

**Møde med  
Folketingets Sundheds- og  
Forebyggelsesudvalg  
21. oktober 2014**

1. Tandpleje til socialt udsatte – et muligt alternativ.....	3
2. Omsorgstandpleje – opfølgning på serviceeftersynet .....	5
3. Udvidelse af ungdomstandplejetilbuddets aldersgrænser .....	8
4. Frit valg for de 16 + 17 årige.....	9
5 Tandlægeuddannelserne, turnus og specialisering.....	11
Bilag 1: Uddybende materiale om Herlev-modellen.....	13
Bilag 2: Serviceeftersynets konklusioner og anbefalinger med De Offentlige Tandlægers bemærkninger .....	16
Bilag 3: Faktaark fra "Bedste skal ha' børstet tænder" .....	19

## 1. Tandpleje til socialt udsatte – et muligt alternativ

For en finanslovsbevilling på 180 millioner kr. samt en ændring af sundhedsloven og en justering af lov om aktiv socialpolitik kan regelmæssig tandpleje til 75 % af de ca. 170.000 socialt udsatte løses ved udbredelse af Herlevmodellen.

I Finansloven for 2013 blev afsat 180 millioner kr. årligt til kommunalt tilskud til tandpleje til socialt udsatte, og som en konsekvens heraf blev der i lov om aktiv socialpolitik indsat en § 82 a, der giver rammerne for udmøntningen af de afsatte støttekrone.

De Offentlige Tandlæger har påpeget to hovedproblemstillinger med den gennemførte tilskudsordning:

- Voksentandplejesystemet i privat praksis kan ikke løfte opgaven og der skabes ikke mest mulig lighed i sundhed og mest sundhed for pengene
- Der er med § 82 a skabt uklarhed i forhold til den generelle tilskudsordning beskrevet i § 82 i lov om aktiv socialpolitik.

Den primære årsag til, at voksentandplejesystemet i privat praksis ikke kan løfte opgaven er, at dette system ikke på tilstrækkelig effektiv måde kan gennemføre en opsøgende indsats i forhold til målgruppen – de ca. 170.000 socialt udsatte. Opgørelser af forbruget i 2013 viser, at der kun er anvendt 38 millioner kr. af de afsatte 180 millioner kr.. Den sekundære årsag til, at voksentandplejen i privat praksis ikke kan løfte opgaven alene er, at den svageste del af gruppen f.eks. misbrugerne, de hjemløse og de psykisk sårbare medborgere af forskellige grunde ikke er i stand til at bruge det etablerede voksentandplejesystem. Det er således de bedst stillede kontanthjælpsmodtagere, der har fået glæde af ordningen. Ønsket om at skabe mere lighed i sundhed og mere sundhed for pengene opfyldes således kun i meget begrænset omfang.

§ 82 a i lov om aktiv socialpolitik er primært gennemført for at lette den administrative byrde ved ansøgning om kommunalt tilskud til tandpleje. § 82 a indeholder en aldersgraderet egenbetaling, som kan dækkes efter den generelle tilskudsbestemmelse i § 82. Mange socialt udsatte benytter sig af denne mulighed. Her opstår problemerne i det § 82 indeholder bestemmelser om bestemte kriterier, der skal lægges til grund for en eventuel godkendelse af behandlingsplanen og den efterfølgende bevilling af tilskud. Samme kriterier er ikke indeholdt i § 82 a. Behandlingsplanerne efter § 82 a er derfor ofte mere vidtgående end de behandlingsplaner, der kan godkendes efter § 82. Behandlingsplaner, der kan godkendes efter § 82 a, må derfor afvises, hvis der søges supplerende støtte efter § 82, hvilket giver fortolknings- og forståelsesproblemer hos de kommunale tandlægekonsulenter, de praktiserende tandlæger såvel som hos de socialt udsatte borgere.

De Offentlige Tandlæger har med henblik på at skabe mere lighed i sundhed og mere sundhed for pengene foreslået at erstatte den nuværende ordning med kommunalt tilskud til tandpleje til socialt udsatte efter §§ 82 og 82 a i lov om aktiv socialpolitik med den såkaldte Herlev-model.

Herlev-modellen er kort beskrevet en mere end 20 år gammel forsøgsordning i Herlev kommune, hvor kommunen gennemfører en tværorganisatorisk og tværfaglig opsøgende indsats i forhold til de socialt udsatte. Det betyder, at alle de kommunale medarbejdere, som har kontakt med borgere i målgruppen, har kendskab til tandplejeordningen og fordelene for borgerne ved den regelmæssige tandpleje. De kommunale medarbejdere fra socialrådgivere over jobcentre til gadeplansmedarbejdere er medspillere

i den opsøgende indsats. Selve de sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende tandplejetilbud kan af borgeren frit vælges i en privat praksis eller i den kommunale tandpleje, der har et ydernummer på linje med privat praksis. Der ydes ikke supplerende kommunale tilskud til tandplejeydelserne i denne model. Borgerne omfattet af Herlev-modellen får det regionale sygesikringstilskud efter Sundhedslovens § 65 som alle andre borgere, og de kan søge om kommunalt tilskud efter §§ 82 og 82 a i lov om aktiv socialpolitik svarende til det tilskud man kan opnå som borger i andre af landets kommuner.

Resultaterne af Herlev-modellen taler imidlertid for sig selv. Gennem den opsøgende indsats er det lykkedes at hæve tilslutningen til regelmæssig tandpleje fra ca. 20 % af målgruppen til ca. 75 % af målgruppen. Af de 75 % vælger 2 ud af 3 socialt udsatte at få tandplejetilbuddet i privat praksis medens 1 ud af 3 får tandplejetilbuddet i den kommunale klinik. Det er overvejende den svageste del af gruppen, som ikke er i stand til at benytte sig af voksentandplejetilbuddet i privat praksis, der vælger det kommunale tilbud.

Herlev-modellen muliggør, at det kommunale tandplejetilbud kan udstrækkes til at omfatte hele familier. 80 % af tandsygdomme hos børn og unge forekommer hos 20 % af børnene – de såkaldte risikobørn. Risikobørn er meget ofte en del af en socialt udsat familie, der alle har problemer med mundhygiejne og tandsygdomme. En samlet og koordineret indsats, hvor hele familien indgår i løsningen af problemstillingen, giver de bedste og mest langtidsholdbare resultater.

Omkostningerne ved den forhøjede tilslutningsprocent i en landsdækkende ordning er ifølge daværende Sundhedsminister Astrid Krag opgjort af KL til 360 millioner kr.. Oplysningerne blev givet ved et møde, som De Offentlige Tandlæger havde med ministeren den 31. august 2012 om bl.a. tandpleje til socialt udsatte.

Forslagets gennemførelse vil kræve, at den nugældende finanslovsbevilling på 180 millioner kr. suppleres med yderligere 180 millioner kr., ligesom Sundhedsloven skal ændres, så det bliver muligt for kommunerne at give et opsøgende, sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende tandplejetilbud til de ca. 160.000 borgere, der lovgivningsmæssigt er afgrænset som socialt udsatte. Tilbuddet kan gives i et fritvalgssystem, hvor borgeren kan få tandplejeydelserne leveret af privat praksis eller kommunal tandpleje efter eget valg. Prisen og ydelsen skal og vil i dette forslag være den samme for borgeren uanset om borgeren vælger privat praksis eller kommunal klinik.

DOFT foreslår endvidere, at der ud fra et ligeretsprincip lægges de samme vurderingskriterier til grund for godkendelse af behandlingsplaner efter § 82 og § 82 a i lov om aktiv socialpolitik. Behandlingsplaner kunne i øvrigt begrænses til tandplejeydelser, der ikke er tilskudsbelagt i forhold til det regionale tilskudssystem efter Sundhedslovens § 65 og som findes udmøntet i voksentandplejeoverenskomsten.

## 2. Omsorgstandpleje – opfølgning på serviceeftersynet

Der er behov for at forbedre patientovergangen fra voksentandplejesystemet til omsorgstandplejen ved en tidlig opsporing af de ældre, der ophører med regelmæssig voksentandpleje

Der er behov for at opdatere indholdet af omsorgstandplejetilbuddet i erkendelse af at voksenbefolkningen bevarer hovedparten af egne tænder hele livet

Der er behov for at indarbejde mundhygiejne som en del af den personlige pleje i fælles sprog samt i de individuelle plejeplaner

Der er behov for en sikker visitation af de borgere, der har behov for og ret til omsorgstandpleje

De Offentlige Tandlæger foretog i 2012 en gennemgang af problemområder i relation til omsorgstandplejesystemet. De Offentlige Tandlæger kunne konstatere:

- at det nuværende omsorgstandplejesystem med fortrinsvis palliative behandlinger i borgerens eget hjem var utidssvarende. Reglerne blev skabt på et tidspunkt, hvor det mest almindelige var at omsorgstandplejepatienter havde proteser. I dag har omsorgstandplejepatienter egne naturlige tænder, der skal vedligeholdes i et opsøgende, sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende tandplejetilbud,
- at et kvalitativt tilfredsstillende behandlende tandplejetilbud måtte gives på specialindrettede klinikker med mulighed for at forflytte patienterne med loftslifte. Dette ville samtidig betyde, at de arbejdsmiljømæssige krav til omsorgstandplejen tillige kunne imødekommes,
- at det kommunale visitationssystem ikke fungerede, i det der kun visiteres ca. 1/3 del af de 100.000 borgere, som Sundhedsministeriet ved ordningens etablering forventede, ville opfylde kriterierne for at modtage omsorgstandpleje – et antal som i dag med den voksende ældrebefolkning ikke er blevet mindre,
- at mange af de visiterede borgere på tidspunktet for visitationen havde været ophørt i regelmæssig voksentandpleje gennem en længere periode (drop out) og ikke længere var i stand til selv at børste tænder med dårlig mundhygiejne og et stærkt eroderet tandsæt til følge,
- at dårlig mundhygiejne resulterede i udvikling af lungebetændelse (10 % af alle lungebetændelser på danske plejecentre skyldes dårlig mundhygiejne) med indlæggelser og genindlæggelser til 20-25 millioner kr. årligt samt 100 – 200 årlige dødsfald til følge,
- at dårlig mundhygiejne er medvirkende årsag til udvikling af iskæmiske hjertesygdomme, ligesom kontrollen af diabetes vanskeliggøres hos borgere, der samtidig har udviklet parodontose som følge af dårlig mundhygiejne,
- at der er sammenhæng mellem vægttab hos de ældre og dårlig mundhygiejne,
- at 80 % af danske borgere på plejecentre har behov for hjælp til tandbørstning, men kun 10 % får det.

De Offentlige Tandlægers problemgennemgang førte til følgende anbefalinger:

- at indholdet i omsorgstandplejen skulle ændres fra et palliativt tilbud til et opsøgende, sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende tandplejetilbud,

- at behandlingstilbuddet blev givet fra specialindrettede klinikker, der dels kunne sikre kvaliteten af tandplejeydelsen, dels kunne imødekomme de arbejdsmiljømæssige krav,
- at indarbejde hjælp til opretholdelse af god mundhygiejne som et visitationskriterium i relation til personlig pleje i fælles sprog, og tilsvarende indarbejde kriterier i fælles sprog for en vurdering af om borgeren fysisk og mentalt var i stand til at anvende voksentandplejetilbuddet i privat praksis eller om borgeren opfyldte kriterierne og dermed havde en ret til at blive visiteret til det kommunale omsorgstandplejetilbud
- at indarbejde hjælp til tandbørstning som en del af den personlige plejeplan, der udarbejdes for den enkelte borger,
- at der blev iværksat en tidlig opsporing af de ældre, der droppede ud af voksentandplejen f.eks. ved at fremsøge alle de + 65 årige, der ikke havde modtaget det regionale sygesikringstilskud til tandplejeydelser indenfor de seneste 24 måneder i regionernes sygesikringsdatabase, hvorefter kommunerne kunne foretage en opsøgende indsats i forhold til disse borgere, der var i risiko for ikke længere at kunne opretholde en god mundhygiejne.

Rapportens konklusioner og anbefalinger er på mange måder en udskydelse af problemstillinger, som tandlægerne godt kender svarene på. De Offentlige Tandlæger anbefaler derfor:

- Indholdet af det kommunale omsorgstandplejetilbud redefineres til at være et opsøgende, sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende tandplejetilbud, der er tilpasset den voksende gruppe af ældre, der har bevaret egne naturlige tænder og hvor opretholdelse af god mundhygiejne er vigtig i forhold til andre sygdomme f.eks. lungeinfektioner, iskæmisk hjertesygdom og kontrol af diabetes
- Visitationen skal tage udgangspunkt i, at det er et sundhedstilbud, der er retsbaseret for borgeren. Visitationsforpligtelsen i relation til hjælp til tandbørstning / opretholdelse af god mundhygiejne indarbejdes i fælles sprog under personlig pleje ligesom visitationsforpligtelsen i relation til henvisning til omsorgstandpleje indarbejdes i fælles sprog
- Der foretages en screening af sygesikringsregistret således at alle + 65 årige, der ikke har fået udbetalt sygesikringstilskud til tandpleje indenfor de seneste 24 måneder identificeres og opsøges, så de borgere, der er ophørt med regelmæssig tandpleje i privat praksis, kan opsøges tidligst muligt og tilbydes omsorgstandpleje, såfremt de opfylder kriterierne herfor. Tandpleje og mundhygiejne bør tillige være en fast bestanddel af det forebyggende hjemmebesøg som + 75 årige borgere skal tilbydes i henhold til servicelovens § 79 a
- Der indrettes specialiserede klinikker med lifte m.v. til forflytning af patienter, så omsorgstandplejepatienter tilbydes tandbehandling under klinikforhold. Omsorgstandplejepatienter skal have ledsaget transport til de specialindrettede klinikker. Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats vil fortsat kunne ske i borgerens eget hjem.

De Offentlige Tandlæger udformede i samarbejde med FOA en opmærksomhedsskabende kampagne – ”Bedste skal ha’ børstet tænder” på en række plejecentre landet over. Den kommunale tandplejes bidrag var undervisning af plejepersonalet i opretholdelse af god mundhygiejne samt måling af mundhygiejnen ved starten og afslutningen af et 4 måneders projekt med fokus på opretholdelse af god mundhygiejne.

Som en del af Finanslovsaftalen for 2013 blev det besluttet at gennemføre et serviceeftersyn af Sundhedslovens krav til den kommunale omsorgstandpleje.

Sundhedsministeriets og Sundhedsstyrelsens afrapportering af serviceeftersynet blev offentliggjort den 18. marts 2014 (<http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Rap-serviceeftersyn-den-kommunale-omsorgstandpleje-marts-2014.aspx> ).

De Offentlige Tandlæger har fremført ovennævnte synspunkter overfor møder med Sundhedsministeriet samt i en følgegruppe til selve servicegennemgangen. De Offentlige Tandlæger finder derfor, at rapportens konklusioner og anbefalinger på mange områder er en udskydelse af problemstillinger, som tandlægerne og andre med kendskab til omsorgstandplejen godt kender svarene på.

De Offentlige Tandlæger finder at det er på høje tid at gennemføre forandringer, der kan føre omsorgstandplejetilbuddets indhold up to date og gøre visitationssystemet sikkert i forhold til borgerens rettigheder i relation til omsorgstandplejens sundhedsydelse.

Bilag 2 Serviceeftersynets konklusioner og anbefalinger med De Offentlige Tandlægers bemærkninger  
Bilag 3 Faktaark fra "Bedste skal ha' børstet tænder"

### 3. Udvidelse af ungdomstandplejetilbuddets aldersgrænser

20 % af de unge har 80 % af tandsygdommene

Disse 20 % af en ungdomsårgang kommer i al væsentlighed fra familier med ringe uddannelsesniveau og lav indkomst

Ved at give disse unge mulighed for at fortsætte i den kommunale tandplejes opsøgende, sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende tandplejetilbud indtil det 25. år mindskes risikoen for drop out ved overgangen til voksentandplejen

”DROP OUT” blandt de unge er almindeligt forekommende særligt blandt unge fra socialt belastede familier.

I det kommunale tandplejetilbud sikres den regelmæssige tandpleje indtil den unge fylder 18 år ved en opsøgende indsats i forhold til de unge og de unges forældre. Når den unge fylder 18 år udskrives den unge til voksentandplejen hos privat praktiserende tandlæge. Udskrivningsproceduren i de kommunale tandplejer følger de af sundhedsstyrelsen angivne procedurer.

På trods af, at den kommunale tandpleje sikrer sig, at de unge foretager et tandlægevalg, så kan det konstateres, at op mod 20 % af de unge ikke møder op hos en praktiserende tandlæge og fortsætter i et regelmæssigt forebyggende og behandlende tandplejetilbud. En stor del af de unge, der dropper ud, er unge, som kommer fra familier med lav indkomst og ringe uddannelsesniveau og som har den ringeste tandsundhed.

Der er flere årsager til dette bl.a.:

- Mange unge er i en etableringsfase, hvor de flytter hjemmefra og skal lære selv at tage ansvar for deres liv herunder at få aftalt tid til tandlægebesøg – en vane de ikke nødvendigvis har med hjemmefra.
- Mange unge er fortsat under uddannelse, er arbejdsløse eller på kontanthjælp og har en anstrengt økonomi, der gør, at tandlægebesøg fravælges.

En del af de unge vender tilbage til regelmæssig tandpleje når etableringsfasen er overstået d.v.s. efter endt uddannelse og eller når de har etableret sig på arbejdsmarkedet.

Privat tandlægepraksis har ikke incitament til at gennemføre den opsøgende indsats, der er nødvendig for at fastholde de unge i et regelmæssigt tandplejetilbud i den periode, hvor de unge er under vejs fra ungdomslivet til voksenlivet.

De Offentlige Tandlæger er af den opfattelse, at hovedparten af de unge kunne fastholdes i det opsøgende tandplejetilbud i den kommunale tandpleje og at overførslen til voksentandplejesystemet kunne gennemføres med større succesrate, hvis tidspunktet for overgang for de ca. 20 % af de unge, der har ansvaret for 80 % af tandsygdommene i denne aldersgruppe blev udskudt til 25 års alderen, hvor de fleste unge har afsluttet uddannelse og har gennemført store dele af etableringsfasen.



#### 4. Frit valg for de 16 + 17 årige

Fritvalgsordningen skaber usikkerhed om det kommunale serviceniveau og giver ikke fri og lige adgang til sundhedsydelser

Fritvalgsordningen er indgribende i forhold til kommunernes mulighed for selv at tilrettelægge sit serviceudbud

Fritvalgsordningen koster kommunerne over 50 % mere end behandling på kommunal klinik

Borgere kan omgå det almindelige patientklagesystem ved at anvende privatpraktiserende specialtandlæge, der kan omgøre diagnoser om manglende behandlingsindikation stillet i den kommunale specialtandpleje og tilbyde kommunalt betalt tandregulering

Fritvalgsordningen for de 0 – 15 årige blev ophævet pr. 1. januar 2013 ved en ændring af Sundhedsloven. Under det lovforberedende arbejde argumenterede De Offentlige Tandlæger for at fjerne fritvalgsordningerne helt d.v.s. også for de 16 + 17 årige, der nu som tidligere frit kan vælge at få den kommunale tandplejeydelse leveret fra privat tandlægepraksis på kommunens regning. Særligt dyre behandlinger herunder tandreguleringsbehandlinger skal dog forhåndsgodkendes af kommunerne.

Det er så her problemerne opstår:

I en opgørelse som De Offentlige Tandlæger gennemførte, viste det sig, at gennemsnitsprisen i privat praksis for tandlægearbejde herunder tandreguleringsarbejde på de 16 + 17 årige var over 50 % dyrere end gennemsnitsprisen på kommunal klinik. Fritvalgsordningen for de 16 + 17 årige griber ind i det kommunale selvstyre i relation til hvordan kommunen tilrettelægger udbuddet af kommunale serviceydelser.

I den forbindelse skal det påpeges, at en række kommunale tandplejer har været konkurrenceudsat, men at privat tandlægepraksis enten har afstået fra at give bud eller har været betragteligt dyrere end den kommunale tandplejes kontrolbud.

Tandreguleringsbehandlinger er reguleret i en bekendtgørelse, hvor de tandstillingsfejl m.v., som kan og skal tilbydes korrigeret og betalt af kommunen, er beskrevet af Sundhedsstyrelsen. Beskrivelserne kombineres med specialtandlægenes erfaring, når det afgøres om et barn eller en ung visiteres til behandling (+B), eller behandling findes at falde udenfor de af Sundhedsstyrelsen beskrevne kriterier (-B). Der er en tiltagende trafik af børn- og unge, der i den kommunale tandpleje er undersøgt og visiteret til -B, som kort efter, når de fylder 16 år, skifter til privat praktiserende specialtandlæge efter fritvalgsordningen og herefter diagnosticeres til +B. Specialtandlægen fremsender behandlingsplan og prisoverslag for behandlingen til kommunen, der efter Sundhedsministeriets regelfortolkning ikke kan sætte spørgsmålstejn ved den privat praktiserende tandlæges diagnose, men alene til prissætningen, hvis behandlingen beviseligt kan gennemføres billigere et andet sted. Det er naturligvis fagligt frustrerende for de kommunalt ansatte specialtandlæger, at den privatpraktiserende specialtandlæge

kan omgøre en diagnose og en vurdering, der har ført til konklusionen –B, uden at den kommunale specialtandlæge kan tage til genmæle. I denne forbindelse bør det nævnes, at der har været en række patientklager over kommunale specialtandlægers afgørelser, men at patienterne ikke har fået medhold i disse klager i disciplinærnævnet. De herskende tilstande umuliggør, at kommunen kan lægge et ensartet serviceniveau for borgerne.

De Offentlige Tandlæger er derfor fortsat af den opfattelse, at fritvalgssystemet for de 16 + 17 årige skal skrives ud af Sundhedsloven, så kommunerne kan tilrettelægge den mest omkostningseffektive kommunale tandpleje med et ensartet serviceniveau i forhold til borgerne, der fortsat har mulighed for at klage over de kommunale afgørelser til Patientombuddet og her få en afgørelse af, om den kommunale specialtandlæges diagnose og vurdering er korrekt i forhold til det gældende regelsæt.

## 5 Tandlægeuddannelserne, turnus og specialisering

Der uddannes for få tandlæger. Antallet af erhvervsaktive tandlæger falder med 1000 over de nærmeste 7 -10 år.

Tandlægeuddannelserne er underfinansieret primært på grund af den nødvendige klinikdrift, så der er ikke incitament til at øge optaget af studerende.

Besparelser på tandlægeskolerne over de seneste mange år betyder især forringelser på den kliniske undervisning på klinikkerne (de tandlægestuderende får mindre patientkontakt og færre muligheder for at træne såvel de diagnostiske som de håndværksmæssige færdigheder)

Det af tandlægeskolerne og tandlægeorganisationerne foreslåede turnusforløb, der skulle ligge til grund for opnåelse af retten til selvstændigt virke, blev på trods af opbakning fra Sundhedsstyrelsen aldrig gennemført som følge af manglende vilje til finansiering. Forløbet er nu uden reelt indhold.

Der er faglig enighed om, at der burde etableres mindst 6 yderligere specialistuddannelser på tandlægeområdet, men der er ikke finansiering til at etablere nye forløb til skade for patienter og fagets udvikling

Tandlægeuddannelsen tager 5 år og foregår på de sundhedsvidenskabelige fakulteter på universiteterne i København og Aarhus. Den kliniske undervisning er en integreret del af uddannelsen og den nye kandidat opnår autorisation som tandlæge. Tandlægen må dog ikke arbejde alene, men skal under supervision af en erfaren tandlæge arbejde i 1440 timer for at opnå ret til selvstændigt virke. De 1440 timer skal afvikles såvel indenfor voksentandplejen som indenfor børne- og ungdomstandplejen. Der er ikke opstillet specificerede krav til den supervision, der skal finde sted, eller på hvilke specifikke områder tandlægen skal opnå rutine. Et forslag om at beskrive dette i en egentlig turnusordning for tandlæger, som det er kendt for læger, blev udarbejdet af tandlægeskolerne og erhvervets organisationer i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Forslaget, der havde Sundhedsmyndighedernes opbakning strandede på, at det ikke var muligt at finde en finansiering af ordningen.

Tandlægeuddannelserne er stærkt underfinansieret primært på grund af den klinikdrift, som skal opretholdes for at kunne give de tandlægestuderende den nødvendige kliniske undervisning. De Offentlige Tandlæger skal på linje med de øvrige repræsentanter for Tandlægeerhvervet på det kraftigste henstille til, at tidligere tiders særbevilling til klinikdriften genindføres, så kvaliteten og omfanget af den kliniske undervisning kan genetableres. Der har på begge tandlægeskoler været gennemført sparerunder ad flere omgange de seneste 6 -8 år og situationen er ikke længere holdbar. En særbevilling til klinikdriften vil ikke på samme måde som en ændring i taksameterfinansieringen give afsmittende virkning på andre uddannelser.

På grund af den kraftige underfinansiering er der ikke noget incitament for de sundhedsvidenskabelige fakulteter til at forøge optagelsestallet på tandlægeuddannelserne. Sundhedsstyrelsens udbudsprognose viser at der over de næste 10 år vil blive 1000 færre erhvervsaktive tandlæger i Danmark med det nuværende studenteroptag på de to uddannelsesinstitutioner. På trods af Sundhedsstyrelsens og erhvervets anmodninger om at øge optagelsestallet er dette forblevet uændret til svagt faldende over de seneste år. Med udsigt til en voksende ældrebefolkning med egne naturlige tænder og et deraf forøget behandlingsbehov vil der komme en ikke ubetydelig mangel på tandlæger indenfor ganske få år.

I Danmark findes for tiden to specialer indenfor tandlægefaget. Specialtandlæger i ortodonti (tandregulering) samt specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi. Sundhedsstyrelsen har gennem 2012 og 2013 gennemført en analyse af behovet for specialistuddannelser på tandlægefagets fagområder. Sundhedsstyrelsen fandt, at der på 6 ud af 10 definerede fagområder var behov for etablering af specialistuddannelser. Sundhedsstyrelsen foretog i samarbejde med repræsentanter for uddannelsesinstitutioner og aftagere en prioritering af specialerne ud fra en overvejelse om, at der næppe var økonomi til at gennemføre specialistuddannelser på alle områder samtidig. Pædodontispecialet fik i denne prioriteringsrunde den højeste prioritet.

De Offentlige Tandlæger foreslår derfor:

- at optagelsestallet på tandlægeskolerne allerede fra i år øges betydeligt,
- at der på den kommende finanslov findes penge til at genindføre en særbevilling til klinikdriften på de odontologiske institutter i København og Aarhus,
- at der findes midler til etablering af en egentlig et årig turnusordning for nyuddannede tandlæger,
- at der findes midler til at påbegynde specialistuddannelsen i pædodonti.

## **Bilag 1: Uddybende materiale om Herlev-modellen**

### **Beskrivelse af Herlevmodellen:**

#### **Voksentandpleje i kommunalt regi**

Forsøgsordning under Herlev Kommunes Sundhedsafdeling

#### **Baggrund:**

Kommunalbestyrelsen tiltrådte i 1992 en af sundhedsministeren godkendt forsøgsordning med et supplerende kommunalt tandplejetilbud til Herlev Kommunes kontanthjælpsmodtagere, helbredsbedingede pensionister og alderspensionister. Beslutningen om at igangsætte forsøgsordningen blev taget på baggrund af en generel viden om at netop disse befolkningsgrupper hører til dem, der har den mindste udnyttelse af tandplejesystemet, den ringeste tradition for forebyggende tandpleje samt den dårligste tandstatus

#### **Formål:**

Formålet med forsøgsordningen er at etablere et alternativt tandplejesystem, der er kommunalt organiseret og tilpasset målgruppernes specifikke behov. Der er fokus på det forebyggende og opfølgende arbejde gennem tværfagligt samarbejde og, at tandplejetilbuddet er let tilgængeligt.

#### **Målgruppe:**

Deltagere i ordningen er kontanthjælpsmodtagere, helbredsbedingede pensionister og aldersbedingede pensionister, der er berettiget til tilskud til tandbehandling fra kommunen, i henhold til Lov om aktiv socialpolitik § 82 og Lov om social pension § 14.

#### **Forløb:**

Der laves opfølgende arbejde i form af artikler i lokalblade, plakater og pjecer på bibliotek, pensionistklubber, væresteder m.m. Der leveres skriftlig og mundtlig information fra sagsbehandler ved første kontakt med Social- og Sundhedsforvaltningen. Af 3 borgere fra målgruppen vælger de to at modtage tandbehandling på private tandklinikker og en vælger at benytte sig af det alternative kommunale tandplejetilbud. De borgere, der vælger det kommunale tandplejetilbud er ofte de svageste i målgruppen. Uanset hvor borgeren behandles er det under de samme økonomiske vilkår. Tandplejetilbuddet omfatter regelmæssige undersøgelser efter behov, individuel profylakse og behandling i den udstrækning, det skønnes fagligt nødvendigt og ønskeligt

#### **Evaluerings:**

Ved forsøgsordningens start i 1992 blev der gennemført en baselineundersøgelse, og i 1998 blev denne fulgt op af en evalueringsundersøgelse. I begge undersøgelser, der blev gennemført af Københavns Tandlægeskole, indgik en klinisk del og en spørgeskemadel. Evalueringen viste bl.a.:

- Tilslutningen til regelmæssig tandpleje var steget fra 33 % i 1992 til 67 % i 1998
- Der kunne konstateres en forbedring i mundsundhed målt ved mindre ubehandlet caries, færre tandkøddssygdomme og en bedre protesestatus
- Tab af tandvæv begrænses, så behandlinger fremover bliver mindre omfattende og billigere
- Der var stor tilfredshed med ordningen blandt brugerne. At blive fri for tandsmerter, at få et fungerende tandsæt og at se socialt acceptabel ud angives af borgerne til at have en meget stor effekt på livskvaliteten
- Tandplejepersonalet oplever forsøgsordningen som en faglig og menneskelig spændende og udfordrende og meningsfyldt opgave
- Forsøgsordningen omfatter også de borgere der vælger at få foretaget tandbehandling hos de private tandlæger og der er et fint samarbejde de to sektorer imellem

#### **Økonomi:**

Den Kommunale Voksentandpleje i Herlev arbejder på lige fod med deres privatpraktiserende kolleger efter sygesikringens overenskomst.

De specifikke årsregnskaber for den kommunale tandpleje har vist, at der gennem årene stort set har

været balance mellem udgifter og indtægter. Derudover er udgifter til de meget omfattende og dyre tandbehandlinger faldende, idet flere borgere nu går regelmæssigt til tandlæge.

**Konklusion:**

Sammenfattende kan siges at forsøgsordningen har været en social og sundhedsmæssig gevinst, idet det gennem en opsøgende indsats, en tilpasning af det eksisterende voksentandplejesystem samt et tæt samarbejde med de lokale privatpraktiserende tandlæger er lykkedes at give et tandplejetilbud, som også de svageste kan og vil bruge.

Ordnningen i Herlev Kommune er en forsøgsordning, og det vil kræve en lovændring, hvis ordningen skal permanentgøres

**Omkostningerne ved ordningens udbredelse til alle landets kommuner er af Sundhedsministeriet opgjort i svar til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg efter ønske fra Enhedslistens Stine Brix:**

**Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg**

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 25. maj 2012 stillet følgende spørgsmål nr. 619 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares endeligt. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Stine Brix (EL).

**Spørgsmål nr. 619:**

"Ministeren bedes vurdere omkostninger og besparelser for det offentlige (fordelt på kommune, region og stat) ved udbredelse af Herlev-modellen hvor en tværfaglig og opsøgende tandpleje sikrer at alderspensionister, førtidspensionister og kontanthjælpsmodtagere modtager regelmæssig, billig/vederlagsfri tandpleje."

**Svar:**

På baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik og Herlev Kommune anslås, at en udbredelse modellen fra Herlev, hvor kommunen via en opsøgende indsats gør borgerne opmærksomme deres muligheder for tilskud til tandpleje efter de sociale regler samt giver borgerne mulighed for at vælge at modtage tandpleje på kommunal klinik i stedet for i privat praksis, vil medføre offentlige merudgifter på i alt 309 mio. kr. om året (2010-niveau), som skønnes at fordele sig mellem hhv. kommuner, regioner og stat på flg. måde:

Myndighed	Merudgifter (i mio. kr.)
Kommuner	142
Regioner	25
Stat	142
I alt	309

Der er i beregningerne ikke taget højde for evt. bruttobesparelser for det offentlige, som kunne følge af, at en udbredelse af tandplejetilbuddet i Herlev Kommune på længere sigt muligvis vil forebygge behovet for større tandbehandlinger. En sådan bruttobesparelse vurderes dog som meget begrænset, eftersom tilskudsstrukturen langt overvejende prioriterer forebyggende tandpleje

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Tue Schou Pedersen

### En patienthistorie:

Ulla er 69 år gammel da hun i efteråret 2001 sidder i venteværelset på Hjortespring skole, i det nordlige Herlev. Hun har sin søster med, hvis hånd hun knuger. Da jeg kalder hende ind, græder hun stille. Ulla har ikke været til tandlæge i rigtig mange år. Hun fik sidst hun var til tandlæge fjernet to tænder og det gjorde ondt. Siden er gået mange år med smerter fra andre tænder, men manglende mod og økonomi til at få gjort noget ved det. Tyggefunktionen er langsomt blevet dårligere. Ulla har svært ved at tygge almindelig mad og kan slet ikke bide noget af med fortænderne, for der er kun nogle sorte stumper tilbage. Ulla har tabt sig 10 kilo i løbet af det sidste år, for hun spiser næsten kun yoghurt. Desuden synes hun at hun ser grim ud med de sorte fortandsstumper, og hun vil helst ikke ud. Hun vil heller ikke være sammen med familien mere, for hun er flov over hvordan hun ser ud. Ullas søster, Kirsten, har for nylig haft Ulla med på Tandlægeskolen i København, for at se om de kunne hjælpe Ulla. Men på Tandlægeskolen vurderede man at behandlingen var for stor at magte for en studerende. Efterfølgende kontaktede Kirsten Ullas sagsbehandler i Herlev kommune og fik der oplyst at Ulla var berettiget til et økonomisk tilskud til tandbehandling fra kommunen, og at hun kunne vælge frit om hun ville gå i en privat tandklinik eller på en kommunal klinik.

Nu sidder Ulla på Hjortespringskolens tandklinik.

Det er svært at komme i gang. Ulla er meget bange og flov. Men efter at have talt længe tager vi nogle røntgenbilleder af Ullas mund og tager nogle aftryk af de tænder og stumper, der er tilbage. Vi taler om tandbørstning, som er svær at gøre for Ulla, fordi der er så mange steder inde i munden der gør ondt. Og vi taler om hvor godt det bliver når Ulla igen kan spise rigtig mad og få det bedre. Specielt taler vi om den flæskesteg med sprød svær som Ulla ifølge sin søster er rigtig god til at lave - men som hun ikke har lavet meget længe fordi hun ikke selv kan spise den.

Næste gang Ulla kommer, har jeg lagt en plan for hvilke tænder der kan repareres og hvilke der skal erstattes af proteser. Vi går langsomt frem. Får allerførst gjort noget ved de tænder der gør ondt. Det hjælper meget. Går så i gang med at restaurere Ullas hjørnetænder, som bliver de vigtigste til at bærer de nye proteser. En af dem skal have en krone på. Løbende taler vi om god mundhygiejne og Ulla bliver meget hurtigt god til at børste tænder og bruge tandstikker og små børster imellem tænderne.

Lige efter jul kommer den store dag hvor vi skal fjerne de sidste stumper og sætte de to nye proteser ind. De sidste gange på klinikken er Ulla kommet selv, men i dag har hun igen taget sin søster Kirsten med.

De næste dage holder vi tæt kontakt og retter lidt til, så proteserne ikke gnaver. Tænderne er stadig meget fint rene når Ulla kommer og det samme er de nye proteser. Efter 1/2 år har gummerne sat sig og vi kan nu endeligt tilpasse proteserne til gummerne.

De første 1 1/2 år efter behandlingen så vi Ulla hvert 1/2 år til kontrol af mundhygiejnen og tandsundheden og evt. til tandrensning, hvis det var nødvendigt. Nu ser vi Ulla en gang om året og hun har stadig meget rene tænder og proteser hver gang og har ikke haft huller eller behov for behandling.

Og jeg har fået Ullas opskrift på flæskesteg med sprød svær

## **Bilag 2: Serviceeftersynets konklusioner og anbefalinger med De Offentlige Tandlægers bemærkninger**

### **Konklusioner**

Overordnet kan det ud fra gennemgangen af omsorgstandplejen konkluderes, at de nuværende bestemmelser i selve Sundhedsloven samt tandplejebekendtgørelsen er dækkende i forhold til at sikre målgruppen den tandbehandling, der er nødvendig.

**Bemærkning:** Dette er formentlig rigtigt, men i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 10128 af 30. juni 2006 om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje m.v. beskrives indsatsen i omsorgstandplejen som overvejende henholdende og palliativ. (*Citat fra vejledningens pkt. 2.4 om Tandplejens indhold: Omsorgstandplejen skal gennem opsøgende, regelmæssige undersøgelser, forebyggende foranstaltninger og behandlinger medvirke til at fremme den enkeltes samlede sundhed og trivsel. Tandplejebehovet hos målgruppen er overvejende af henholdende eller palliativ karakter, og det dækkes som regel af de ydelser, der i øvrigt er dækket af helbredstillæg i pensionslovgivningen (dvs. aftagelig protetik / ydelser, til hvilke der gives offentligt tilskud i privat tandlægepraksis).* Her må beskrivelsen nødvendigvis tilrettes, så omsorgstandplejetilbuddet bliver opsøgende, sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende, så indholdet svarer til det behov som målgruppen har. I den forbindelse skal det bemærkes, at hovedparten af de ældre har bevaret et meget stort antal egne naturlige tænder, som skal vedligeholdes, hvilket er en af konklusionerne nedenfor. Når det er vigtigt at vejledningsteksten tilrettes, så skyldes det, at vejledningen er Sundhedsstyrelsens autoritative udlægning / fortolkning af den eksisterende lovgivning og derfor er af bindende karakter for kommunerne.

Alle, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud (omsorgstandpleje) har således en lovfæstet ret til at anvende omsorgstandplejen. Alligevel kan det konstateres, at den aktuelle tilslutning til omsorgs-tandplejen er lav i forhold til estimeringen af den potentielle målgruppe for omsorgstandpleje (helt op til 62 % lavere end målgruppen, afhængig af det anvendte målgruppeestimat og den forventede tilslutningsandel).

Der kan være en række årsager til dette, og gennemgangen viser bl.a., at:

- Visitation til omsorgstandplejen foretages af forskellige typer personalegrupper i kommunerne, og det er uklart, hvordan de kommunale visitatorer opnår relevante kvalifikationer til visitation. Der er desuden forskellige visitationstilgange i kommunerne – nogle kommuner anvender kommunale visitatorer, og andre visiterer automatisk beboere i f.eks. plejeboliger ind i omsorgstandplejen. Det er kun halvdelen af kommunerne, der har skriftlige visitationsprocedurer. Dette kan føre til, at de kommunale visitatorer ikke i tilstrækkelig grad er opmærksomme på at visitere de relevante borgere til omsorgstandpleje.

**Bemærkning:** Det er et problem, at de kommunale visitatorer i overvejende grad har deres udgangspunkt i den sociale sektor. Dette skyldes, at den sociale lovgivning og sundhedslovgivningen baserer sig på to forskellige principper. De sociale love har som udgangspunkt, at borgeren er uden retskrav på hjælp. Sundhedslovgivningen har som udgangspunkt, at borgeren har et retskrav på sundhedsydelserne herunder omsorgstandpleje, hvis kriterierne for at modtage tilbuddet er til stede. De kommunale visitatorer synes at lægge principperne fra den sociale lovgivning til grund, også når de visiterer efter sundhedslovgivningen.

- Kommunerne er ikke opsøgende i informationen til borgerne omkring tilbuddet om omsorgstandpleje. Dette kan være medvirkende til, at kendskabet til ordningen er lavt, samtidig med, at det synes at være et dilemma, at patienterne selv skal opsøge omsorgstandplejen, når



de oftest ikke selv er i stand til dette.

Overordnet kan det synes vanskeligt for kommunerne at indkredse borgere i målgruppen og få visiteret dem ind til omsorgstandpleje på et hensigtsmæssigt tidspunkt i relation til begyndende funktionsnedsættelse. Hertil kan tilføjes, at:

- Manglende muligheder for henvisning til omsorgstandpleje fra andre dele af sundhedsvæsenet kan medvirke til at svage ældre falder ud af tandplejesystemet ("drop out").

**Bemærkning:** Det vil være helt naturligt at åbne op for at andre sundhedspersoner, der kommer i kontakt med den ældre, kan visitere borgeren til omsorgstandpleje. Det er imidlertid både usikkert og utilstrækkeligt. Vi foreslår derfor, at man anvender regionernes database over sygesikringstilskud. Hvis en + 65 årig borger ikke har modtaget sygesikringstilskud til tandlæge de seneste 24 måneder, så skal den kommunale visitation opsøge borgeren for at sikre, at borgeren fortsat er i stand til at vedligeholde en god mundhygiejne og dermed undgå lungeinfektioner m.v. samt tage stilling til, om borgeren er berettiget til omsorgstandplejetilbuddet. Det er vigtigt at sikre at de ældre medborgere vedligeholder en god mundhygiejne, da der ellers kommer andre følgesygdomme, som kræver indlæggelse (lungeinfektioner, iskæmisk hjertesygdom m.v.) eller langvarig medicinsk behandling ligesom tandsættet eroderer, hvilket vil kræve dyre restaurerende behandlinger, som kunne være undgået ved den tidlige opsporing.

Gennemgangen viser også, at:

- Erfaringer peger på, at mundhygiejnen for beboere i ældre- og plejeboliger er utilstrækkelig, og at pleje af tænder og mund ikke er et særligt fokusområde for Sundhedsstyrelsens plejehjemstilsyn.
- Det ændrede sygdomsmønster hos personer, der visiteres til omsorgstandpleje kræver en reorientering af tilbuddet om omsorgstandpleje. Det fremtidige tandplejebæbehov for de ældre i omsorgstandplejen vil i højere grad være centreret omkring forebyggende samt reparativ- og vedligeholdende tandpleje af egne tænder end tidligere.

**Bemærkning:** Sundhedsstyrelsen begrunder her, hvorfor teksten i ovennævnte vejledning nødvendigvis må omskrives jf. ovenfor.

- Mobil tandbehandling i eget hjem medfører problemer med overholdelse af arbejdsmiljølovgivningen og kvalitetssikring af de udførte behandlinger.

**Bemærkning:** Det øgede behandlingsbehov hos borgere med egne naturlige tænder forudsætter behandling på specialindrettet klinik, hvor patienten kan forflyttes med loflift m.v..

## **Anbefalinger**

Ud fra ovenstående har arbejdsgruppen udarbejdet en række anbefalinger, som både vil kunne styrke kendskabet og udbredelsen af omsorgstandplejen, og samtidig hæve kvaliteten i ordningen. Således kan arbejdsgruppen anbefale, at:

- Visitationspraksis i kommunerne undersøges, og at Sundhedsstyrelsen i forlængelse heraf udarbejder en vejledning for visitation til omsorgstandpleje, herunder henvisningsmuligheder til omsorgstandpleje.

**Bemærkning:** Det er helt fint at undersøge og udforme vejledning, men det vigtigste, nemlig, at der i fælles sprog (grundlaget for tildeling af ydelser fra hjemmepleje og hjemmesygepleje) indarbejdes krav om, at der skal tages særskilt stilling til ydelse af hjælp til opretholdelse af god mundhygiejne (tandbørstning), som en del af den personlige pleje, samt at der skal tages særskilt stilling til, om de kriterier, der ligger til grund for henvisning til omsorgstandplejetilbuddet, er til stede.

- Beboere i ældre- og plejeboliger med mange hjælpeforanstaltninger bør have en individuel

mund- og tandplejeplan udarbejdet i samråd med tandlæge/tandplejer og at den kommunale omsorgstandplejes kompetencer bør anvendes ved generel styrkelse af mund- og tandpleje hos beboere i ældre- og plejeboliger.

**Bemærkning:** Dette gælder også for borgere i eget hjem – og vurderingen bør ske tidligt f.eks. når der ikke har været trukket sygesikringsydelse i de seneste 24 måneder for den + 65 årige som tidligere anført.

- Der sikres en indsats for bedre sundhed gennem omsorgstandpleje, som bør prioritere det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Ud over at forebygge tand- og mundsygdomme gennem en god mundhygiejne, vil det have betydning for forebyggelsen af en mangelfuld diabeteskontrol og forebyggelsen af kroniske betændelsessygdomme som f.eks. lungebetændelse.

**Bemærkning:** Manglende mundhygiejne giver anledning til mange indlæggelser og genindlæggelser som følge af lungebetændelser (ca. 10 % af lungebetændelserne på danske plejehjem). Der dør 100 – 200 ældre om året på grund af lungebetændelse som følge af dårlig mundhygiejne.

- Sundhedsstyrelsen udarbejder vejledning for mobil tandpleje i eget hjem og undersøger tilgængeligheden af specialindrettede tandklinikker i kommunerne samt forhold vedr. transport og ledsagelse til tandplejetilbuddet

**Bemærkning:** Det er tid til at handle ved at stille krav om, at kommunerne skal indrette en eller flere specialklinikker ligesom borgerne skal have ledsaget transport til behandling på disse klinikker. Ledsageren skal kunne forflytte borgeren med de lifte, der er installeret på specialklinikken.

- Sundhedsstyrelsens plejehjemstilsyn vedr. visitation til omsorgstandpleje og mund- og tandpleje for beboere i pleje- og ældreboliger styrkes, bl.a. ved at der udarbejdes et målepunkt vedr. anvendelse af omsorgstandpleje.

**Bemærkning:** Der bør være et målepunkt om mundpleje. 80 % af danske plejehjemsbeboere har behov for hjælp til tandbørstning. Kun 10 % får det.

- Der foretages registrering af tandsundheden for patienter i omsorgstandplejen i Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register SCOR med henblik på fremtidig planlægning og evaluering af omsorgstandplejen.

Afslutningsvist kan det bemærkes, at det bør overvejes, at analysere, om eller hvilke faglige, økonomiske eller organisatoriske fordele, der kunne være ved en sammenlægning af omsorgstandplejen og specialtandplejen, herunder, hvorledes en sådan sammenlægning eventuelt kan foretages – særligt set i lyset af, at den kommunale administration af omsorgstandplejen og specialtandplejen allerede nu, i et vist omfang, synes at ske samlet.

**Bemærkning:** Der er ikke behov for analyse, men for handling. De to områder er organiseret samlet i de fleste af landets kommuner. For at undgå spekulation ved visitationen i, at der er forskellig brugerbetaling i omsorgstandplejen og specialtandplejen, bør der tages politisk initiativ til at ensrette brugerbetalingen.

## Bilag 3: Faktaark fra ”Bedste skal ha’ børstet tænder”

### Faktaark om mund og tænder hos plejehjemsbeboere

Vidste du?

1. At **to ud af tre** ældre på plejehjem har naturlige tænder
2. At **over halvdelen** af alle ældre på plejehjem har huller i tænderne
3. At **halvdelen** af de ældre på plejehjem har gener fra munden, der påvirker deres livskvalitet
4. At **de fleste** beboere på plejehjem har en særlig høj risiko for at få huller i tænderne, fordi de er tørre i munden pga. medicinindtagelse
5. At **ca. 80 %** af alle ældre på plejehjem har behov for hjælp til den daglige tandbørstning, men at **under 10 %** af beboerne får den nødvendige hjælp til den daglige tandbørstning
6. At **langt de fleste** ældre på plejehjem – 90 % - vil tage i mod hjælp til tandbørstning, hvis hjælpen formidles på den rigtige måde
7. At ca. **10 %** af alle tilfælde af lungebetændelser på plejehjem kan undgås ved en tilstrækkelig mundpleje
8. At **100-200 dødsfald** årligt som følge af lungebetændelse hos plejehjemsbeboere, hvilket kan undgås ved forebyggende mundpleje
9. At mangelfuld mundpleje hos plejehjemsbeboere koster samfundet **20 -25 mio. kr. om året** alene i hospitalsindlæggelser
10. At der er en **sammenhæng** mellem dårlig mundhygiejne og udviklingen af parodontose. Parodontose mindsker muligheden for at kontrollere sukkersyge
11. At man hos svage ældre kan se **sammenhæng** mellem vægttab og problemer med tænder og mund
12. At **kommunen har pligt** til at tilbyde ældre på plejehjem tandpleje (omsorgstandpleje), hvis den ældre ikke kan benytte praktiserende tandlæge. **Dette gælder også forebyggende tandpleje**
13. At **tidlig opsporing** af mangelfuld mundhygiejne er altafgørende