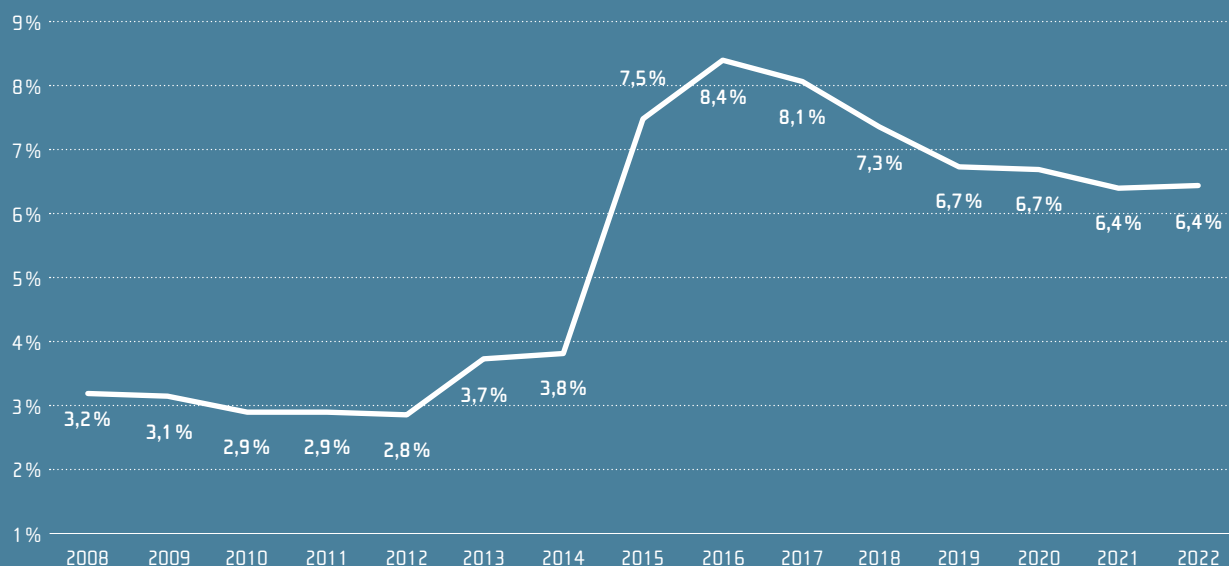
I kommunerne møder børn, unge og deres forældre den forebyggende og behandlende tandsundhed i børne- og ungdomstandplejen. Det at børste tænder og sikre gode

vaner er en helt grundlæggende del af forebyggelsen og tandsundhedstilbuddet i kommunerne og resultaterne af "nul-huller-strategien".

Derfor bør voksentandplejen på tilsvarende vis være en naturlig og integreret del af det nære sundhedsvæsen og den forebyggelse og behandling, som vi anser for naturligt i det danske sundhedsvæsen. Det handler ikke om at frtage den enkelte et selvstændigt ansvar for egen sundhed og tandbehandling. Det handler om at tænke forebyggelsesindsatsen bredt, holistisk og sammenhængende.

Tandsundhed skal være en del af forebyggelsen. Det er vigtigt at opretholde en god mundhygiejne for at undgå sygdomme i tænder, mund og kæber. Forebyggelse af udviklingen af caries, tandkødsbetændelse (gingivitis), betændelse i tændernes støttevæv (parodontitis), betændelse omkring et tandimplantat (periimplantitis) og andre sygdomme i tænder, mund og kæber er derfor afgørende. For gode tandplejevaner og regelmæssige tandlæge- og/eller tandplejebesøg handler ikke kun om at forebygge tandsygdom. Det handler også om at forebygge betændelse i tænder, mund og kæber, som kan forværre betændelsessygdomme andre steder i kroppen. Betændelse i og omkring tænder og implantater kan nemlig påvirke den generelle helbredstilstand og forværre en række sygdomme. Derfor skal forebyggelse fortsat være en af grundpillerne i fremtidens voksentandpleje.

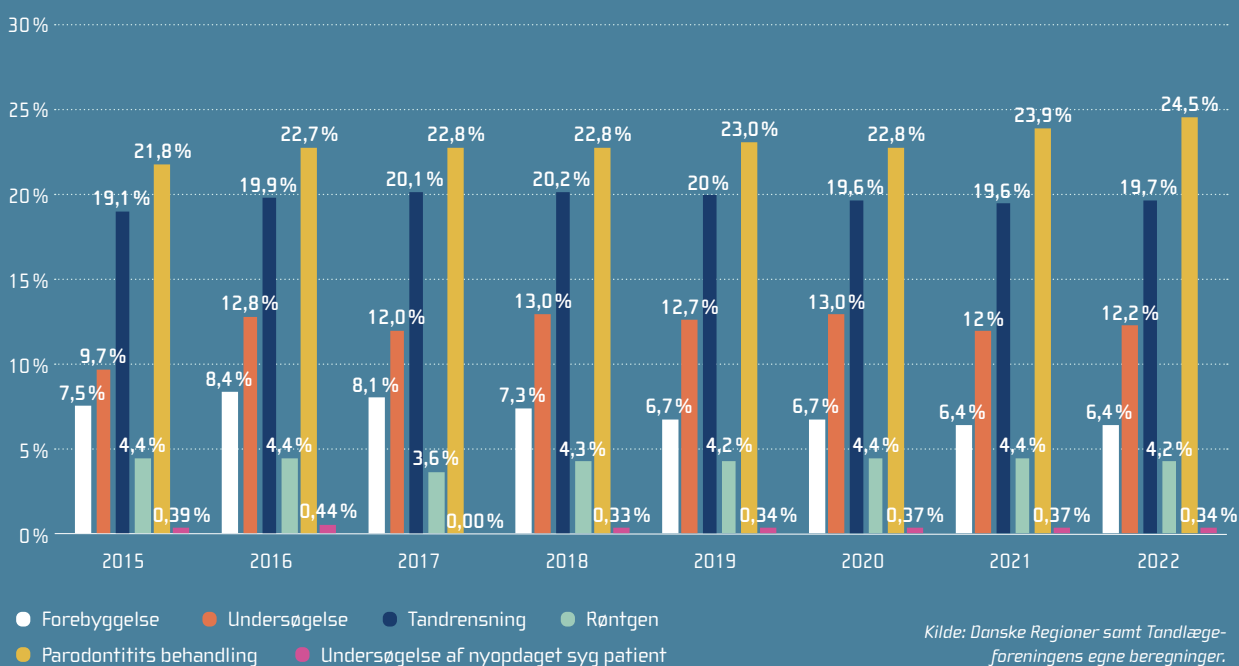
Figur 8: Bruttohonorarandel på forebyggelse



Kilde: Danske Regioner samt Tandlægeforeningens egne beregninger.

Figur 9: Bruttohonorarandel på diverse ydelser

Figur 10 viser, at parodontitisbehandling udgør knap ¼ af bruttohonoraret i 2022. Forventningen er, at denne type behandling vil stige i takt med et stigende antal ældre, og idet flere får sygdomme, som påvirker forekomsten af parodontitis.



Kilde: Danske Regioner samt Tandlægeforeningens egne beregninger.



Anbefalinger

1. Højere tilskud til regelmæssig tandpleje

Problem:

Kun ca. 60 procent af den voksne befolkning går regelmæssigt til tandlæge. Det betyder, at sygdomme i tænder og mundhule kan udvikle sig og medføre et længere og mere kompliceret sygdomsforløb, tandtab, forringet livskvalitet samt øgede omkostninger for både den enkelte patient og for sundhedsvæsenet.

En større gruppe af befolkningen fravælger af forskellige grunde regelmæssig tandpleje på trods af anbefalingen om at gå regelmæssigt til tandlæge for at forebygge sygdom i tænder og mund og for at bremse evt. allerede opstået sygdom. Regelmæssige undersøgelser og forebyggelse vil reducere omkostningerne til behandling af sygdom i tænder, mund og kæber. Regelmæssige undersøgelser af hele befolkningen vil også have den gavnlige effekt, at færre risikerer at skulle behandles i det øvrige sundhedssystem med færre indlæggelser til følge og mindre belastning af det øvrige sundhedsvæsen.

Baggrund:

Da tilskudsrammen i voksentandplejen er blevet udhulet, er egenbetalingen i dag så stor, at en større del af befolkningen allerede er økonomisk udfordrede. Op imod 40 procent af den voksne befolkning fravælger at få den anbefalede regelmæssige undersøgelse, tandrensning og forebyggelse. En stigende gruppe af ældre fravælger regelmæssig tandpleje på grund af stor egenbetaling med den konsekvens, at sygdomme kan udvikle sig, hvilket igen medfører økonomiske udfordringer for den enkelte og for samfundet. Også for det øvrige sundhedsvæsen vil det medføre øgede omkostninger. Det er derfor formålstjenstligt at sikre, at alle har ret til og økonomisk mulighed for en årlig undersøgelse, tandrensning og forebyggelse.

Anbefaling:

Tænketanken anbefaler nedenstående forslag i prioriteret rækkefølge:

A. For at skabe det bedst mulige udgangspunkt for en høj tand- og mundsundhed bør alle danskere, der er omfattet af voksentandplejen, tilbydes en årlig undersøgelse, individuel forebyggende ydelse og almindelig tandrensning.

Det vil sikre, at tandsygdom registreres og standses hurtigst muligt, og at der opnås en bedre forebyggelse og dermed bedre sundhed for hele befolkningen. Forebyggelse af sygdom i mundhulen vil reducere sygdomsforekomsten i befolkningen og vil dermed også reducere de personlige og samfundsmæssige omkostninger til behandling af sygdom i tænder, mund og kæber, herunder besparelser i det øvrige sundhedsvæsen. Det vil desuden fjerne den økonomiske barriere, som fylder mest hos dele af befolkningen. Et årligt tjek hos tandlægen vil således kunne motivere den store del af voksenbefolkningen, der i dag fravælger regelmæssig tandpleje. Der findes også et billigere alternativ, som vil øge tandsundheden i den brede del af befolkningen, og som samtidig er med til at motivere til at gå regelmæssigt til tandlæge:

B. tilskuddet til patienter der går regelmæssigt til tandlæge øges, så disse i stedet for de nuværende 35 procent i tilskud eksempelvis får 60 procent i tilskud til undersøgelsen og de forebyggende ydelser, som foretages sammen med undersøgelsen. Patienter, der går regelmæssigt til tandlæge, vil dermed blive belønnet med et større tilskud, og det vil tilskynde dem til at fortsætte med at gå regelmæssigt til tandlæge. Tanken om at belønne de patienter, der går regelmæssigt til tandlæge har tidligere været brugt på tandlægeområdet med stor succes,

netop fordi det medførte, at flere opfyldte hensigten om at blive tilset af en tandlæge regelmæssigt.

Provenumæssige konsekvenser:

Denne ordning vil som udgangspunkt kræve en større stigning i den økonomiske ramme her og nu, men på lang sigt vil det medføre en forbedret tand- og mundsundhed, hvorfor omkostningerne til tandlægeydelser falder. Det vil desuden mindske omkostningerne til det øvrige sundhedssystem som følge af færre kroniske infektioner andre steder i kroppen grundet sammenhængen mellem en sund mund og en sund krop.

2. Indførelse af tandkonto

Et alternativt forslag er at se mod Sverige og lade sig inspirere af deres erfaringer med indførelsen af en tandkonto. Det vil på mange måder være et mere enkelt system end det, vi har i dag i Danmark, og som vil kunne erstatte dele af eller blot supplere det nuværende system, hvis der ønskes mere fokus på forebyggelse af tandproblemer og sygdomme.

Problem:

Mange danskere går ikke regelmæssigt til tandlæge eller tandpleje på grund af den høje egenbetaling, og fordi deres tilknytning til tandplejen af forskellige årsager er svag. Den manglende tandpleje resulterer i udvikling af tandsygdomme, der kan føre til andre sygdomme – og patienten skubber dermed sit behandlingsbehov.

Baggrund:

Siden 2008 har alle svenske borgere fået tildelt en "tandplejecheck" ("allmänt tandvårdsbidrag") betalt af det offentlige, som kan bruges på tandlægebesøg. Denne check blev indført, fordi for mange udeblev fra de forebyggende regelmæssige tandundersøgelser, og brugerbetalingsloftet fik en del af skylden. Man så derfor et behov for at øge det økonomiske incitament til at gå til

tandlæge mere regelmæssigt. Checken er højere for de yngre og de ældre grupper, da disse grupper traditionelt set har den laveste besøgsfrekvens. Tandplejechecken kan "gemmes" i to år, således at man får dækket et højere beløb, hvis man venter med at gå til tandlæge. I tillæg til det beløb, som alle i udgangspunkt får som en del af tandplejechecken, findes desuden et særligt tilskud til voksne med visse diagnoser og lidelser.

Anbefaling:

På baggrund af ovenstående anbefaler tænketanken, at:

- A. der på baggrund af de svenske erfaringer indføres en tandkonto for alle danskere over 21 år med 400 kr. i årligt offentligt tilskud, som kan gemmes i op til to år, således at man samlet kan få tilskud til behandling for 800 kr. Personer, der er dækket under særlige tilskudsordninger, skal som udgangspunkt ikke omfattes af en tandkonto. Dog skal ældre mennesker, der modtager helbredstillæg, også omfattes af tandkontoen.

Provenumæssige konsekvenser:

Forslaget vurderes at medføre negative provenumkonsekvenser for statskassen på knap 850 mio. kr. ved en anvendelse på 60 procent, som det har været tilfældet for trækket på ordningen i Sverige. I Sverige har tandkontoen været med til at reducere uligheden i tandsundhed. Tilsvarende har den svenske "högskydkostnad", hvor der gives offentligt tilskud, når prisen på behandlingen bliver høj, været med til at reducere ulighed i adgang til tandsundhed i Sverige. Et tilsvarende forslag ville også give mening i en dansk sammenhæng. Det nærmere finansieringsbehov og de provenumæssige konsekvenser af forslaget bør afklares med Finansministeriet.

3. Tandlægen på sundhedskortet

Tænketanken foreslår, at tandlægen kommer på sundhedskortet for at forbedre overgangen

fra børne- og ungdomstandplejen til voksen-tandplejen og generelt gøre det nemmere at vælge tandlæge.

Problem:

Visse patientgrupperes tilknytning til voksen-tandplejen er udfordret. Det kan fx være i forbindelse med adresseflytning, ved overgang fra børne- og ungdomstandplejen til voksen-tandplejen eller hvis man ikke i forvejen har en tilknytning til privat tandlægepraksis, hvor voksentandplejen er forankret.

Baggrund:

Regeringen, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Alternativet og Kristendemokraterne indgik med Finansloven for 2022 en politisk aftale på tandområdet om indførelse af vederlagsfri tandpleje for 18-21-årige samt indførelse af en digital tandlægevælger. Ordningen indføres gradvist med én årgang om året frem til, at den er fuldt implementeret i 2025. Det betyder, at 18-årige bliver omfattet i 2022, 18-19-årige i 2023, 18-20-årige i 2024 og de 18-21-årige i 2025.

Med udvidelsen af børne- og ungdomstandplejen er der risiko for, at der fortsat vil være udfordringer med overgangen til voksentandplejen. Tilknytningen til en tandlæge opleves ofte som en personlig relation. Mange unge forventes således at stoppe med at gå regelmæssigt til tandlæge, når de selv skal til at betale, og det kan gå ud over deres tandsundhed på længere sigt.

Børn og unge fra 16-21 år tilbydes tandpleje på kommunale klinikker og hos privatpraktiserende tandlæger, der har indgået en aftale med kommunen. Dette følger af den såkaldte fritvalgsordning.

Anbefaling:

Tænketanken mener, at tandplejen i Danmark i højere grad skal indtænkes i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som tandplejen naturligt er en del af. Ønsket om en digital tandlægevælger har et vigtigt sigte, men tænketan-

ken finder, at det vil være mere hensigtsmæssigt og brugervenligt, at forslaget intention udmøntes ved at udvikle og gøre brug af de platforme, der i forvejen eksisterer. Tænketanken foreslår konkret, at:

- A. tandlægen indføres på det digitale sundhedskort (sundhedskort-appen) samt det fysiske sundhedskort ved udvidelse af sundhedslovens bestemmelser herom, da sundhedskortet i forvejen angiver, hvilken praktiserende læge patienten er tilknyttet.
- B. tandlægevalg kan udføres via sundhed.dk hvor man i forvejen kan finde en oversigt over tandlæger, og at funktionen integreres på borger.dk i forbindelse med adresseflytning, ligesom det er tilfældet for valg af praktiserende læge.
- C. muligheden for den allerede eksisterende fritvalgsordning synliggøres, bl.a. ved at kommunerne automatisk udsender brev via e-Boks, hvor muligheden beskrives. Det er i den forbindelse vigtigt, at det frie valg af tandlæge bevares, og derfor skal det fortsat være gratis at skifte tandlæge.
- D. der ikke kan indføres karenperiode i forhold til den kommunale børne- og ungdomstandpleje, hvis de unge på 16+ vælger at benytte sig af deres frie tandlægevalg og vælger privat praksis til, eller når forældre til børn under 16 år vælger behandling af deres børn hos deres egen privatpraktiserende tandlæge som følge af fx lange ventetider eller lukkedage i den kommunale børne- og ungdomstandpleje.

Provenumæssige konsekvenser:

Forslaget om at indføre tandlægen på det digitale sundhedskort vurderes at være provenuneutralt, da det ikke umiddelbart vil medføre et supplerende finansieringsbehov. Det skyldes, at regeringen og aftalepartierne allerede har afsat midler til en digital tandlægevælger, og at der ikke vil ske tilføjelse til det fysiske sundhedskort, før dette alligevel udskiftes som følge af flytning, lægeskift, bortkomst eller lign.

Mindre bureaukrati og mere tid til patienterne

I dag er voksentandplejen præget af et kompliceret og bureaukratisk system, der har knopskudt sig gennem årene.

Da det daværende sundhedsministerium sammen med en række andre ministerier kortlagde den danske voksentandpleje tilbage i 2018, viste det, at der er mere end 14 forskellige ordninger, herunder underordninger, samt forskellige finansieringer og adgang til dem. Det store kludetæppe af ordninger er bestemt ikke med til at skabe mere lige adgang eller ensartethed i behandlingen.

Det er derfor tænketankens anbefaling, at en række af ordningerne sammenlægges til en mere enkel opbygning med fokus på patienterne. De ældre og socialt udsatte, børn og unge og så den almindelige voksentandpleje. Derudover de helt særligt afgrænsede tandplejeordninger.

Sammentænkningen af ordninger vil både give mindre kassetænkning, sikre mere frit valg samt sikre en bedre økonomisk anvendelse af de forskellige tandplejetilskud.



Tabel 2: Overblik over nuværende tandplejeordninger

	Lovgrundlag	Målgruppe
Voksentandpleje	Sundhedsloven	Personer, der er fyldt 22 år eller er født før den 1. januar 2004
Børne- og ungdomstandpleje	Sundhedsloven	Børn og unge under 22 år, der er født efter den 31. december 2003
Omsorgstandpleje	Sundhedsloven	Personer med nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap
Specialtandpleje	Sundhedsloven	Sindslidende og psykisk udviklingshæmmede
Socialtandpleje	Sundhedsloven	Personer med særlige sociale problemer som ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud bl.a. gadehjemløse
Regionstandpleje	Sundhedsloven	Patienter med lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse
Særordninger	Sundhedsloven	Tandproteser, Sjøgren Syndrom, kræftpatienter og patienter med medfødte sjældne sygdomme
Særlige tilfælde	Lov om aktiv socialpolitik	Modtagere af integrationsydelse, uddannelseshjælp eller kontanthjælp
Rettighedsbaseret tilskud	Lov om aktiv socialpolitik	Personer, som modtager ydelser efter lov om socialpolitik
Personligt tillæg	Lov om social pension	Folkepensioner, hvis økonomiske forhold er særligt vanskelige
Almindeligt helbrestillæg	Lov om social pension	Folkepensionister med en formue under den lovbestemte formuegrænse
Udvidet helbrestillæg	Lov om social pension	Folkepensionister med en formue under den lovbestemte formuegrænse
Kriminalforsorgen	Straffefuldbyrdsloven Retsplejeloven	Indsatte i Kriminalforsorgen i 3 måneder eller derover
Tandbehandling til udlænding	Integrationsloven Udlændingeloven	Udlændige i Danmark
Tandpleje til værnepligtige	Finansloven	Personer der er værnepligtige over 8 måneder

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Anbefalinger

1. Sammenlægning af ordninger

Problem:

Der er mange forskellige tandplejeordninger, som tilsammen giver mennesker adgang og tilskud til tandbehandling. Ordningerne er på mange områder gode og velfungerende, men en for stor del af de patienter, der er berettigede til at modtage tilskud, er ikke klar over det. Komplexiteten i ordningerne udgør således en hindring for, at særligt socialt udsatte, patienter med sygdom samt ældre får den støtte, de har brug for og krav på.

Baggrund:

Der eksisterer aktuelt 15 særskilte tandplejeordninger i det danske sundhedsvæsen, jf. tabel 1. Antallet af ordninger og deres kompleksitet gør, at mange patienter og fagprofessionelle ikke har kendskab til dem. Der er tillige en række overlappende ordninger, hvor "pengene bør følge borgeren/patienten", og det er op til den enkelte, om man ønsker at være tilknyttet egen tandlæge i privat praksis.

Anbefaling:

Tænketanken foreslår, at:

- A. social- special- og omsorgstændplejen sammenlægges til en samlet tandplejeordning, jf. selvstændig anbefaling (se side 9).
- B. det undersøges, om flere af de eksisterende ordninger kan sammenlægges, så patienternes adgang styrkes og de administrative ressourcer, der i dag bruges på at vedligeholde de mange ordninger, i stedet kan bruges på sundhedsfremme.
- C. undersøge om den kompleksitet og uigennemsigthed, der præger de særlige tilskudsordninger på tandområdet, kan forbedres med henblik på at sikre bedre adgang til det tilskud, patienterne er beretti-

get til. Der kan i den forbindelse fx indgå en model, hvor de patienter, der er visiteret til et særligt tilskud uden yderligere godkendelse eller ansøgning, kan få udført tandbehandling op til 10.000 kr. årligt.

- D. der sikres frit valg, så pengene følger patienten.

Provenumæssige konsekvenser:

Der vurderes ikke at være en forøget offentlig udgift forbundet med forslaget. Til gengæld vurderes det, at der kan være en række besparelser ved at nedlægge de mange ordninger, der i dag er organiseret under en række forskellige ministerier og fungerer under særregler.

2. Pengene skal følge patienten

Problem:

I dag er tilskud til tandpleje bundet op på den enkelte privatpraktiserende tandlæge (klinikker) og dennes kontrolstatistik, hvilket betyder, at patientrettede tilskud ikke i realiteten følger patienten. Konkret betyder det, at patienternes adgang til tilskud kan blive betinget af, at den tandklinik, de har valgt, ikke i forvejen har et ydelsesforbrug, der afviger fra regions- og landsgennemsnittet.

Baggrund:

Hvis man som privatpraktiserende tandlæge er beliggende i et område med en særlig beboersammensætning, risikerer man at have et ydelsesforbrug, der er afvigende. Disse tandlæger kan pålægges en højstegrænse, hvilket kan medføre, at tandlægen lukker for tilgang af patienter eller afviser at udføre specifikke behandlinger.

Regionerne sammenholder hvert år det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient i den enkelte praksis med det

gennemsnitlige antal ydelser pr. patient for samtlige tandlægepraksisser beliggende i henholdsvis regionen og i landet som helhed. Regionerne har efterfølgende mulighed for at pålægge den privatpraktiserende tandlæge en højstegrænse. En højstegrænse vil medføre, at tandlægen bliver pålagt en grænse for, hvor meget det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient må afvige i forhold til landsgennemsnittet. En overskridelse medfører et tilbagebetalingskrav fra regionen, som vil blive modregnet i tandlægens tilskudshonorar. Det er som sådan et fint kontrolinstrument, men det giver en række problemer i udsatte boligområder, områder med mange ældre mennesker og i landdistrikter, hvor der er flere patienter med tandproblemer.

Anbefaling:

Tænketanken mener, at formålet med kontrolstatistikker som læringsværktøj er fornuftigt, men vurderer at den nuværende praksis med fastlæggelse af højstegrænser kan ramme tandlæger og patienter u hensigtsmæssigt, hvorfor tænketanken foreslår, at:

- A. tilskud til behandling hos en privatpraktiserende tandlæge fremadrettet følger patienten, så patienternes mulighed for behandling hos egen tandlæge ikke begrænses af det ydelsesmønster, tandlægen har. I stedet for fastlæggelse af en højstegrænse bør et eventuelt afvigende ydelsesmønster i stedet indgå i den løbende erfarings- og læringsopsamling.

Provenumæssige konsekvenser:

Der vurderes ikke at være en forøget offentlig udgift forbundet med forslaget, da regionernes budgetsikkerhed i forvejen er sikret ved, at eventuelle overskridelser af den økonomiske ramme mindsker rammen det følgende år.

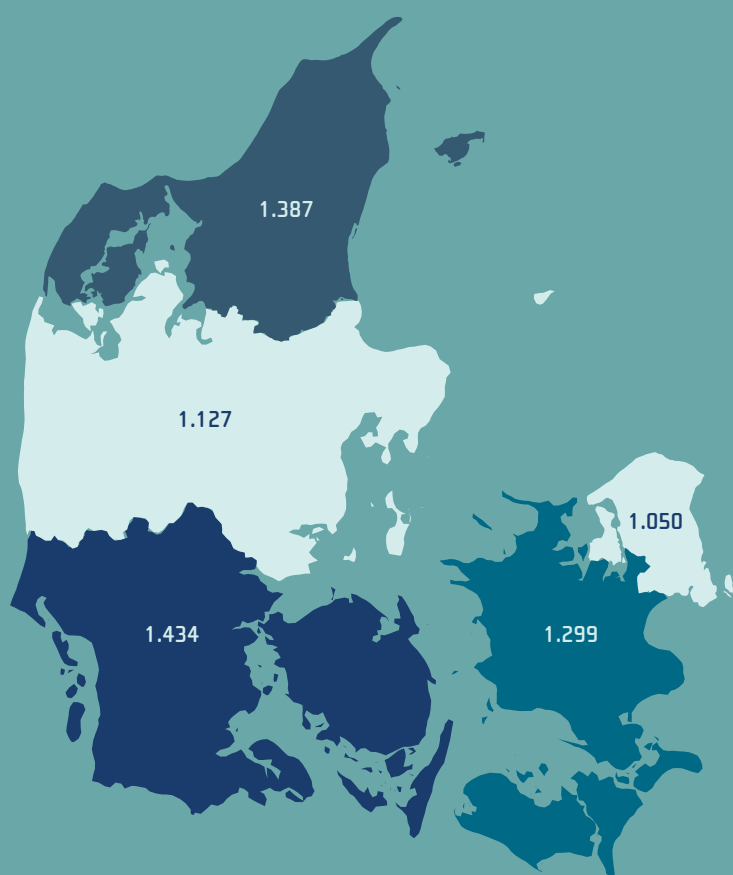


Styrket tilgængelighed og opgør med geografisk ulighed i tandsundhed

Der er i dag problemer med tandlægedækningen mange steder i landet, og rekrutteringsudfordringerne har været stigende gennem en årrække. I henhold til Sundhedsstyrelsens Tandplejeprognose 2023-2045 vil antallet af tandlæger falde svagt (med to procent) frem mod 2030. Herefter stiger antallet af tandlæ-

ger, og samlet set over perioden forventes syv procent flere tandlæger.⁸

⁸ Tandplejeprognose 2023-2045 Udbuddet af personale i tandplejen, Sundhedsstyrelsen: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2024/Tandplejeprognose/Tandplejeprognose-2023-2045---udbuddet-af-personale-i-tandplejen.ashx>

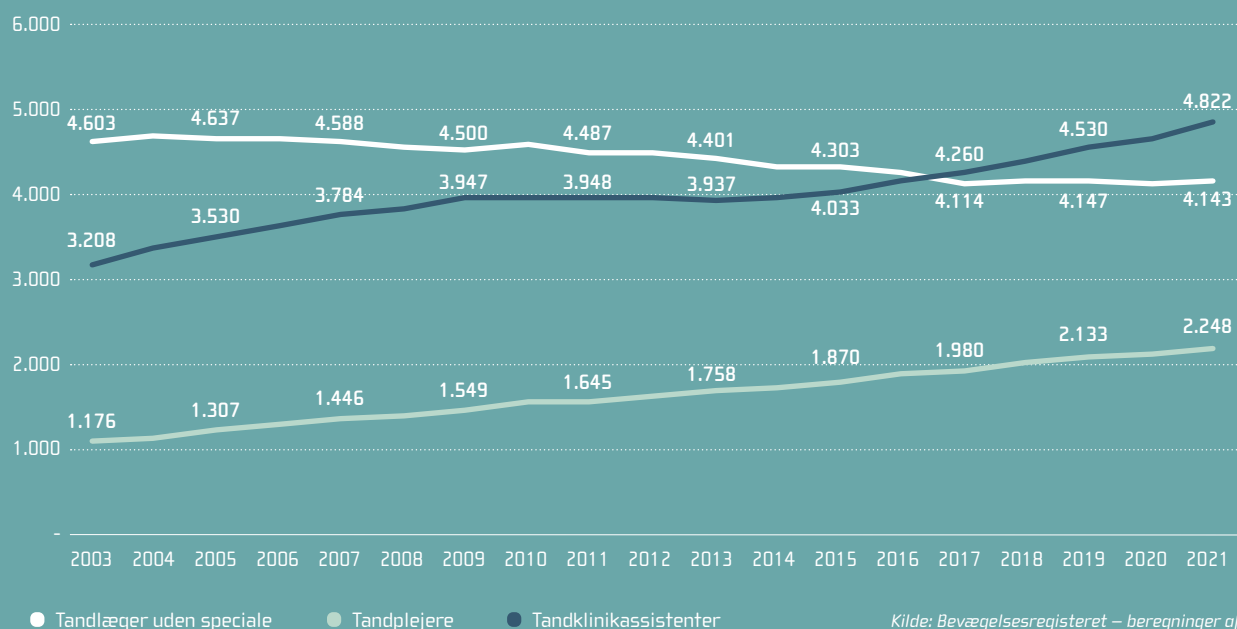


Figur 10: Antal indbyggere pr. tandlæge opdelt på region

Figur 10 viser, at der er geografiske forskelle på, hvor mange indbyggere der er pr. tandlæge i hver region. I hovedstaden er der færrest indbyggere pr. tandlæge med 1.050, mens der er flest i region Syddanmark med 1.434 indbyggere pr. tandlæge..

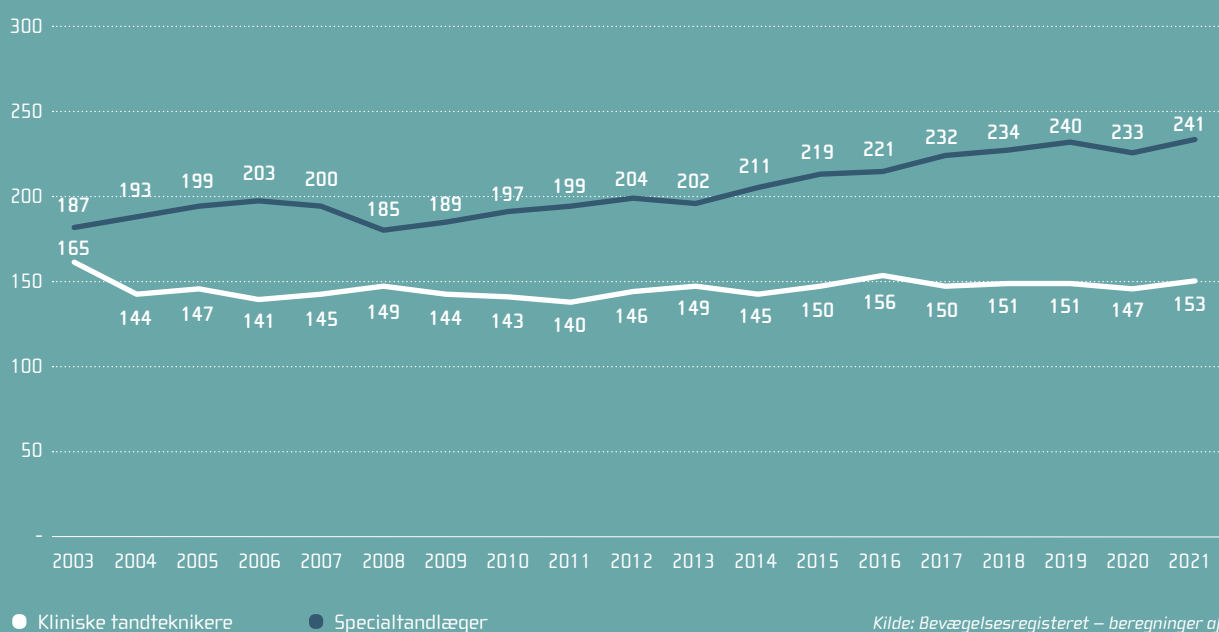
Kilde: Bevægelsesregisteret og statistikbankens tabel FOLK 1A – beregninger af Strategisk Analyse – Tandlægeforeningen.

Figur 11: Udvikling i antallet af tandlæger, tandplejere og tandklinikassistenter



Kilde: Bevægelsesregisteret – beregninger af Strategisk Analyse – Tandlægeforeningen.

Figur 12: Udviklingen i tandlæger med speciale og kliniske tandteknikere

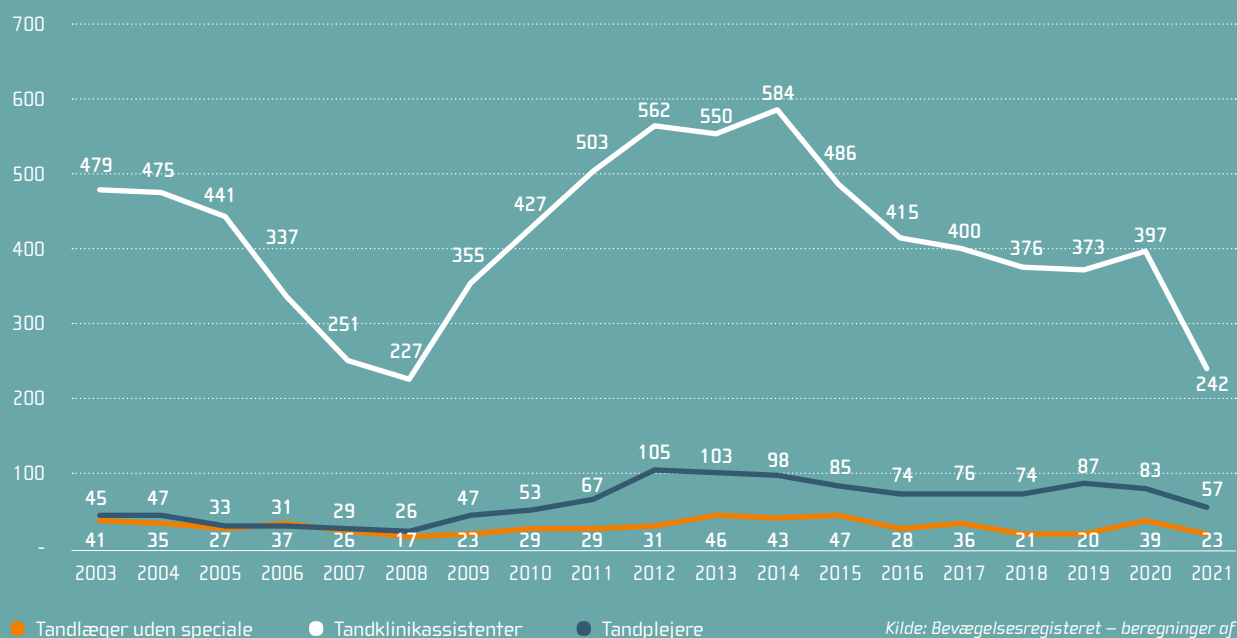


Kilde: Bevægelsesregisteret – beregninger af Strategisk Analyse – Tandlægeforeningen.

Hovedparten af tandlæger uden speciale, tandplejere og tandklinikassistenter arbejder på tandlægeklinikker. I figur 11 er udviklingen i antallet af tandlæger uden speciale, tandplejere og klinikassistenter vist inden for brancherne hospital, praktiserende tandlæger, undervisning og forskning. Den del af arbejdsstyrken, som arbejder på læge- eller speciallægeklinikker, i socialsektoren,

med forvaltning af staten, med fremstilling og handel af medicinalvarer, i øvrige brancher og dem, som ikke er i beskæftigelse, er ikke medtaget. Udviklingen af dem, som ikke er i beskæftigelse, er vist i en separat figur 14 nedenfor. Der ses et fald i antallet af tandlæger, men en stigning i antallet af tandplejere og klinikassistenter.

Figur 13: Udvikling af antallet af tandplejepersonale, der ikke er i beskæftigelse



Kilde: Bevægelsesregisteret – beregninger af Strategisk Analyse – Tandlægeforeningen.

Figur 14: Udviklingen i ledigheden blandt specialtandplejepersonale



Kilde: Bevægelsesregisteret – beregninger af Strategisk Analyse – Tandlægeforeningen. Hvis antallet af personer er lavere end 5, er antallet vist som 1-4, men fremgår i grafen som 2.

Figur 13 og 14 viser udviklingen i ledigheden blandt tandplejepersonale og specialtandplejepersonale. Særligt ledigheden blandt tandlæger uden speciale er lav, hvor den i 2021 var på 23 personer for tandlæger uden speciale og 0 for antallet af ledige specialtandlæger. Faktisk er der kun to år i perioden fra 2003-2021, hvor ledigheden blandt specialtandlæger ikke var 0, nemlig i 2011 og 2012.

Anbefalinger

1. Tilskud til etablering af privat tandlægepraksis i sundhedshuse i yderområder

Problem:

I visse dele af landet oplever patienterne, at der kan være langt til sundhedstilbud. Dette er særligt gældende i landdistrikter og yderområder, hvor der generelt bor en højere andel af ældre.

Baggrund:

Landdistrikterne oplever et særligt behov for at fastholde og rekruttere sundhedspersonale, herunder tandlæger. Alderssammensætningen for tandlæger i flere landdistrikter betyder, at der inden for en relativt kort årrække vil blive et betydeligt rekrutteringsbehov i området. Flere kommuner og regioner har imidlertid positive erfaringer med sundhedshuse, hvor praktiserende læger indgår som en integreret del.

Det samme er også gældende for privatpraktiserende læger og speciallæger, hvorfor staten gennem en årrække har haft puljer til at støtte læge- og sundhedshuse i de områder i Danmark, hvor der ikke er nok læger. Puljerne har levet op til EU's statsstøtteregler, og loftet har flugtet med deminimis-forordningen. Derfor bør ordningerne kunne udvides til også at omfatte tandlægepraksis, hhv. samtænkning af kommunale satellit tandplejetilbud og privatpraktiserende tandlæge- eller tandplejetilbud i områder, hvor der i dag ikke findes tandlægetilbud. Tandtænkningen finder det helt oplagt, at der med de forventede anbefalinger fra sundhedsstrukturkommissionen om en styrkelse af det nære sundhedsvæsen netop tænkes i at genoprette de tidligere puljer, der antog en årlig størrelse på 200 mio. kr. til støtte af og udbygning af det nære sundhedsvæsen.

Anbefaling:

For unge tandlæger kan den økonomiske investering i klinikfaciliteter tillige være en udfordring, hvorfor et offentligt tilskud til etablering af dette i områder, der har et begrænset patientgrundlag, vurderes hensigtsmæssigt. Tandtænkningen foreslår derfor, at:

- A. mulighederne for at understøtte en bedre geografisk dækning af privatpraktiserende tandlæger undersøges, så patienter i landdistrikter og yderområder ikke oplever, at der bliver længere til tandpleje.

Provenumæssige konsekvenser:

Forslaget vil ikke i sig selv medføre forøgede offentlige udgifter, men en eventuelt kommende tilskudsordning vil alt efter hvordan den sammensættes, kunne medføre en række øgede udgifter. Det er i den sammenhæng en forudsætning, at tilskud fra en kommende ordning sker under hensyntagen til statsstøttereglerne, herunder de minimis-forordningen.

Bedre sektorovergange og samarbejde i det nære sundhedsvæsen

1. Øget samarbejde mellem læger og tandlæger

Problem:

Tandlæger har i dag ikke adgang til patientens lægejournal, ligesom læger ikke har adgang til patientens journal hos tandlægen. Derudover undervises der kun i et vist omfang på tværs af tandlægeuddannelsen og lægeuddannelsen. Men viden om sammenhængen mellem sundhed i munden og sundhed i kroppen skal også udvides til resten af sundhedsvæsenet, da der er sammenhæng mellem tandsygdomme og andre sygdomme.

Baggrund:

Behandlingen af oral sygdom og systemisk sygdom er i Danmark organisatorisk adskilt. Der er således en række snitflader mellem tandlæger og læger. De udenlandske studier peger i retning af, at såvel praktiserende læger som tandlæger, til trods for at man historisk har opfattet de to professioner som adskilte med yderst sparsomt samarbejde, ønsker bedre kommunikation og mere samarbejde. Et øget og struktureret samarbejde vil samtidig have sundhedsmæssige fordele for patienterne og sundhedsvæsenet.

Anbefaling:

Tænketanken anbefaler, at:

- A. der nedsættes en tværgående taskforce i regi af Sundhedsstyrelsen med deltagelse af både Lægeforeningen, Tandlægeforeningen og de respektive uddannelsesinstitutioner, der skal analysere, hvordan der kan skabes et mere struktureret samarbejde.
- B. tandlæger får mulighed for at henvise til kræftpakkeforløb på baggrund af symptomer i mundhulen, så man slipper for et forsinkende led, da tandlæger i dag skal viderenhvise til fx en øre-, næse- og halslæge eller patientens egen læge.
- C. tandlæger får mulighed for at henvise til yderligere udredning i tilfælde af mistanke om alvorlige sygdomme, som observeres ved tandlægebesøg, således at den tidligere opsporing og diagnosticering kan styrkes, og unødigt omfattende behandlinger og indgreb kan forebygges til gavn for såvel den enkelte som for samfundsøkonomien.
- D. de privatpraktiserende tandlæger og tandplejere samt den kommunale tandpleje indtænkes som en del af sundhedsklyngerne og det forpligtende sundhedssamarbejde i det nære sundhedsvæsen, som sundhedsstrukturkommissionen forventes at lægge vægt på.

E. der kan deles journaler mellem tandlæger, praktiserende læger, hospitaler og andre dele af sundhedsvæsenet, så patienten oplever et sammenhængende behandlingsforløb.

Provenumæssige konsekvenser:

Forslaget vurderes ikke i sig selv at medføre provenumæssige konsekvenser.

.....
2. Nedsættelse af overenskomstforum

Problem:

Tandlægeområdet er aktuelt det eneste praksisområde, hvor der ikke er en overenskomst. Dette har medført en række uhensigtsmæssige situationer, bl.a. eksisterer der ikke et samarbejdsudvalg med regionerne, som fortsat har ansvaret for området. Derudover er det aftalebaserede overenskomstsyst medvirkende til at sikre bredt ejerskab og faglig accept og legitimitet til de eksisterende rammer.

Baggrund:

Overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Tandlægeforeningen blev op-sagt i 2018. Siden er området blevet reguleret af et lovkompleks, der bl.a. indbefatter sund-

hedsloven, klage- og erstatningsloven, bekendtgørelse om tilskud hos praktiserende tandlæge mv. Der har igennem årene vist sig flere misforståelser og uhensigtsmæssigheder i den manglende dialog og koordinering mellem regioner og tandlæger. Samtidig er tandlægeområdet det eneste praksisområde, der ikke reguleres via en overenskomst.

Anbefaling:

Tænketanken anbefaler, at:

- A. det i forbindelse med den kommende politiske aftale om nye rammer for voksentandplejen indsættes en solnedgangsklausul på to år, og at der samtidig etableres et overenskomstforum af Indenrigs- og Sundhedsministeriet med deltagelse af Danske Regioner og Tandlægeforeningen, som i den mellemliggende periode skal afklare de uoverensstemmelser, der måtte være parterne imellem og sikre enighed om grundlaget for en fremtidig overenskomst, der skal indgås efter udløb af den lovgivning, som den kommende politiske aftale giver anledning til.

Provenumæssige konsekvenser:

Forslaget vurderes ikke i sig selv at medføre provenumæssige konsekvenser.

