



SUNDHEDSSTYRELSEN

Modernisering af omsorgstandplejen

ANBEFALINGER FOR EN STYRKET FOREBYGGELSE, BEHANDLING,
VISITATION OG ORGANISERING

2016

Modernisering af omsorgstandplejen

© Sundhedsstyrelsen, 2016.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Emneord: Omsorgstandpleje, tandpleje, organisering, mobiltandpleje, visitation, mundpleje, forebyggelse, tandbehandling

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 04.10.2016

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
oktober 2016.

Elektronisk ISBN:
978-87-7104-783-7

Indhold

1	Introduktion	5
1.1	Baggrund	5
1.2	Formål	6
1.3	Målgruppe	6
2	Sammenfatning af anbefalinger	7
2.1	Visitation til omsorgstandpleje	7
2.2	Forebyggelse i omsorgstandplejen	8
2.3	Behandling i omsorgstandplejen	9
2.4	Sammenlægning af tilbud om omsorgs- og specialtandpleje	9
2.5	Registrering af tandsundhed i omsorgstandplejen	9
3	Omsorgstandpleje, formål og organisering	10
3.1	Omsorgstandplejens formål og indhold	10
3.2	Organisering af omsorgstandplejen	10
4	Visitation til omsorgstandpleje	11
4.1	Lovgrundlag for visitation til omsorgstandpleje	11
4.2	Opsøgende aktiviteter i kommunerne i forhold til omsorgstandpleje	11
4.3	Henvisning fra andre dele af sundhedsvæsenet til omsorgstandpleje	12
4.4	Analyse af kommunernes visitation til omsorgstandpleje	13
4.5	Kriterier for visitation til omsorgstandpleje	15
5	Forebyggelse i omsorgstandplejen	17
5.1	Forebyggelse i den kommunale omsorgstandpleje	17
5.2	Mundhygiejne hos borgere i ældre- og plejeboliger	17
5.2.1	Tilsyn med hjælp til tand-og mundpleje i ældre- og plejeboliger	19
6	Behandling i omsorgstandplejen	20
6.1	Behandling på tandklinik kontra behandling i eget hjem	20
6.1.1	Fordele ved tandpleje i borgerens eget hjem	20
6.1.2	Begrænsninger ved behandling i borgerens hjem	20
6.2	Tilgængeligheden af specialindrettede tandklinikker og transportordninger til omsorgstandpleje	23
6.3	Behandling i narkose	23
7	Sammenlægning af tilbud om omsorgs- og specialtandpleje	25

7.1	Omsorgs- og specialtandplejens personkreds	25
7.1.1	Omsorgstandplejens personkreds	25
7.1.2	Specialtandplejens personkreds	26
7.2	Tandproblemerne i omsorgs- og specialtandplejens personkreds	26
7.3	Omsorgs- og specialtandplejens indhold	27
7.4	Egenbetaling i omsorgs- og specialtandpleje	27
7.5	Sammenfatning	28
7.5.1	Økonomi	29
7.5.2	Administrativ forenkling	29
8	Registrering af tandsundhed i omsorgstandplejen	30
8.1	Formål	30
8.2	Tandsundhedsdata	30
8.3	Tandsundhedsindikatorer	30
9	Referenceliste	33
10	Bilagsfortegnelse	35
Bilag 1:	Kommissorium for arbejdsgruppen	36
Bilag 2:	Arbejdsgruppens medlemmer	37
Bilag 3:	Metode	38
Bilag 4:	Vejledning for visitation til omsorgstandpleje	39
Bilag 5:	Eksempel på program til implementering af individuel mundplejeplan	41
Bilag 6:	Eksempel på skema ved implementering af Individuel mundplejeplan i omsorgstandplejen	42
Bilag 7:	Påbud fra arbejdstilsynet vedr. udførelse af mobiltandpleje i landets kommuner	43
Bilag 8:	Vejledning for mobiltandpleje i eget hjem	44
Bilag 9:	Historisk gennemgang af etablering af omsorgstandpleje og specialtandpleje	45
Bilag 10:	Nøgletal omsorgs- og specialtandplejen	47

1 Introduktion

1.1 Baggrund

Som led i finanslovsaftalen for 2013 mellem den daværende regering og Enhedslisten udarbejdede Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2014 en rapport om serviceeftersyn af sundhedslovens krav til indholdet af den kommunale omsorgstandpleje (1).

Der blev i rapporten peget på, at de nuværende bestemmelser i sundhedsloven (2) og tandplejebekendtgørelsen (3) er dækkende i forhold til at sikre målgruppen den tandbehandling, der er nødvendig, men at den aktuelle tilslutning til omsorgstandplejen er lav i forhold til estimeret over den potentielle målgruppe. Endvidere var vurderingen, at kommunerne formodentlig kunne styrke den opsøgende indsats og at den relativt lave viden om og tilslutning til ordningen kunne skyldes, at ikke alle patienter i målgruppen er i stand til at søge information om omsorgstandpleje. Samtidig har aktører fra andre dele af sundhedsvæsenet begrænsede muligheder for at henvise til omsorgstandpleje, hvilket gør det vanskeligt for kommunerne at opnå kendskab til målgruppen og visitere til tilbuddet på et hensigtsmæssigt tidspunkt.

Rapporten omhandlede desuden utilstrækkelig mundhygiejnen hos beboere i ældre- og plejeboliger og der blev peget på at pleje af tænder og mund ikke er et særligt fokusområde for Sundhedsstyrelsens (nu Styrelsen for Patientsikkerheds) plejehjemstilsyn, at den ændrede tandstatus hos personer, der visiteres til omsorgstandpleje, kræver en reorientering af tilbuddet, og endelig at tandbehandling i eget hjem medfører en række udfordringer, blandt andet i forhold til behandlingskvalitet.

På baggrund af ovennævnte blev det anbefalet at:

- der udarbejdes en vejledning for visitation til omsorgstandpleje
- der udarbejdes en vejledning for mobil tandpleje i eget hjem
- tilgængeligheden af specialindrettede tandklinikker og forholdene vedrørende transport til tandpleje undersøges
- tandsundheden for patienter i omsorgstandplejen registreres i Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR) med henblik på planlægning og evaluering af omsorgstandplejen.

Efter anmodning fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse nedsatte Sundhedsstyrelsen i januar 2015 en arbejdsgruppe vedrørende modernisering af omsorgstandplejen. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

1.2 Formål

Formålet med nærværende rapport er:

- at undersøge visitationspraksis i kommunerne og udarbejde en vejledning for visitation til omsorgstandpleje, herunder komme med anbefalinger til hvordan andre dele af sundhedsvæsenet kan henvise til omsorgstandpleje, og hvordan kommunerne kan være opsøgende i forhold til tilbuddet om omsorgstandpleje og sikre at relevante borgere får kendskab til ordningen
- at undersøge tilgængeligheden af specialindrettede tandklinikker til omsorgstandplejepatienter i kommunerne samt undersøge forholdene vedrørende transport til behandling på central klinik for omsorgstandplejepatienterne med henblik på at komme med forslag til sikring af behandling på central klinik og forslag til mulige transportordninger for patientgruppen
- at udarbejde en vejledning for mobil tandpleje i eget hjem for patienter i omsorgstandplejen
- at analysere, om en sammenlægning af omsorgstandplejen og specialtandplejen vil kunne styrke de to ordninger fagligt og ressourcemæssigt
- at komme med anbefalinger til registrering af tandsundheden for patienter i omsorgstandplejen i Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR) med henblik på planlægning og evaluering af omsorgstandplejen
- at komme med anbefalinger til, hvordan en mundplejeplan kan udarbejdes og integreres i den daglige pleje og omsorg for beboere i plejeboliger med mere.

1.3 Målgruppe

Rapporten er målrettet myndigheder, planlæggere og ledere i relation til den kommunale tandpleje, som har ansvaret for at sikre planlægning og kvalitet i den kommunale omsorgstandpleje.

2 Sammenfatning af anbefalinger

Rapportens anbefalinger er sammenfattet i punktform nedenfor. De enkelte anbefalinger uddybes i de efterfølgende kapitler.

2.1 Visitation til omsorgstandpleje

Det anbefales:

- at kommunerne udarbejder og løbende vedligeholder borgerrettet informationsmateriale vedrørende kommunens omsorgstandplejetilbud og benytter kanaler, der egner sig til at nå målgruppen
- at informationsmaterialet giver fyldestgørende information om:
 - hvem der er berettiget til at få tilbudt omsorgstandpleje
 - hvor man henvender sig, hvis man ønsker visitation til omsorgstandpleje
 - omsorgstandplejens særlige tilbud om forebyggelse og vedligeholdende tandbehandling tilpasset borgere med funktionsnedsættelse
 - egenbetaling for omsorgstandplejen
 - klagemuligheder ved afslag på visitation til omsorgstandpleje
 - hvilke praktiske og organisatorisk rammer der er sat for omsorgstandplejen i kommunen, og hvilke faglige mål der efterstræbes
- at kommunerne udarbejder og publicerer retningslinjer for, hvordan øvrigt sundhedspersonale (sygehuslæger og -personale, praktiserende læger, praktiserende tandlæger, kliniske tandteknikere, praktiserende tandplejere og pårørende) kan henvise patienter til visitation til omsorgstandpleje. Retningslinjerne skal bidrage til at sikre et sammenhængende tilbud om tandpleje for personer med tiltagende nedsat førlighed og fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (bilag 4)
- at kommunerne anvender en helhedsvurdering jvf. "Fælles Sprog III" ved visitation til omsorgstandpleje (bilag 4)
- at borgere med funktionsevne 3 og 4 i "Fælles Sprog", indenfor områderne "personlig pleje", "mobilitet", eller "mental og psykisk tilstand", altid og individuelt skal vurderes med henblik på eventuel visitation til omsorgstandpleje (bilag 4)
- at kommunerne kontinuerligt evaluerer deres visitationspraksis til omsorgstandpleje fx med udgangspunkt i viden om, hvor mange borgere i kommunen der vurderes at have behov for omsorgstandplejetilbuddet. Evalueringen bør ligesom den øvrige tilrettelæggelse af visitationsopgaven ske i et samarbejde mellem visitationsfunktion, plejefaglighed og tandplejefaglighed (bilag 4)

- at kommunerne udarbejder en kvalitetsstandard for omsorgstandpleje (bilag 4), herunder:
 - beskrive kriterier for, hvornår borgere har behov for opsøgende tandplejeindsatser, fx i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg, indflytningssamtaler i plejebolig, iværksættelse af § 83a-forløb i henhold til serviceloven
 - beskrive, hvornår og hvordan der revisiteres til omsorgstandpleje – både når tandplejen vurderer, at omsorgstandplejetilbuddet ikke længere er relevant og ved ændringer i forhold, der berettiger til fornyet tilbud om omsorgstandpleje til borgeren, hvordan kommunerne skal arbejde opsøgende med henblik på rekruttering af borgere til omsorgstandplejetilbuddet (se også kapitel 4.2 om opsøgende aktiviteter).

2.2 Forebyggelse i omsorgstandplejen

Det anbefales:

- at plejepersonale i ældre og plejeboliger styrker indsatsen med daglig hjælp til mundpleje, så borgerne sikres et sundere og mere funktionsdygtigt tandsæt. Det vil samtidig medvirke til at forhindre spredning af bakterier fra mundhulen til resten kroppen og til at bevare eksisterende, faste og løstsiddende protetiske restaureringer. Der bør stræbes målrettet mod at undgå større tandbehandlinger, idet begrænset kooperationsevne og mobilitet kan gøre tandbehandling vanskelig at gennemføre og være belastende for den ældre
- at omsorgstandplejen, som en del af den generelle og individuelle forebyggelsesindsats og i tæt samarbejde med ledelse og personale i ældre- og plejeboliger samt hjemmeplejen, implementerer en individuel mundplejeplan for alle patienter i omsorgstandplejen
- at omsorgstandplejen i tæt samarbejde med ledelse og personale i ældre- og plejeboliger samt hjemmeplejen implementerer en individuel mundplejeplan for alle borgerne med nedsat funktionsevne og med vurderet behov for hjælp til tand- og mundpleje
- at omsorgstandplejens personale ved implementering af en individuel mundplejeplan følger særlige principper omkring tandplejens aktive tilstedeværelse i patientens nærmiljø, praktisk instruktion af omsorgs- og plejepersonale ude hos patienten og løbende monitorering af mundhygiejnen
- at omsorgstandplejen får adgang til patienternes plejelog med henblik på at sikre nødvendig tand- og mundpleje og dokumentation af denne
- at tand- og mundpleje bliver integreret i kommunernes tilsyn med plejehjem
- at kommunerne udvikler en kvalitetstandard for individuel mundpleje for borgere, der hører ind under servicelovens § 83.

2.3 Behandling i omsorgstandplejen

Det anbefales:

- at den kommunale omsorgstandpleje lokalt udarbejder en vejledning for mobiltandpleje i eget hjem på baggrund af anbefalinger i ”Sundhedsstyrelsens vejledning for mobiltandpleje i eget hjem (bilag 8)”, hvor der samtidigt gøres opmærksom på, at også anden lovgivning skal overholdes
- at der etableres et regelsæt i sundhedsloven, der sikrer transport og ledsagelse af patienter i forbindelse med kommunal omsorgstandpleje for at sikre kvalitet i undersøgelse og behandling, patientsikkerhed og arbejdsmiljøforhold i ordningen
- at der i sundhedsaftalen mellem region og kommuner i regionen, indgås aftale vedrørende tandbehandling i general anæstesi i omsorgstandplejen, og at sundhedsaftalen understøttes af rammeaftaler herfor mellem region og kommuner.

2.4 Sammenlægning af tilbud om omsorgs- og specialtandpleje

Det anbefales:

- at omsorgs- og specialtandpleje sammenlægges til et tandplejetilbud.

2.5 Registrering af tandsundhed i omsorgstandplejen

Det anbefales:

- at der indføres fire sundhedsindikatorer i omsorgstandplejen: 1 - gennemsnitlig DMFT-index, 2 - andel omsorgstandplejepatienter med en funktionel okklusion, 3 - andel tandløse omsorgstandplejepatienter, 4 - gennemsnitlig MPS-index. Det gøres obligatorisk, at kommunerne for patienter visteret til omsorgstandplejen ved første undersøgelse, og derefter i forbindelse med Statusundersøgelse, får registreret de ovenstående indikatorer, og at disse indberettes til Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR).

3 Omsorgstandpleje, formål og organisering

3.1 Omsorgstandplejens formål og indhold

Kommunerne skal ifølge sundhedslovens §§ 131-132 (2) tilbyde forebyggende og behandlende tandpleje (omsorgstandpleje) til personer over 18 år, der på grund af kronisk nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte det almindelige tandplejetilbud. Omsorgstandplejetilbuddet er målrettet personer, hvis egenomsorg er så begrænset, at de har behov for hjælp til at udføre almindelige daglige funktioner eller for egentlig pleje. Det er karakteristisk, at personkredsen har vanskeligt ved at benytte tandpleje hos praktiserende tandlæge, bevare kontinuiteten i deres tandpleje og har nedsat evne til at klare egen daglig hjemme-tandpleje og egenomsorg. Størstedelen af omsorgstandplejens personkreds bor i pleje- og ældreboliger og modtager alderspension, mens en væsentlig mindre andel består af udviklingshæmmede og sindslidende voksne uden behov for specialtandpleje (4).

Omsorgstandplejen skal gennem opsøgende og regelmæssige undersøgelser, forebyggende foranstaltninger samt behandlinger medvirke til at fremme den enkeltes samlede sundhed og trivsel. Omsorgstandplejens faglige elementer skal dermed opfattes som et samlet tandplejetilbud, og der skal sikres en kontinuitet mellem de forebyggende og behandlende aktiviteter.

3.2 Organisering af omsorgstandplejen

Kommunerne kan tilbyde omsorgstandpleje både ved offentlige klinikker og i privat tandlægepraksis/klinisk tandteknikerpraksis. Kommunerne kan indgå aftaler med regionen eller andre kommuner om varetagelse af hele eller dele af omsorgstandplejen.

Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelse (bilag 3) viser, at 77 kommuner har egne offentlige klinikker. Kun 13 kommuner har aftale med privat tandlægepraksis, 11 angiver at have en aftale med privat tandtekniker praksis og 17 har aftale med en privat leverandør af omsorgs-tandpleje. Ærø kommune har som den eneste en aftale med en anden kommune om varetagelse af omsorgstandplejen.

Der er en højere andel af de mindre kommuner (under 29.000 indbyggere), der anvender aftaler med privat tandlægepraksis, andre kommuner eller regionen om at varetage hele eller dele af omsorgstandplejen.

4 Visitation til omsorgstandpleje

4.1 Lovgrundlag for visitation til omsorgstandpleje

Visitation til omsorgstandpleje sker i henhold til sundhedslovens § 131. I Sundhedsstyrelsens vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje (4) er det uddybet, at adgang til omsorgstandplejen for personer med nedsat funktionsevne beror på en visitation i den enkelte kommune og efter en konkret individuel vurdering, svarende til principper anvendt ved visitation til fx personlig hjælp og pleje efter servicelovens kapitel 16 (5). Der er således tale om konkret visitation af den enkelte borger, uanset om borgeren er hjemmeboende eller bor i ældre- eller plejebolig.

Det er muligt at klage over en afgørelse vedrørende visitation til omsorgstandpleje til Styrelsen for Patientsikkerhed (6).

Visitation til omsorgstandpleje foregår efter sundhedsloven, uden at være en tandplejefaglig visitation og foretages efter samme principper og af det samme personale som visiterer til personlig hjælp, omsorg og pleje efter serviceloven. Visitation til omsorgstandpleje bevæger sig således mellem to lovkomplekser uden klare kriterier. Dette kan være en af årsagerne til at kommunernes visitation til omsorgstandpleje i praksis kan være forbundet med vanskeligheder.

4.2 Opsøgende aktiviteter i kommunerne i forhold til omsorgstandpleje

I henhold til tandplejebekendtgørelsen (7) har kommunalbestyrelsen pligt til at oplyse om, hvordan kommunen har tilrettelagt omsorgstandplejen.

Spørgeskemaundersøgelsen (bilag 3) viste, at kun halvdelen af kommunerne aktivt opsøger borgere i målgruppen med skriftligt informationsmateriale om omsorgstandplejetilbuddet. Kommunerne anvender oftest kommunens hjemmeside (80 pct.), trykte pjecer (46 pct.) samt forebyggende hjemmebesøg (40 pct.). Under en tredjedel af kommunerne informerer om omsorgstandplejetilbuddet til praktiserende læger, sygehuse og/eller frivillige organisationer på ældreområdet. Det borgerrettede informationsmateriale på kommunernes hjemmesider er oftest meget kortfattet og kun rettet mod dele af målgruppen. Ofte har det primært karakter af kontaktinformation. Da store dele af målgruppen ikke er vant til at tilegne sig information via elektroniske kilder og er undtaget fra kravet om at modtage elektronisk post, vurderes det imidlertid, at en kommunal hjemmeside egner sig ringe til at oplyse målgruppen om tilbuddet. Kommunerne bør derfor overveje at styrke informationsindsatsen gennem brug af øvrige kanaler, der kan supplere de elektroniske, så information bedre når ud til målgruppen. En styrkelse af informationsindsatsen kan desuden bidrage til at skabe en bedre forventningsafstemning mellem borger, pårørende, plejepersonale og tandplejen, allerede inden kontakten mellem borger og omsorgstandpleje etableres.

På den baggrund anbefales:

- at kommunerne udarbejder og løbende vedligeholder borgerrettet informationsmateriale vedrørende kommunens omsorgstandplejetilbud og benytter kanaler, der egner sig til at nå målgruppen
- at informationsmaterialet giver fyldestgørende information om:
 - hvem der er berettiget til at få tilbudt omsorgstandpleje
 - hvor man henvender sig, hvis man ønsker visitation til omsorgstandpleje
 - omsorgstandplejens særlige tilbud om forebyggelse og vedligeholdende tandbehandling tilpasset borgere med funktionsnedsættelse
 - egenbetaling for omsorgstandplejen
 - klagemuligheder ved afslag på visitation til omsorgstandpleje
 - hvilke praktiske og organisatorisk rammer der er sat for omsorgstandplejen i kommunen, og hvilke faglige mål der efterstræbes.

4.3 Henvisning fra andre dele af sundhedsvæsenet til omsorgstandpleje

Visitation til omsorgstandpleje adskiller sig fra henvisning til andre tandplejetilbud, idet visitation foretages af kommunale visitatorer efter principper anvendt i serviceloven. Borgeren visiteres således ikke fra egen tandlæge, tandplejer, læge, speciallæge eller hospital til ordningen. Borgeren kan på eget eller pårørendes initiativ anmode kommunen om at blive vurderet og ved behov blive visiteret til ordningen.

Målgruppen for omsorgstandpleje er oftest ikke selv i stand til at opsøge information om omsorgstandpleje og er afhængig af, at kommunale visitatorer identificerer, at borgeren kan have behov for et sådan tandplejetilbud. Det er derfor vigtigt, at kommunerne etablerer nye muligheder for at øvrigt sundhedspersonale (sygehuslæger og -personale, praktiserende læger, praktiserende tandlæger, kliniske tandteknikere, praktiserende tandplejere og pårørende) nemt kan henvise borgere til den kommunale visitation til omsorgstandpleje. Dette vil kunne bidrage til at hindre, at personer med tiltagende nedsat førlighed og fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse falder ud af tandplejesystemet, og at sygdomstilstande udvikler sig til mere alvorlige tandskader og tab af funktion. Videre vil det afhjælpe kommunerne i at indkredse målgruppen for omsorgstandpleje.

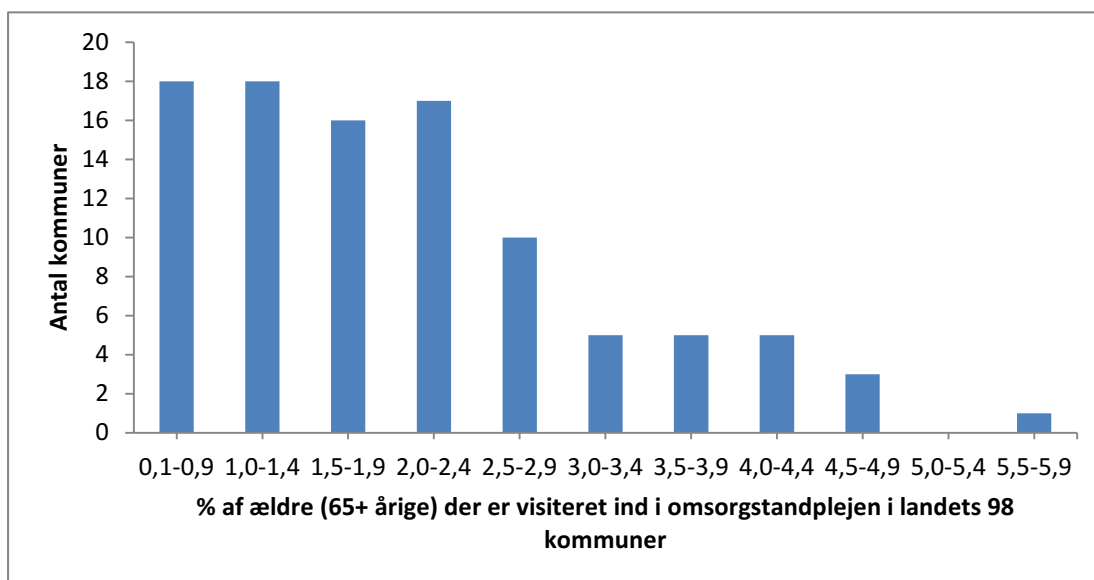
Den henvisende sundhedsperson bør være tilstrækkeligt oplyst om kommunens omsorgstandplejetilbud til at kunne informere patienten på et tilstrækkeligt niveau. En forudsætning herfor er, at kommunen sikrer, at oplysning om omsorgstandplejetilbuddet er tilgængeligt og brugbart i andre dele af sundhedsvæsenet.

På den baggrund anbefales det:

- at kommunerne udarbejder og publicerer retningslinjer for, hvordan øvrigt sundhedspersonale (sygehuslæger og -personale, praktiserende læger, praktiserende tandlæger, kliniske tandteknikere, praktiserende tandplejere og pårørende) kan henvise patienter til visitation til omsorgstandpleje. Retningslinjerne skal bidrage til at sikre et sammenhængende tilbud om tandpleje for personer med tiltagende nedsat førlighed og fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

4.4 Analyse af kommunernes visitation til omsorgstandpleje

Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelse (bilag 3) viste, at kommunerne i 2015 havde visiteret 24.726 borgere til omsorgstandpleje. I rapport fra Sundheds- og Ældreministeriet om serviceeftersyn af omsorgstandpleje (1) er den potentielle målgruppe for omsorgstandplejen estimeret til ca. 52.000-63.000 borgere. Det svarer til, at mellem 27.000 - 38.500 borgere, eller fra 52 pct. - 61 pct., af den potentielle målgruppe ikke var visiteret til omsorgstandpleje.



Figur 1. Fordelingen af landets 98 kommuner i forhold til hvor stor andel af de ældre (65+ årige) i kommunen der er visiteret ind i omsorgstandplejen

Som vist i figur 1. varierer andelen af ældre (65+) der er visiteret ind til omsorgstandpleje i landets 98 kommuner fra 0,1 pct. til 5,8 pct.

Landets fire største kommuner (København, Odense, Aalborg og Aarhus) ligger mellem 4,9 pct. til 3,0 pct., men derudover ses en betydelig variation i andelen af visiterede ældre borgere mellem kommunerne uafhængigt af kommunestørrelse. Der ses også variation mellem regionerne. Region Hovedstaden har en visitationsandel på 3,3 pct. af borgere på 65 år og derover, Region Sjælland 1,4 pct., Region Syddanmark 2,0 pct., Region Midtjylland 2,2 pct. og Region Nordjylland 2,0 pct. Der er ingen umiddelbar forklaring på de demografiske variationer i visitation til omsorgstandpleje.

På landsplan er visitationsandelen i forhold til gruppen af ældre borgere på 65 år og derover på 2,3 pct. Målgruppen af borgere til omsorgstandpleje på 52.000-63.000 borgere svarer på landsplan til en visitationsandel på 4,9-5,9 pct. af borgere på 65 år og derover.

I størstedelen af kommunerne (81 pct.) foretages visitation til omsorgstandpleje af de kommunale visitatorer, der også visiterer til kommunens øvrige tilbud efter serviceloven, dog suppleret med bistand fra plejepersonale omkring borgerne (18 pct.). Kun få kommuner (9 pct.) angiver at gøre brug af administrativt personale. Cirka 70 pct. af kommunerne angiver, at de har udarbejdet skriftlige visitationskriterier for deltagelse i omsorgstandpleje. De skriftlige visitationskriterier består dog overvejende af en tandplejefaglig beskrivelse af borgerens manglende evne til at udnytte praksisstandplejen.

Kun et fåtal af kommunerne (11,3 pct.) angiver, at der er opstillet programmer for løbende kvalitetssikring af visitationen til omsorgstandpleje. Kun få kommuner foretager således en kontrol af, om egne procedurer for visitation til omsorgstandpleje sikrer, at en hensigtsmæssig del af målgruppen visiteres.

Omkring 75 pct. af kommunerne tilkendegiver dog, at der er etableret et formaliseret samarbejde mellem visitationsenhed og omsorgstandpleje vedrørende visitation.

En egentlig kvalitetsstandard for omsorgstandpleje er udarbejdet af 63 pct. af kommunerne.

4.5 Kriterier for visitation til omsorgstandpleje

Med henblik på at opfylde omsorgstandplejens målsætning om gennem opsøgende og regelmæssige undersøgelser, forebyggende foranstaltninger samt behandlinger at fremme den enkeltes samlede sundhed og trivsel er det centralt, at visitation til omsorgstandplejen finder sted så tidligt som muligt ved begyndende funktionsnedsættelse. Funktionstab kan medføre ophør med regelmæssige tandplejebesøg, svigtende egenomsorg for mund og tænder med risiko for sygdomsudvikling, infektion i mundhulen og varige skader på tænderne.

Kommunale visitatorer bør anvende et fælles kommunikationsredskab og arbejde ud fra en ensartet begrebsramme. Dette vil være med til at styrke visitatorenes kompetencer i forhold til at identificere borgere i målgruppen. Arbejdsgruppen foreslår, at visitationskriterierne til omsorgstandpleje formuleres i de termer, der fremadrettet skal anvendes i ”Fælles Sprog III”, som er udviklet af KL (8).

I ”Fælles Sprog” version I og II er funktionsevnen graderet i fire overordnede funktionsniveauer:

Niveau 1: Borgeren kan overkomme, overskue og tage initiativ til alle funktioner.

Niveau 2: Borgeren klarer stort set at overkomme/overskue/tage initiativ til en eller flere funktioner.

Niveau 3: Borgeren har vanskeligt ved at overkomme/overskue/tage initiativ til de fleste funktioner.

Niveau 4: Borgeren er ude af stand til at tage initiativ til funktioner.

Det skønnes, at borgere med vurderet funktionsniveau 3 og 4 i ”Fælles Sprog”, i vurderingsområder ”Personlig pleje”, ”Mobilitet” eller ”Mental og psykisk tilstand” individuelt bør vurderes med henblik på visitation til omsorgstandpleje. Der bør dog altid ske en individuel visitation, således at der – ud over den generelle funktionsgruppevurdering – sker en individuel vurdering af behov for opsøgende, forebyggende og vedligeholdende tandplejeindsats i omsorgstandplejen.

På den baggrund anbefales det:

- at kommunerne anvender en helhedsvurdering jvf. ”Fælles Sprog III” ved visitation til omsorgstandpleje (bilag 4)
- at borgere med funktionsevne 3 og 4 i ”Fælles Sprog”, indenfor områderne ”personlig pleje”, ”mobilitet”, eller ”mental og psykisk tilstand”, altid og individuelt skal vurderes med henblik på eventuel visitation til omsorgstandpleje, (bilag 4)
- at kommunerne kontinuerligt evaluerer deres visitationspraksis til omsorgstandpleje fx med udgangspunkt i viden om, hvor mange borgere i kommunen der vurderes at have behov for omsorgstandplejetilbuddet. Evalueringen bør ligesom den øvrige tilrettelæggelse af visitationsopgaven ske i et samarbejde mellem visitationsfunktion, plejefaglighed og tandplejefaglighed

- at kommunerne udarbejder en kvalitetsstandard for omsorgstandpleje, herunder:
 - beskrive kriterier for, hvornår borgere har behov for opsøgende tandplejeindsatser, fx i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg, indflytningssamtaler i plejebolig, iværksættelse af § 83a-forløb i henhold til serviceloven
 - beskrive, hvornår og hvordan der revisiteres til omsorgstandpleje – både når tandplejen vurderer, at omsorgstandplejetilbuddet ikke længere er relevant og ved ændringer i forhold, der berettiger til fornyet tilbud om omsorgstandpleje til borgeren, hvordan kommunerne skal arbejde opsøgende med henblik på rekruttering af borgere til omsorgstandplejetilbuddet.

5 Forebyggelse i omsorgstandplejen

5.1 Forebyggelse i den kommunale omsorgstandpleje

De forebyggende foranstaltninger udgør en betydelig del af det samlede tandplejetilbud og adskiller sig fra privat tandlæge eller tandplejerpraksis ved at have et betydeligt element af generel populationsorienteret forebyggelse. Den generelle og individuelle forebyggelse omfatter aktiviteter, der tager sigte på at forhindre sygdomssymptomer og -tilstande i tænder, mund og kæber i at opstå og at begrænse udbredelsen af disse, hvis de allerede er opstået. En væsentlig del af forebyggelsesindsatsen er at oplyse såvel patient som omsorgspersonale om betydningen af et sundt og funktionsdygtigt tandsæt. Forebyggelsesindsatsen lægger særlig vægt på at tydeliggøre betydningen af god mundhygiejne og hensigtsmæssig kost. Endelig sigter forebyggelsesaktiviteterne mod at motivere til regelmæssig tandpleje, og patienten gives instruktion i og hjælp til daglig mundpleje (4).

Da omsorgstandplejens borgere ofte har en nedsat egenomsorg, er der i modsætning til den almindelige tandpleje behov for et udstrakt tværfagligt samarbejde mellem tandplejens personale og de øvrige personalegrupper, som i det daglige er tæt på målgruppen. Omsorgstandplejen skal samarbejde med de øvrige faggrupper i social- og sundhedsvæsenet om at tilrettelægge indsatsen, herunder de generelle sundhedsfremmende foranstaltninger. Omsorgstandplejens samarbejdspartnere er først og fremmest kommunernes social- og sundhedsforvaltningerne, som har kendskab til målgruppen og de lokale forhold. Herudover arbejdes sammen med ledelse og medarbejdere i ældre- og plejeboliger. For de hjemmeboende patienters vedkommende vil tandplejens samarbejdspartnere især omfatte hjemmeplejens personale.

5.2 Mundhygiejne hos borgere i ældre- og plejeboliger

Befolkningsundersøgelser viser, at stadigt flere ældre borgere bevarer egne naturlige tænder langt op i alderen (1). Samtidig lever mange længere og med kroniske sygdomme, der kan resultere i funktionsevnebegrænsninger. Det stiller nye krav til tilrettelæggelsen af omsorgstandplejens forebyggende tandplejeindsats, fordi tand- og mundsundhed hos ældre ikke er en isoleret problemstilling, men må ses i sammenhæng med helbred, livsvilkår og livsstil i øvrigt.

Sundhedsfremme og forebyggelse af sygdom i mund og tænder kræver først og fremmest god daglig mundhygiejne ved tandbørstning med fluortandpasta og/eller rengøring af tandprotese.

Undersøgelser viser, at mundhygiejnen hos borgere i ældre- og plejeboliger er utilstrækkelig (9). Samtidig viser undersøgelser, at ca. 80 pct. af alle borgere på et plejecenter har brug for hjælp til den daglige hjemmetandpleje (9,10). En svensk undersøgelse fandt således, at kun 7,7 pct. af borgerne fik den nødvendige hjælp (10).

Dårlig mundhygiejne hos borgere i ældre- og plejeboliger kan medføre udvikling af tandsygdomme og nedsat livskvalitet men har også indflydelse på det generelle helbred. Der er påvist sammenhæng mellem dårlig mundhygiejne og udvikling af lungebetændelse ligesom sammenhænge mellem parodontitis, diabetes og hjerte-karsygdomme er beskrevet (11,12,13).

En norsk undersøgelse konkluderede, at der var behov for uddannelse af plejepersonalet, ændrede organisatoriske strategier for at skaffe den nødvendige tid til mundpleje og håndtering af modstanden mod mundplejeindsatser hos borgerne (14). Et dansk interventionsstudie vedrørende kost, træning og mundpleje konkluderede, at social og sundhedspersonalets manglende kompetencer udgør en større barriere end borgernes modstand (15). Studiet viser yderligere vigtigheden af metodevalg i forhold til succesfuld implementering af et mundplejeprogram og peger særligt på, at der ofte er dårlig kommunikation mellem social- og sundhedspersonalet og de ældre. Endelig viser en belgisk disputats, at manglende mulighed for feed-back fra tandplejepersonalet til plejepersonalet kan være en væsentlig barriere for implementering af et virksomt mundhygiejneprogram (16).

Studier peger også på, at traditionel undervisning i mundpleje ikke i tilstrækkelig grad sætter plejepersonalet i stand til at varetage de påkrævede indsatser. Således konkluderer et litteraturreview, at der ikke kunne findes videnskabelig evidens for sammenhæng mellem mundplejeundervisning af social- og sundhedspersonale og forbedring af deres evner til rent praktisk at udføre mundpleje (17). En nyere dansk undersøgelse, viser imidlertid, at fysisk tilstedeværelse af tandplejepersonalet og praktisk oplæring af plejepersonalet har stor sundhedsfremmende effekt for beboerne i plejeboliger (9).

En undersøgelse viser også, at uhensigtsmæssig ansvarsfordeling, fravær af vejledninger og instrukser samt ringe videndeling mellem personalegrupper kan udgøre en barriere for mundplejeindsatser af høj kvalitet (18). Endelig har en undersøgelse peget på, at den ledelsesmæssige opbakning og prioritering på det enkelte plejecenter har stor betydning, blandt andet fordi mundpleje kan være ubehagelig at udføre hos beboere, der ikke ønsker indsatsen, og fordi mundpleje kræver fokus på opretholdelse af viden og kompetencer hos personalet (19).

Der vurderes, at der er behov for øget koordination mellem serviceloven og sundhedsloven på området. Tand- og mundpleje kan ikke direkte sidestilles med andre personlige plejeopgaver, fordi tand- og mundpleje – foruden selve plejen af mund og tænder – består af forebyggelse af både tandsygdomme og alment sygdomme og indsats ved behandling af særligt tandsygdommene karies og paradentose.

På den baggrund anbefales det:

- at plejepersonale i ældre og plejeboliger styrker indsatsen med daglig hjælp til mundpleje, så borgerne sikres et sundt og mere funktionsdygtigt tandsæt. Det vil samtidig medvirke til at forhindre spredning af bakterier fra mundhulen til resten kroppen og til at bevare eksisterende, faste og løstsiddende protetiske restaureringer. Der bør stræbes målrettet mod at undgå større tandbehandlinger, idet begrænset Kooperationsevne og mobilitet kan gøre tandbehandling vanskelig at gennemføre og være belastende for den ældre
- at omsorgstandplejen, som en del af den generelle og individuelle forebyggelsesindsats og i tæt samarbejde med ledelse og personale i ældre- og plejeboliger samt hjemmeplejen, implementerer en individuel mundplejeplan for alle patienter i omsorgstandplejen
- at omsorgstandplejen i tæt samarbejde med ledelse og personale i ældre- og plejeboliger samt hjemmeplejen implementerer en individuel mundplejeplan for alle borgerne med nedsat funktionsevne og med vurderet behov for hjælp til tand- og mundpleje

- at omsorgstandplejens personale ved implementering af en individuel mundplejeplan følger særlige principper omkring tandplejens aktive tilstedeværelse i patientens nærmiljø, praktisk instruktion af omsorgs- og plejepersonale ude hos patienten og løbende monitorering af mundhygiejnen
- at omsorgstandplejen får adgang til patienternes plejebog med henblik på at sikre nødvendig tand- og mundpleje og dokumentation af denne.

5.2.1 Tilsyn med hjælp til tand-og mundpleje i ældre- og plejeboliger

Ifølge servicelovens § 83 skal kommunalbestyrelsen tilbyde personlig hjælp og pleje til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. Tilbud om hjælp skal bidrage til dels at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, dels at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for hjælp, efter stk. 1, til den enkelte modtager af hjælpen. Hjælpen skal løbende tilpasses modtagerens behov (5).

I henhold til servicelovens § 151 har en kommune pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter § 83 løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunalbestyrelsen har truffet vedrørende disse bestemmelser og i henhold til kommunalbestyrelsens kvalitetsstandards, jf. § 139. Tilsynet er et fagligt tilsyn. Som led i tilsynsforpligtelsen efter § 151 stk. 1 skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg på plejehjem m.v., jf. § 192, i plejeboligbebyggelser, der er omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap, og i andre, tilsvarende boligenheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser.

Ifølge bekendtgørelsen om kvalitetsstandards for hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og træning efter servicelovens § 83 skal kommunen mindst én gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard for personlig og praktisk hjælp m.v., jf. lovens § 83 (20). Kvalitetsstandarden skal indeholde generel serviceinformation til borgerne om den hjælp, de kan forvente fra kommunen, hvis de får behov for personlig og praktisk hjælp m.v. efter § 83.

På den baggrund anbefales det:

- at tand- og mundpleje bliver integreret i kommunernes tilsyn med plejehjem
- at kommunerne udvikler en kvalitetstandard for individuel mundpleje for borgere, der hører ind under servicelovens § 83.

6 Behandling i omsorgstandplejen

6.1 Behandling på tandklinik kontra behandling i eget hjem

Sundhedsstyrelsen vejledning om organisering af omsorgstandplejen beskriver, at det ”sædvanligvis vil være nødvendigt at anvende mobilt tandbehandlingsudstyr i personernes hjem eller i umiddelbar nærhed heraf. Det forudsættes, at tandplejens personale har kendskab til og erfaring med at anvende et sådant udstyr i ikke-klinikmæssige omgivelser” (4).

En intern undersøgelse i Københavns Kommune i 2003 viste imidlertid, at under 5 pct. af omsorgstandplejens patienter havde behov for enten liggende transport eller behandling i eget hjem, mens resten af målgruppen kan transporteres til klinik enten via almindelig biltransport eller ved handicaptransport. Det vurderes, at der ikke findes valide studier, der i øvrigt dokumenterer nødvendigheden af mobilt udstyr i omsorgstandplejen.

6.1.1 Fordele ved tandpleje i borgerens eget hjem

Det har ikke været muligt at identificere hverken nationale eller internationale evalueringer af eller anbefalinger for anvendelse af mobilt tandbehandlingsudstyr i patienternes eget hjem (bilag 3). Det følgende er et resumé af Københavns Kommunes erfaringer med at yde mobiltandpleje til over 20.000 borgere gennem de sidste tyve år.

Københavns Kommune finder, at der er både fordele og ulemper forbundet med tandbehandling i borgerens eget hjem. De mest fremtrædende fordele er følgende:

- Borgeren er mere tryk i sit nærmiljø.
- Kommunikationen med borgerens øvrige omsorgs- og plejepersoner lettes.
- Kontakt til borgeren er nemmere at opnå og vedligeholde, hvilket nedbringer antallet af afbud og udeblivelser samt medvirker til hensigtsmæssig ressourceanvendelse.
- Logistiske udfordringer mindskes, fordi visse patienter dermed ikke har behov for ledsagelse og transport i forbindelse med behandling på en klinik.

6.1.2 Begrænsninger ved behandling i borgerens hjem

Der er imidlertid også en række begrænsende forhold ved behandling med mobilt udstyr i borgerens eget hjem. Det drejer sig eksempelvis om tandplejens arbejdsmiljø, patientsikkerheden, den diagnostiske kvalitet og selve kvaliteten i behandlingen.

Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelse (bilag 3) viser i forhold til tandplejens arbejdsmiljø, at Arbejdstilsynet har udstedt fire påbud i forbindelse med behandling i borgerens eget hjem (bilag 7).

BrancheArbejdsmiljøRådet har udarbejdet en vejledning om at arbejde i borgernes hjem (21). Et af hovedbudskaberne er, at der skal arbejdes systematisk med risikovurdering med en løbende APV-proces. Vejledningen beskriver også, at det kan være en udfordring at sikre et godt arbejdsmiljø, fordi ”borgeren – og pårørende kan nægte at samarbejde, de kan have særlige krav,

behov eller adfærd, eller der kan være andre ydre omstændigheder som fx dyr, pladsforhold eller hygiejne, der udfordrer arbejdsmiljøet”.

Vejledningen opridser endvidere en række dilemmaer, som stiller krav til, at arbejdspladsen formulerer en række politikker/retningslinjer om eksempelvis arbejde i et røgfylt miljø, rengøringsstandarden i hjemmet, vold og trusler, pladsforhold i behandlingssituationer, pårørendepolitik, chikane på sociale medier, seksuelt krænkende adfærd.

Det vurderes, at arbejdsmiljøkravene tilsammen udgør en stor barriere for mobil tandbehandling i borgernes eget hjem.

Det kan udgøre en risiko for patientsikkerheden, at omsorgstandplejens patienter ofte er dårligt orienteret om egen almene helbredstilstand og derfor ikke kan formidle denne viden til omsorgstandplejen. Blandt risici kan fx blødninger eller skadevirkninger som følge af medicineringsfejl mv. nævnes. Afhængigheden af disse helbredsoplysninger stiller krav til, at den almene anamnese suppleres med oplysninger fra Det Fælles Medicinkort (FMK), plejeturnalen og oplysninger fra det øvrige plejepersonale. En forudsætning herfor er adgang til fælles it-systemer fra borgerens hjem.

Endvidere kræver anvendelse af mobilt udstyr, at tandplejepersonalet er trænet i dets anvendelse, opstilling og nedpakning, men også at personalet er trænet i at opretholde infektionsbarrierer under behandlingen, så mikroorganismer ikke spredes i beklædning, apparatur og transportkasser og medbringes til de følgende patienter. Risikoen for spredning af mikroorganismer bliver stadig mere kritisk på grund af øget forekomst af antibiotikaresistente bakterier (fx MRSA, ESBL clostridium difficile etc.) blandt de patientgrupper, som omsorgstandplejen omfatter. Og forhindring af smitte mellem patienter kræver kompetencer, som kan være svære at opnå og opretholde blandt personalet, fordi omsorgstandpleje i borgernes eget hjem i mange kommuner kun udgør en lille andel af den samlede opgavemængde.

Det medbragte udstyr, som genanvendes i løbet af dagen – fx den mobile unit – skal desinficeres mellem patienterne. Desuden skal kontamineret og rent instrumentarium holdes adskilt både under behandling og ved transport. Endelig skal kontamineret engangsmateriale og biologiske vævsrester kunne bortskaffes i hjemmet eller medbringes til bortskaffelse ved hjemkomst til klinik.

Der kræves adgang til el-stik med trefaset strøm (jord), så risiko for uheld ved elektrisk overgang i det medbragte udstyr minimeres. Der skal være udarbejdet beskrivelse af anvendelsen af udstyr, og der skal være krav om, at der – foruden det primære udstyr – medbringes udstyr, som kan anvendes i akut opstående situationer, fx ved anafylaktisk chok, respirationsinsufficiens og hjertestop. Dertil skal der være adgang til arbejdspladsanvisninger ved uheld med materialer, apparater og instrumenter, og der skal være mulighed for at tilkalde hjælp.

Sundhedsstyrelsen har beskrevet de standardundersøgelser, som bør foretages i tandplejen i forbindelse med regelmæssig tandpleje (22). Disse undersøgelser er ligeledes centrale for opretholdelsen af den *diagnostiske kvalitet* i omsorgstandplejen. Klinisk erfaring viser, at det i mange tilfælde vil være nødvendigt at foretage røntgenundersøgelse i forbindelse med diagnosticering af tandsygdom hos patientgruppen.

I det omfang der er givet dispensationer med hensyn til anvendelse af transportabelt røntgenudstyr i omsorgstandplejen, er dispensation kun givet til anvendelse af enkeltoptagelser i forbindelse med symptomgivende tilstande.

Diagnostiske undersøgelser bør som udgangspunkt foretages på en klinik med de nødvendige muligheder for røntgendiagnostik. Dog vil tandløse patienter og patienter med et meget reduceret tandsæt stadig kunne undersøges uden røntgen ligesom fokuserede undersøgelser ofte vil kunne foretages uden røntgen.

Det var ikke muligt at identificere undersøgelser, der belyser, hvor høj diagnostisk kvalitet, der kan opnås med de transportable lyskilder, der anvendes ved tandbehandling med mobilt udstyr i borgerens eget hjem. Det er imidlertid den kliniske erfaring, at både lysets intensitet og kvalitet (det er ofte blåfarvet) er væsentlig ringere end ved anvendelse af en konventionel operationslampe. Derfor må det forventes, at de mobile lyskilder generelt medfører en ringere diagnostisk kvalitet. Endvidere spiller korrekt lejring af patienten en afgørende rolle for, om lyskilden kan udnyttes optimalt. Undersøgelse på en klinik eller anden facilitet, der rummer en operationslampe og mulighed for korrekt lejring af patienten, må derfor foretrækkes, såfremt det er muligt.

Om tandpleje finder sted på klinik eller i patientens eget hjem kan influere på *Kvaliteten i behandlingen*. Det er fx velkendt, at såvel trefunktionssprøjte som dentalsug er væsentligt ringere i de mobile tandplejeunits. Risikoen for mangelfuld tørlægning ved fyldningsbehandling er derfor betydelig, hvorfor der ved behandling i borgerens eget hjem bør vælges fyldningsmaterialer med lav metodefølsomhed, fx specielle glasionomertyper eller provisoriske fyldningsmaterialer, som ellers normalt ikke anbefales som første valg, og som er uegnede til større restaureringer (23). Sølvamalgam er ikke en mulighed på grund af problemer med opsamling af amalgamaffald i forbindelse med hjemmebehandling. På grund af manglende adgang til røntgen vil endodontisk behandling, kirurgi og de fleste ekstraktioner ikke kunne foretages i eget hjem, og fast protetik er ikke en mulighed, da aftrykstagnung hertil kræver en grad af tørlægning som sjældent kan opnås. Sidstnævnte gælder især ved patienter, som hurtigt udtrættes og/eller som viser nedsat kooperationsevne. Fast protetik bør tillige forudgås af røntgenoptagelse, som ofte ikke er tilgængelig.

Det mobile udstyr udgør ikke på samme måde en barriere i forhold til behandling med aftagelig protetik. Det forklarer muligvis tidligere anbefalinger fra den tid, hvor op mod 80 pct. af alle patienterne i omsorgstandplejen var tandløse. En nylig fortaget undersøgelse af plejehjemsbeboere i København viser, at kun ca. en tredjedel af plejehjemsbeboerne i dag er tandløse (9).

Denne forandring i målgruppen har stor betydning for, hvordan mobiltandpleje i eget hjem bør tilrettelægges, fordi der er meget store begrænsninger i forhold til, hvilke undersøgelser og behandlinger der kan tilbydes, uden det sker på bekostning af behandlingskvaliteten.

På baggrund af de skitserede begrænsninger for udførelse af mobiltandpleje i eget hjem anbefales det:

- at den kommunale omsorgstandpleje lokalt udarbejder en vejledning for mobiltandpleje i eget hjem på baggrund af anbefalinger i ”Sundhedsstyrelsens vejledning for mobiltandpleje i eget hjem (bilag 8)”, hvor der samtidigt gøres opmærksom på, at også anden lovgivning skal overholdes.

6.2 Tilgængeligheden af specialindrettede tandklinikker og transportordninger til omsorgstandpleje

Kommunerne tilbyder omsorgstandpleje i henhold til sundhedsloven. Imidlertid er der i henhold til sundhedsloven samt bekendtgørelse om befordring og befordringsgodtgørelse ikke hjemmel til befordring til tandlæge eller tandplejere for omsorgstandplejepatienter (24).

Kommunerne kan bevilge handicapkørsel i henhold til Bekendtgørelse af lov om trafikskoler § 11 det er dog op til den enkelte kommune at beslutte om dette ligeledes omfatter kørsel til behandling hos tandlæge (25).

Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelse (bilag 3) viste, at 75 kommuner ikke finansierer omsorgstandplejepatienternes transport til undersøgelse og behandling på klinik. Kun 8 kommuner kræver en delvis egenfinansiering, og 9 kommuner betaler helt for transporten. Der er 49 kommuner, der mener, at udgift til transport er en hindring for at kunne tilbyde omsorgstandpleje på central klinik.

I forhold til ledsagelse er der i alt 64 kommuner, der mener, at dette er en hindring for, at kommunen kan tilbyde omsorgstandpleje på central klinik. Det skyldes blandt andet, at der ofte er brug for ledsagere, der er uddannet til at foretage løft og forflytning af patienterne til behandlingsleje. Særligt borgere med demens har brug for en ledsager, der kender borgeren, og som derfor kan skabe tryghed i behandlingssituationen og afgive oplysninger på patientens vegne.

På den baggrund anbefales det:

- at der etableres et regelsæt i sundhedsloven, der sikrer transport og ledsagelse af patienter i forbindelse med kommunal omsorgstandpleje for at sikre kvalitet i undersøgelse og behandling, patientsikkerhed og arbejdsmiljøforhold i ordningen.

6.3 Behandling i narkose

En mindre del af omsorgstandplejens patienter vil have behov for behandling i generel anæstesi. Patientgruppen kan imidlertid være vanskelig at udrede, ligesom patienterne ofte indtager megen medicin. Da patienterne tillige er kendetegnet ved en flerhed af funktionsnedsættelser, er risikoen for komplikationer under generel anæstesi større end for normalbefolkningen. Såfremt den almenmedicinske udredning af patienten er vanskelig, udføres behandling i generel anæstesi mest sikkert og hensigtsmæssigt på sygehus med de nødvendige back-up funktioner.

Behandling i generel anæstesi på sygehus kræver imidlertid en aftale med regionsrådet og Sundhedsstyrelsen anbefaler at for mindre enheders vedkommende bør sådanne aftaler som hovedregel finde sted (3,4). Regionen vil på grund af sin størrelse og øvrige opgaver have et langt bedre grundlag for at varetage en sikker anæstesibehandling end de mindre enheder. Typisk kan man forvente, at regionen placerer opgaven i sygehusregi, hvor der i forvejen er personale med de relevante anæstesiologiske kompetencer. Det skal bemærkes, at det, jf. sundhedsloven, er bopælskommunen, som afholder udgifter forbundet med omsorgstandpleje. Selve tandbehandlingen er ikke defineret som en sygehusopgave i Sundhedsstyrelsens specialevejledning for tand-, mund- og kæbekirurgi (27).

Kommunalbestyrelsen kan indgå en aftale med regionsrådet om varetagelse af omsorgstandpleje (3,4). I de tilfælde, hvor kommunalbestyrelsen ønsker, at regionen skal varetage hele eller dele af omsorgstandplejen, skal kommunalbestyrelsen hvert år inden 1. maj levere en redegørelse til regionsrådet (4). Med udgangspunkt i kommunalbestyrelsens redegørelse kan kommunalbestyrelsen og regionsrådet indgå en rammeaftale. Rammeaftalen skal blandt andet omfatte oplysninger om det samlede antal ydelser og tilbud, som regionsrådet stiller til rådighed for kommunalbestyrelsen. Oplysningerne skal specificeres på antal pladser inden for de enkelte patientkategorier, herunder antal patienter i generel anæstesi og takster for behandling (4).

Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelse (bilag 3) viste, at 51 kommuner har en aftale med regionen om at tilbyde tandbehandling i generel anæstesi. 17 kommuner tilbyder tandbehandling i generel anæstesi ved egne offentlige klinikker. 33 kommuner har en aftale om anæstesibetjening med anden kommunes offentlige klinik. Kun 3 kommuner har en aftale med privat praksis vedrørende tandbehandling i generel anæstesi. 9 kommuner har slet ingen mulighed for at tilbyde tandbehandling i generel anæstesi for omsorgstandplejepatienter. Der er videre 46 kommuner, der oplyser, at de ikke har mulighed for at tilbyde tandbehandling i generel anæstesi til omsorgstandplejepatienter med svær almen sygdom på sygehus.

Det skal hertil bemærkes at Regionsrådet skal opfylde deres forsyningsforpligtelse vedrørende generel anæstesi til den kommunale omsorgstandpleje ved at indgå en rammeaftale.

For at sikre adgang til tandbehandling i generel anæstesi for omsorgstandplejepatienter anbefales det:

- at der i sundhedsaftalen mellem region og kommuner i regionen, indgås aftale vedrørende tandbehandling i generel anæstesi i omsorgstandplejen, og at sundhedsaftalen understøttes af rammeaftaler herfor mellem region og kommuner (28).

7 Sammenlægning af tilbud om omsorgs- og specialtandpleje

Omsorgstandpleje og specialtandpleje er to kommunale tandplejetilbud, der begge retter sig mod borgere med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne. Den gældende lovgivningsmæssige adskillelse af de to tandplejetilbud er primært grundet i historiske forhold (bilag 9).

Vurderingen af det hensigtsmæssige i at opretholde to adskilte kommunale tandplejetilbud til borgere med funktionsnedsættelse tager afsæt i en nærmere beskrivelse af personkredsen, personkredsens særlige tandplejeproblemer og tandplejens aktuelle indhold samt en analyse af fordele og ulemper ved sammenlægningen af de to tandplejetilbud.

7.1 Omsorgs- og specialtandplejens personkreds

7.1.1 Omsorgstandplejens personkreds

Omsorgstandpleje er et tilbud til personer over 18 år, der på grund af kronisk nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte det almindelige tandplejetilbud². I overvejende grad benyttes omsorgstandplejen af ældre med funktionsnedsættelser, og hovedparten af brugerne er således ældre over 80 år. Langt de fleste bor i plejebolig, mens en mindre del bor i egen bolig. Stort set alle patienterne er borgere, som modtager alderspension. Hvor man tidligere så funktionsnedsættelser i bevægeapparatet, som en hyppig årsag til plejehjemsanbringelse og dermed som en barriere for at benytte de almindelige tandplejetilbud, er brugerne af omsorgstandplejen i dag ofte karakteriseret ved en demenslidelse. Det er vurderet at op mod 2/3 af beboere i plejeboliger har en eller anden form for demenssygdom (29).

Den geriatrike patient i omsorgstandplejen er karakteriseret ved høj alder, fysiologiske aldersforandringer og flere samtidige og ofte kroniske lidelser. Typisk er omsorgstandplejepatienten storforbruger af mange forskellige medicinske præparater (polyfarmaci), hvilket igen kan føre til øget sygelighed, reduceret livskvalitet, funktionssvigt og øget dødelighed. Ved brug af mange medikamenter øges risikoen for bivirkninger og interaktioner mellem de enkelte medikamenter. En stor andel af patienterne i omsorgstandplejens potentielle personkreds kan derfor beskrives som medicinsk kompromitterede patienter med relativt kortere gennemsnitlig restlevetid. Til trods for en gennemsnitlig kort restlevetid blandt plejehjemsbeboere viste Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelse (bilag 3), at i en tredjedel af kommunerne har ca. 40 pct. af patienterne i omsorgstandplejen været indskrevet i over tre år. Derfor bør tandplejetilbuddet ikke kun basere sig på kortsigtede provisoriske eller semiprovisoriske behandlingsløsninger, men også på tilbud om langtidsholdbare løsninger, svarende til hvad der tilbydes den øvrige befolkning, herunder specialtandplejepatienter. Mange patienter har dog vanskeligt ved at kooperere under behandling, hvilket må tillægges betydning ved valget af behandling hos den enkelte patient.

7.1.2 Specialtandplejens personkreds

Kommunerne skal tilbyde specialtandpleje til borgere med sindslidelser, udviklingshæmning m.v., der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, voksentandplejen eller i omsorgstandplejen (2). Ud over de nævnte persongrupper skønnes gruppen for specialtandpleje at omfatte nogle grupper af borgere med cerebral parese, autisme samt borgere med anden betydelig og varig funktionsnedsættelse som eksempelvis sklerosepatienter. Gennemsnitsalderen for specialtandplejepatienter er væsentlig lavere end for patienter i omsorgstandplejen. Baggrunden herfor er blandt andet, at fx psykisk udviklingshæmning og autismespekterforstyrrelser debuterer allerede ved fødslen eller i barne- og ungdomsårene. Langt hovedparten af specialtandplejens persongruppe er under 65 år, og ca. 10 pct. af målgruppen er under 18 år.

Der er væsentlige forskelle på patientgrupperne i omsorgs- og specialtandplejen. For de ældre patienter i omsorgstandplejen gælder fx, at den gennemsnitlige restlevetid er langt kortere end tilfældet er for patienterne i specialtandplejen. Dette forhold kan afspejle sig i valget af behandlingsformer, der for specialtandplejepatientens vedkommende kan nærme sig det spektrum i behandlingsformer, der tilbydes borgere uden funktionsnedsættelse i den øvrige tandpleje. Behandlingerne må ofte udføres under sedation eller i generel anæstesi. Behovet for anvendelse af generel anæstesi stiger i takt med brug af mere avancerede behandlingsformer, hvorfor anvendelsesgraden heraf er større i specialtandplejen end i omsorgstandplejen.

Inden for specialtandplejen er der imidlertid også store forskelle på de enkelte persongrupper. Mennesker der er udviklingshæmmede bor hyppigt i kommunale boformer, mens mennesker med psykiske lidelser både bor i kommunale boformer eller i eget hjem med tilknytning til den regionale psykiatri. Der er ofte tale om borgere, som modtager overførselsindkomster – primært førtidspension – men også i stigende grad kontanthjælp. Psykisk funktionsnedsættelse er den hyppigste baggrund for indskrivning i specialtandplejen, men i gruppen af udviklingshæmmede ses tillige en hyppig forekomst af ko-morbiditet, typisk i form af problemer med syn, hørelse og problemer i bevægeapparatet. Blandt gruppen af udviklingshæmmede ser man tillige en hyppig forekomst af polyfarmaci. I modsætning hertil udviser gruppen af mennesker med psykiske lidelser kun somatiske almenlidelser i et omfang svarende til den øvrige befolkning. I modsætning til udviklingshæmmede patienter, er patienterne med psykiske funktionsevnenedsættelser karakteriseret ved, at funktionsnedsættelserne kan variere betydeligt over tid. Hovedparten af specialtandplejens patienter er visiteret til specialtandplejen på grund af ringe kooperationsevne i forbindelse med nødvendig tandbehandling og/eller manglende fremmøde.

7.2 Tandproblemerne i omsorgs- og specialtandplejens personkreds

Som nævnt har personkredsen i omsorgstandplejen ændret sig over de seneste godt 20 år. Hvor en stor andel tidligere var tandløse, er nutidens plejehjemspatienter karakteriseret ved en hyppig forekomst af såvel caries som parodontale lidelser som følge af store problemer med opretholdelse af en tilstrækkelig mundhygiejne. Undersøgelser viser, at ca. 80 pct. af beboere i plejeboliger kræver hjælp til mundhygiejne fra plejepersonalet (9,11). Opretholdelse af tandplejebesøg kræver tillige hjælp fra tredje part til transport og ledsagelse.

Tilsvarende ses hos mennesker med psykiske lidelser en hyppig forekomst af caries og parodontale lidelser. Blandt udviklingshæmmede patienter ses derimod en forekomst af caries på niveau

med eller måske endda under niveau med almene befolkning. Men samme gruppe har en relativt hyppigere forekomst af parodontale problemer samt udviklingsforstyrrelser i tyggeapparatet, herunder tandstillingsafvigelser og manglende anlæg af tænder. Både hos mennesker med udviklingshæmning og sindslidelser ses problemer med at opretholde den daglige mundhygiejne og opsøge regelmæssige tandplejebesøg uden hjælp. Ud fra en faglig synsvinkel er der ikke længere stor forskel på de tandsygdomme og omfanget af de tandproblemer, man ser blandt brugerne af henholdsvis special- og omsorgstandpleje. Patienter i både omsorgs- og specialtandplejen er dog en heterogen gruppe, og man bør tilrettelægge behandlingen ud fra individuelle behov med afsæt i den enkelte patients funktionsnedsættelse og livshorisont.

Overordnet er der en betydelig gråzone mellem de to målgrupper for omsorgs- og specialtandplejen. Den mest markante forskel på de to grupper er den gennemsnitlige restlevetid, medens et fælles karakteristika for de voksne er problemer med at benytte den almindelige praktiserende tandlæge og at have den nødvendige egenomsorg til at opretholde en tilstrækkelig mundhygiejne.

7.3 Omsorgs- og specialtandplejens indhold

Målgrupperne for omsorgs- og specialtandplejen skal tilbydes opsøgende og regelmæssig tandpleje med fokus på forebyggelse og sundhedsfremme samt nødvendig behandling af sygdomme i mund og tænder (3,4). For begge målgrupper gælder imidlertid, at behandlingsmulighederne er helt afhængige af et nært samarbejde med det personale, som hjælper borgerene i det daglige, dvs. personale tilknyttet ældre- og plejeboliger, hjemmeplejen, botilbud og distriktscentre mv.

Tandplejetilbuddet bør tilrettelægges således at der kompenseres for de forhold, der gør det vanskeligt for målgruppen at opnå samme tand- og mundsundhed som den øvrige befolkning. Her tænkes særligt på forhold, der skyldes problemer med:

- at opretholde den nødvendige mundhygiejne ved hjælp til daglig hjemmetandpleje
- at opretholde regelmæssige tandplejebesøg, ved et opsøgende tandplejetilbud
- at udvise den nødvendige Kooperation i behandlingssituation ved adgang til tandbehandling med anvendelse af sedation og generel anæstesi.

7.4 Egenbetaling i omsorgs- og specialtandpleje

Egenbetalingen i henholdsvis omsorgs- og specialtandplejen er forskellig for borgerne, en forskel, der primært skyldes historiske forhold.

Egenbetalingen i omsorgstandplejen blev fastsat på baggrund af en doktordisputats, som også dannede baggrund for etableringen af omsorgstandplejen (30). Her var det beregnet, at omsorgstandpleje kunne etableres ved en udgift på kr. 1.000 pr. patient. På dette tidspunkt var tilskuddet til mange ydelser efter sygesikringsoverenskomsten op til 70 pct., hvorfor man fastsatte egenbetalingen til 300 kr. Dette beløb blev beregnet på baggrund af data fra 1988. Beløbet blev først løn- og prisreguleret fra og med etableringen af amtstandplejen i 2001. Der er således et efterslæb i regulering af egenbetalingen i omsorgstandplejen, hvortil kommer, at det procentvise til-

skud til ydelser indeholdt i Overenskomst om tandlægehjælp er reduceret i de mellemliggende år. For mange ydelser udgør tilskuddet mindre end 50 pct.

Fastsættelse af egenbetalingen for specialtandpleje (amtstandpleje) skete på et andet grundlag end omsorgstandplejen. Lovrevisionen i 2001 skete som en 'pakke' af amtskommunale tilbud herunder også en tilskudsordning for særlige patientgrupper, som havde væsentligt øgede tandproblemer (eksempelvis patienter med Sjøgrens syndrom). En rapport fra Sundhedsstyrelsen havde påvist, at patienter med Sjøgrens syndrom havde væsentlige større udgifter til tandpleje end en kontrolgruppe (31). I forbindelse med fremsættelse af lovforslaget blev det beregnet at den gennemsnitlige egenbetaling i voksentandplejen i 1999 var på 1300 kr. (32). Dette beløb blev benyttet som den maksimale egenbetaling for patienter, som modtog et af de nye amtskommunale tilbud/tilskud, herunder amtstandplejetilbuddet (senere specialtandpleje), så de omfattede grupper ikke skulle have større udgifter til tandpleje end resten af befolkningen. Beløbet er siden blevet reguleret årligt.

Fastsættelse af egenbetalingens størrelse i både omsorgs- og specialtandplejen er således historisk og lovgivningsmæssigt betinget, og forskellen i egenbetalingen mellem ordningerne kan i dag ikke begrundes i sundhedsfaglige eller indholdsmæssige forhold.

7.5 Sammenfatning

Det vurderes at en række forhold af faglig, økonomisk og administrativ karakter taler for en sammenlægning af special- og omsorgstandpleje.

Ses der på borgernes *tandplejebehov* er der ud fra en faglig synsvinkel ikke længere stor forskel på de tandsygdomme og omfanget af de tandproblemer, man ser blandt målgrupperne for henholdsvis omsorgs- og specialtandplejen. Patienter i omsorgs- og specialtandplejen er dog en heterogen gruppe, og der bør anlægges individuelle behandlingsmæssige perspektiver ud fra den enkelte patients funktionsnedsættelse og livshorisont. Der er patienter i specialtandplejen, som i dag ud fra en helhedsvurdering tilbydes behandlingsløsninger, som er meget lavteknologiske, og som svarer til det behandlingsniveau, som hovedparten af patienterne i omsorgstandplejen modtager. Omvendt er der patienter i omsorgstandplejen, der får tilbudt højteknologiske løsninger, som også ydes i specialtandplejen.

I lighed med andre dele af sundhedsvæsenet gælder for kommunal omsorgs- og specialtandpleje, at kompetencen hos personalet og kvaliteten i behandlingsresultatet øges jo større patientvolumen er. En sammenlægning vil således kunne medføre en mere *rational udnyttelse og udvikling af tandplejepersonalets kompetencer*. I dag er opgaven i såvel omsorgs- som specialtandplejen ofte fordelt på flere forskellige medarbejdere indenfor den kommunale tandpleje, og ofte beskæftiger den enkelte medarbejder sig kun med omsorgs- og specialtandpleje i en lille del af ansættelsestiden. Disse forhold understøtter ikke den faglige kompetence hos den enkelte medarbejder. Dels er det vanskeligt at opnå tilstrækkeligt klinisk erfaringsgrundlag i en mindre deltidsansættelse, og dels er det bekosteligt at sikre den nødvendige teoretiske efter- og videreuddannelse, når mange medarbejdere i kommunen dækker opgaven. En sammenlægning kan sikre bedre patientgrundlag og bedre vilkår for målrettet efter- og videreuddannelse af det sundhedsfaglige personale, der beskæftiger sig med subspecialet.

En nødvendig forudsætning for at tilbyde kommunal omsorgs- og specialtandpleje er, at kommunen har specialindrettede tandklinikker, som muliggør modtagelse og behandling af patienter med betydelige funktionsnedsættelser. Behovet for sådanne klinikker vil øges i årene fremover, hvor flere og flere behandlinger flyttes fra mobiltandpleje til klinik tandpleje. Samtidigt er der, i lighed med hvad der gælder i de øvrige tandplejetilbud, stigende krav om adgang til brug af be- kosteligt teknologiske udstyr, som en nødvendighed for at levere tidssvarende undersøgelses- og behandlingsformer (fx billeddiagnostiske metoder, avanceret endodonti, dentoalveolær kirurgi, fast og aftagelig protetik herunder implantologi). Den øgede patientvolumen, som en sammen- lægning af de to tandplejesystemer vil sikre en *bedre udnyttelse af nødvendigt be- kosteligt udstyr og faciliteter*.

7.5.1 Økonomi

Sammenlægning af de to tilbud vil skabe muligheder for bedre udnyttelse af såvel personale som udstyr og klinikfaciliteter. Driftsøkonomisk vurderes dette at kunne give stordriftsfordele.

7.5.2 Administrativ forenkling

En sammenlægning vil betyde en forenkling for patienterne og de fagpersoner, der henviser til omsorgs- og specialtandpleje, idet der kun vil være én indgang til det relevante tandplejetilbud.

Ved sammenlægning af tilbuddene vil visse administrative procedurer kunne forenkles. Det gælder fx ressourceforbruget ved overførsel af patienter mellem de to eksisterende tandplejesys- temer, vedligeholdelse af procedurer og retningslinjer for patientforløb, udvikling og vedlige- hold af informationsmateriale, herunder hjemmesider m.m. Endelig vil der ske en reduktion i tidsforbrug til beregning og opkrævning af egenbetaling.

Regler for egenbetaling kan hvile på forskellige forhold. Eksempelvis spørgsmålet om, hvorvidt der skal betales for handicapkompenserende foranstaltninger, om det bør ligge patientgruppen økonomisk til byrde, at den har en forøget forekomst af tandsygdomme, eller om patientgruppen bør have udgifter til tandpleje svarende til den øvrige befolknings, og derfor kunne modtage til- skud til tandpleje, som den øvrige befolkning, blandt andet via helbredstillæg og kontanthjælp.

Det anbefales på baggrund af ovenstående:

- at omsorgs- og specialtandplejen sammenlægges til ét tandplejetilbud.

8 Registrering af tandsundhed i omsorgstandplejen

8.1 Formål

I henhold til bekendtgørelse om tandpleje (3) kan Sundhedsstyrelsen fastsætte regler om kommunernes og regionernes indberetning af sundhedsforhold i den kommunale og regionale tandpleje. Der er siden 1972 systematisk indsamlet information om tandsundheden for børn og unge i den kommunale børne- og ungdomstandpleje, men der er ikke på lignende vis indsamlet tandsundhedsdata for patienter i den kommunale omsorgstandpleje.

Systematisk indsamlet information vedrørende tandsundheden for patienter i den kommunale omsorgstandpleje er imidlertid vigtig for at kunne planlægge og evaluere tandplejen på et dokumenteret grundlag. Formålet med en systematisk indsamling af tandsundhedsdata for omsorgstandplejepatienter er:

- at følge tandsundhedsudviklingen hos patienter i omsorgstandplejen over tid på kommunalt-, regionalt- og landsplan
- at følge tandsundhedsudviklingen lokalt i kommunen, fx på specifikke ældreboliger og plejehjem
- at planlægge og evaluere lokale forebyggende tandplejeaktiviteter
- at sikre effektiv ressourceallokering til forebyggelse og behandling i den kommunale omsorgstandpleje.

8.2 Tandsundhedsdata

Tandsundhedsdata bør baseres på oplysninger, der registreres ved udførelse af en almindelig diagnostisk undersøgelse (statusundersøgelse), anført i en elektronisk patientjournal, således at data kan overføres digitalt til Sundhedsstyrelsens Central Odontologiske Register (SCOR).

8.3 Tandsundhedsindikatorer

Det anbefales, at der indføres fire tandsundhedsindikatorer i omsorgstandplejen.

Indikator 1: Gennemsnitlig DMFT-index for omsorgstandplejepatienter

Formål med indikatoren

Karies nedbryder det hårde tandvæv og kan medføre smerte, ubehag og infektion i tandnerven. Ved stor vævsdestruktion kan karies medføre tandtab. Det gennemsnitlige DMFT-index er anbefalet af WHO (33) og anvendes internationalt til overvågning af den samlede karieserfaring i populationer over tid. Det gennemsnitlige DMFT-index er en solid indikator ved planlægning og evaluering af tandpleje for omsorgstandplejepatienter med en prioritering af den forebyggende tandpleje. Indexet kan anvendes til at belyse effekten af den forebyggende og behandlende tandpleje indsats.

Definition

Det gennemsnitlige DMFT-index beregnes ved summen af tænder med ubehandlet karies, der mangler på grund af karies, og som er fyldte på grund af karies hos undersøgte individer divideret med totale antal undersøgte.

Fejlkilder

Data vedrørende karieserfaring indsamlet i henhold til WHO's kriterier ved en klinisk visuel og taktil undersøgelse er nationalt og internationalt afprøvet med hensyn til realibilitet og validitet (34,35).

Indikator 2: Andel omsorgstandplejepatienter med en funktionel okklusion

Formål med indikatoren

Ved tandtab kan tyggefunktionen nedsættes og påvirke et individs evne til at spise en varieret næringsrig kost. Tandtab kan således påvirke ernæringstilstanden og den generelle sundhedstilstand. Tandtab kan endvidere medføre skæmmet udseende med undgåelse af deltagelse i sociale aktiviteter og nedsættelse af livskvaliteten. Omsorgstandplejen søger gennem en forebyggende og behandlende tandpleje at udgå tandtab. Indikatoren kan anvendes til at evaluere, hvor stor en andel af omsorgstandplejepatienterne der har bevaret et funktionelt tandsæt. Forekomsten af 20 tænder eller mere er internationalt blevet anvendt som afgrænsning af antal tænder, der udgør et funktionelt tandsæt.

Definition

Antal undersøgte med 20 tænder eller mere divideret med totale antal undersøgte.

Fejlkilder

Data vedrørende antal tænder i henhold til WHO's kriterier er internationalt afprøvet med hensyn til realibilitet og validitet (33).

Indikator 3: Andel tandløse omsorgstandplejepatienter

Formål med indikatoren

Der er siden etablering af omsorgstandplejen i 1995 sket et stort fald i forekomsten af tandløshed i voksenbefolkningen, og langt færre omsorgstandplejepatienter er i dag tandløse. En større andel af omsorgstandplejepatienter med naturlige tænder medfører en tilpasning af omsorgstandplejens opgaver. Indikatoren kan anvendes, så omsorgstandplejen kan overvåge forekomsten af tandløshed hos omsorgstandplejepatienter.

Definition

Antal undersøgte uden tilstedeværelse af naturlige tænder divideret med totale antal undersøgte.

Fejlkilder

Data vedrørende antal tænder i henhold til WHO's kriterier er internationalt afprøvet med hensyn til realibilitet og validitet (33).

Indikator 4: Gennemsnitlige MPS-index for omsorgstandplejepatienter

Formål med indikatoren

En god mundhygiejne er vigtig for forebyggelse og behandling af tandsygdom samt for vedligeholdelse af eksisterende højteknologiske tandrestaureringer som kroner, broer, implantater og aftagelige proteser. En god mundhygiejne er endvidere vigtig for svækkede patienter for at undgå kroniske infektionstilstande i mundhulen og ophobning af bakterier, der kan sprede sig til resten af kroppen og medføre fx aspirationspneumoni. MPS-indexet måler grad af inflammation i tandkød og forekomsten af plaque ved meget simple registreringer og er ideelt til patienter med fysisk og psykisk funktionssvækkelse. Indexet kan anvendes af omsorgstandplejen til evaluering af de forebyggende tandplejeaktiviteter og overvågning af forhold omkring mundhygiejne.

Definition

MPS-indexet beregnes som en sum (2-8) af en Mukosal-inflammations-Score (1-4) og en Plaque-Score (1-4) (36). Det gennemsnitlige MPS-index beregnes ved summen af MPS-score for alle undersøgte divideret med totale antal undersøgte.

Fejlkilder

Data vedrørende MPS-indexet registreret i henhold til kriterier beskrevet af Henriksen B.M. et al er i et videnskabeligt studie testet med hensyn til realibilitet og validitet (36).

Implementering

Implementering af sundhedsindikatorer foretages ved en fremtidig modernisering af SCOR af Sundhedsdatastyrelsen.

Det anbefales:

- at der indføres fire sundhedsindikatorer i omsorgstandplejen: 1 - gennemsnitlig DMFT-index, 2 - andel omsorgstandplejepatienter med en funktionel okklusion, 3 - andel tandløse omsorgstandplejepatienter, 4 - gennemsnitlig MPS-index. Det gøres obligatorisk, at kommunerne for patienter visteret til omsorgstandplejen ved første undersøgelse, og derefter i forbindelse med Statusundersøgelse, får registreret de ovenstående indikatorer, og at disse indberettes til Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR).

9 Referenceliste

- (1) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Rapport om serviceeftersyn af sundhedslovens krav til indholdet af omsorgstandplejen: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.
- (2) Bekendtgørelse af sundhedsloven nr. 1202 af 14. november 2014.
- (3) Bekendtgørelse om tandpleje nr. 179 af 28. februar 2012.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje: Sundhedsstyrelsen, 2006.
- (5) Bekendtgørelse af lov om social service nr. 1284 af 17. november 2015.
- (6) <https://stps.dk/da/borgere/klage-over-behandling/klage-over-tilsidesaettelse-af-patientrettigheder/om-kommunens-afgoerelser>.
- (7) Bekendtgørelse om tandpleje nr. 179 af 28. februar 2012 § 10 stk. 2.
- (8) <http://www.fs3.nu>.
- (9) Hede B, Poulsen JE, Christophersen R, Christensen LB. Shared Oral Care – evaluering af et mundhygiejneprogram på fem plejecentre. Tandlægebladet 2014; 118: 980-986.
- (10) Forsell M, Sjögren P, Johansson O. Need of assistance with daily oral hygiene measures among nursing home resident elderly versus the actual assistance received from the staff. Open Dent J. 2009;3:241-244.
- (11) Arpin S. Oral hygiene in elderly people in hospitals and nursing homes. Evid Based Dent. 2009; 10:46.
- (12) Soell M, Hassan M, Miliauskaite A, Haikel Y, Selimovic D. The oral cavity of elderly patients in diabetes. Diabetes Metab. 2007; 33 Suppl 1:10-8.
- (13) Khader YS, Albashaireh ZS, Aloman MA. Periodontal diseases and the risk of coronal heart and cerebrovascular diseases: a meta-analysis. J Periodontol. 2004; 75:1046-53.
- (14) Willumsen T, Karlsen L, Naess R, Bjørntvedt S. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients. Gerodontology 2012;29:748-755.
- (15) Beck AM, Damkjaer K, Tetens I. Lack of compliance of staff in an intervention study with focus on nutrition, exercise and oral care among old (65+ yrs) Danish nursing home residents. Aging Clin Exp Res 2009; 21: 143-149.
- (16) Visschere LD. The development and application of an oral health care model for institutionalized older people. Thesis, Universitei Gent. 2010.
- (17) De Lugt-Lustig KHME, Vanobbergen JNO, van der Putten G-J, De Visschere LMJ, Schols JMGA, de Baat C. Effect of oral healthcare education in knowledge, attitude and skills of care home nurses: a systematic literature review. Community Dent Oral Epidemiol 2014;42:88-97.
- (18) Willumsen T, Karlsen L, Naess R, Bjørntvedt S. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? Gerodontology 2012; 29: 748-55.
- (19) De Visschere L, Van der Putten G-J, de Baat V, Schols J, Vanobbergen J. Possible enabling and disabling factors when implementing an oral hygiene protocol in nursing homes. Arch Public Health 2006; 64: 251-9.
- (20) Bekendtgørelse nr. 1575 af 27. december 2014 om kvalitetsstandarder for hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og træning efter servicelovens §§ 83, 83 a og 86.
- (21) BrancheArbejdsmiljøRådet, Social og Sundhed. At arbejde i borgerens hjem. BrancheArbejdsmiljøRådet, 2015.
- (22) Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen: Sundhedsstyrelsen 2016.
- (23) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om anvendelse af tandfyldningsmaterialer nr. 9670 af 30. september 2008.
- (24) Bekendtgørelse om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven nr. 973 af 28. juni 2016.
- (25) Bekendtgørelse af lov om trafikselskaber nr. 323 af 20. marts 2015.
- (26) Bekendtgørelse om tandpleje nr. 179 af 28. februar 2012 § 7.
- (27) Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for tand-, mund- og kæbekirurgi, 2016.
- (28) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler nr. 1569 af 16. december 2013.
- (29) Sundhedsstyrelsen. Livet med demens. Styrket kvalitet i indsatsen, 2016.
- (30) Vigild M. Odontologiske forhold hos gamle mennesker på institution. Tandlægebladet 1990;94(5):168-194.

- (31) Sundhedsstyrelsen. Tand- og mundsygdomme hos personer med Sjögrens syndrom. Sundhedsstyrelsen 1996.
- (32) Sundhedsministeriet. L88, Forslag til lov om ændring af lov om tandpleje m.v. (Amtstandpleje m.v.) af sundhedsministeren (Sonja Mikkelsen), 10. nov. 2000.
- (33) World Health Organization. Oral health surveys: basic methods – 5 th edition. 2013.
- (34) Krstrup U, Petersen PE. Dental caries prevalence among adults in Denmark-the impact of socio-demographic factors and use of oral health services. Community dental health. 2007;4:225-232.
- (35) Petersen PE. Global oral sundhed. Tandlægebladet. 2015;119(9):682-698.
- (36) Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axell T. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. Special Care in Dentistry. 1999;19(4):154-157.
- (37) Lov om tandpleje mv nr. 310 af 4. juni 1986.
- (38) Sundhedsstyrelsen. Modeller for en fremtidig tandsundhedspolitik – Redegørelse fra arbejdsgruppen vedrørende tandplejens fremtidige organisation (ATFO): 1985.
- (39) Retningslinjer nr. 9539 af 15. december 1986 for tilrettelæggelse af den kommunale tandpleje.
- (40) Lov om ændring af lov om tandpleje m.v. nr. 178 af 16. marts 1994.
- (41) Forslag til Lov om ændring af lov om tandpleje m.v. – bemærkninger til lovforslaget fremsat d. 24. november 1993.
- (42) Forslag til Lov om ændring af lov m.v. – bemærkninger til lovforslaget fremsat d. 10. november 2000.

10 Bilagsfortegnelse

Bilag 1:	Kommissorium for arbejdsgruppen
Bilag 2:	Arbejdsgruppens medlemmer
Bilag 3:	Metode
Bilag 4:	Vejledning for visitation til omsorgstandpleje
Bilag 5:	Eksempel på program til implementering af individuel mundplejeplan
Bilag 6:	Eksempel på skema ved implementering af Individuel mundplejeplan i omsorgs- tandplejen
Bilag 7:	Påbud fra arbejdstilsynet vedr. udførelse af mobiltandpleje i landets kommuner
Bilag 8:	Vejledning for mobiltandpleje i eget hjem
Bilag 9:	Historisk gennemgang af etablering af omsorgstandpleje og specialtandpleje
Bilag 10:	Nøgletal omsorgs- og specialtandplejen

Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. modernisering af omsorgstandpleje skal:

- undersøge visitationspraksis i kommunerne og udarbejde en vejledning for visitation til omsorgstandpleje, herunder komme med anbefalinger til hvordan andre dele af sundhedsvæsenet kan henvise til omsorgstandpleje, og hvordan kommunerne kan være opsøgende i forhold til tilbuddet om omsorgstandpleje og sikre at relevante borgere får kendskab til ordningen. Vejledningen skal tage udgangspunkt i gældende lovgivning og indgå i en revideret udgave af Sundhedsstyrelsens vejledning vedr. omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje 2006
- undersøge tilgængeligheden af specialindrettede tandklinikker til omsorgstandplejepatienter i kommunerne samt undersøge forholdene vedr. transport til behandling på central klinik for omsorgstandplejepatienterne med henblik på at komme med forslag til sikring af behandling på central klinik og forslag til mulige transportordninger for patientgruppen. Arbejdsgruppen skal desuden udarbejde en vejledning for mobil tandpleje i eget hjem for patienter i omsorgstandplejen. Vejledningen skal tage udgangspunkt i gældende lovgivning og indgå i en revideret udgave af Sundhedsstyrelsens vejledning vedr. omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje 2006
- analysere, om en sammenlægning af omsorgstandplejen og specialtandplejen ville kunne styrke de to ordninger fagligt og ressourcemæssigt

Arbejdsgruppen skal desuden:

- komme med anbefalinger til registrering af tandsundheden for patienter i omsorgstandplejen i Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR) med henblik på planlægning og evaluering af omsorgstandplejen
- komme med anbefalinger til, hvordan en mundplejeplan kan udarbejdes og integreres i den daglige pleje og omsorg for beboere i plejeboliger mm.

Arbejdsgruppen påbegyndte sit arbejde januar 2015 men blev sat i bero juni 2015 på grund af folketingsvalg. Efter anmodning fra Sundheds- og Ældreministeriet i september 2015 videreførte arbejdsgruppen sit arbejde. Arbejdsgruppen har afholdt 6 møder, og i forbindelse med beskrivelsen af visitation og adgang til klinikker, der er indrettet til borgere med nedsat funktionsevne, blev der indhentet data fra landets kommuner vha. en spørgeskemaundersøgelse til kommunernes tandplejefaglige ledere og til cheferne for kommunernes ældreområde.

Bilag 2: Arbejdsgruppens medlemmer

Kommunernes Landsforening; Teamleder Majbrith Christiansen, Plejeafdelingen Torstorp Plejecenter, Høje-Taastrup kommune

Kommunernes Landsforening; Visitator Lisbeth Enevoldsen, Visitationsenheden, Randers kommune

Kommunernes Landsforening; Pensioneret Overtandlæge Poul Pedersen, Haderslev kommunale tandpleje

Danske Regioner; Chefrådgiver tandlæge Peter Simonsen, Regionstandplejen, Region Syddanmark

Dansk Tandplejerforening; Formand Elisabeth Gregersen

Dansk Tandplejerforening; Tandplejer Lone Engell Mehlsen, Omsorgstandplejen, Albertslund kommunale tandpleje

Tandlægeforeningen; Tandlæge, Leder af specialcenter for voksentandpleje Maiken Bagger, Aalborg kommunale tandpleje

De Offentlige Tandlæger; Overtandlæge Børge Hede, Københavns voksentandpleje

Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere; Formand Flemming Mogensen Finøen, Tandteknikerklíník í Viborg samarbejde med Viborg kommunale omsorgstandpleje

Ad hoc sagkyndig for Sundhedsstyrelsen; Tandplejer, Programleder Johan Elmelund Poulsen, Københavns Kommune, Voksentandplejen (omsorgstandpleje, specialtandpleje)

Ad hoc sagkyndig for Sundhedsstyrelsen; Overtandlæge Ole Mohr Hovgaard, Silkeborg kommunale tandpleje

Sundhedsstyrelsen, Planlægning, Afdelingstandlæge Lene Vilstrup, (formand og sekretariat)

Bilag 3: Metode

Spørgeskemaundersøgelse

Til brug for arbejdsgruppens arbejde har arbejdsgruppen udarbejdet to landsdækkende digitale spørgeskemaer til kommunale overtandlæger og ældrechefer i kommunerne. Spørgeskemaerne har været pilottestet i hver region, med henblik på at undersøge om spørgsmål er relevante og forståelige. Sundhedsstyrelsen har udført den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse fra oktober til november 2015 med svar fra alle landets 98 kommuner. Sundhedsstyrelsen har indtastet og analyseret data i SPSS.

Litteratursøgning

Ved udarbejdelse af anbefalinger vedrørende mobiltandpleje i eget hjem er der foretaget en systematisk litteratursøgning.

Informationskilder: MEDLine, Directory of open acces journals (DOAJ) og JSTOR Archival Journals, Det Kongelige Biblioteks database REX.

Søgestrategi: Der er oktober 2015 søgt med anvendelse af emneord: home dentistry, mobile dentistry, home dental care, home oral care, mobile oral care, geriatric dentistry, hjemmetandpleje, mobil tandpleje, mobil tandvård, hemtandvård.

Inklusionskriterier: Publikations år: alle. Sprog: dansk, svensk, norsk, engelsk.

Resultat: Der blev identificeret to artikler som kunne være relevante i forhold til emnet, men den ene indeholdt alene en økonomisk beregning af fordele og ulemper, og den anden var en beskrivelse af hvorledes skotske tandlæger forholdt sig til mobiltandpleje.

Idet der ikke foreligger videnskabelige studier på området er anbefalinger vedrørende mobiltandpleje i eget hjem er baseret på klinisk erfaring og konsensus i arbejdsgruppen,

Bilag 4: Vejledning for visitation til omsorgstandpleje

Visitation til omsorgstandplejen kan finde sted ad flere kanaler. Det overordnede ansvar for, at visitation finder sted, ligger for både ungdomsgruppen og for voksengruppen hos kommunen. For unge med nedsat funktionsevne, skal der, såfremt den pågældende ikke skønnes at kunne udnytte tandpleje hos praktiserende tandlæge og under forudsætning af, at vedkommende i øvrigt ikke skønnes at have behov for et specialiseret tandplejefagligt tilbud i specialtandplejen, kunne finde en direkte visitation sted til omsorgstandplejen, når den unge fylder 18 år. I sådanne tilfælde er det børne- og ungdomstandplejen, der henviser den unge til omsorgstandplejetilbudet.

For personer med nedsat funktionsevne vil adgang til omsorgstandplejen bero på en visitation i den enkelte kommune - på samme måde som når kommunerne, efter en konkret individuel vurdering, sørger for tilbud om f.eks. personlig hjælp og pleje efter servicelovens kapitel 16. Visitation til omsorgstandpleje bør foretages af kommunale visitatorer eller af plejepersonalet omkring borgeren ved anvendelse af "Fælles Sprog III". "Fælles sprog III" er en dokumentationsmetode, der strukturerer dokumentationen, ikke bare for visitatorernes vedkommende, men også for medarbejderne.

Det skønnes at borgere med en funktionsevne, der er i funktionsniveau 3 og 4 i "Fælles Sprog"'s tidligere versioner I og II, i kategorier "Personlig pleje", "Mobilitet" eller "Mental og psykisk sundhed" individuelt skal vurderes for visitation til omsorgstandpleje. Der skal i forhold til hver enkelt borger i målgruppen dog ske en individuel visitation, således, at der ud over den generelle funktionsgruppevurdering sker en individuel behovsvurdering i forhold til behovet for den forebyggende og vedligeholdende tandplejeindsats, der kan tilbydes gennem omsorgstandplejen. Det er op til kommunen at synliggøre henvisningsmuligheden for det berørte personale og de berørte borgere.

Endelig kan personer med betydeligt og varigt nedsat funktionsevne, der oprindeligt er visiteret til specialtandplejen, herfra viderevisiteres til omsorgstandplejen, såfremt dette efter en tandlægefaglig vurdering findes hensigtsmæssigt, jf. bekendtgørelsens § 13, stk. 3. Det bør regelmæssigt vurderes, hvorvidt indskrevne patienter bør henvises til et andet niveau i tandplejen, således at princippet om, at patienten behandles på det nødvendige, men mindst specialiserede niveau, tilgodeses. I praksis vil dette være ensbetydende med, at patienten kan udvisiteres af omsorgstandplejen til f.eks. tandpleje hos praktiserende tandlæge eller tandplejer, såfremt de forudsætninger, der gjorde, at patienten oprindeligt blev tilbudt omsorgstandpleje, ikke længere er til stede. Der kan således for den enkelte patient ske henvisning både opadtil og nedadtil i systemet, dog således at det altid er patientens tandplejebehov og funktionsniveau, som lægges til grund for beslutning om, hvor tandplejen ydes mest hensigtsmæssigt. Omvisitering bør derfor kun finde sted på baggrund af en samlet vurdering baseret på såvel en tandlægefaglig bedømmelse som en konkret individuel vurdering fra kommunen.

Med henblik på sikret et sammenhængende tilbud om tandpleje for funktionssvækkede borgere anbefales det at kommunerne udarbejder og publicere retningslinjer for, hvorledes øvrigt sundhedspersonale (sygehus, praktiserende læger, praktiserende tandlæger eller tandplejer, kliniske

tandteknikere, praktiserende tandplejere og pårørende) kan henvise patienter til kommunens visitation til omsorgstandpleje.

Kommunerne bør i sin kvalitetsstandard for omsorgstandpleje beskrive, i hvilke møder med borgerne omsorgstandplejetilbuddet skal præsenteres opsøgende – det kan dreje sig om forebyggende hjemmebesøg, indflytningssamtaler i plejebolig, iværksættelse af § 83 a-forløb i henhold til lov om Social service etc. Ligeledes bør kommunen i sin kvalitetsstandard om omsorgstandpleje beskrive, hvornår og hvordan der bør ske revisitation til omsorgstandpleje – både i situationer, hvor det i tandplejen vurderes, at omsorgstandplejetilbuddet ikke længere er relevant, og ved nye situationer for borgeren, der kan berettige til fornyet tilbud om omsorgstandpleje.

Kommunen bør løbende evaluere sin visitationspraksis til omsorgstandpleje fx med udgangspunkt i viden om, hvor mange borgere i kommunen der vurderes at have behov for omsorgstandplejetilbuddet. Evalueringen bør ligesom den øvrige tilrettelæggelse af visitationsopgaven ske i et samarbejde mellem visitationsfunktion, plejefaglighed og tandplejefaglighed.

Bilag 5: Eksempel på program til implementering af individuel mundplejeplan

Ved implementering af individuel mundplejeplan i omsorgstandplejen bør der arbejdes ud fra et systematisk planlagt program. Nedenstående program kan bruges som inspiration og er tidligere anvendt af omsorgstandplejen i Københavns kommune ved udførelse af ”Shared Oral Care”-forebyggelsesprogrammet (9).

- Opstartsmøde med ledelse af ældre- og plejebolig
- Undervisning af og orientering om mundplejeprogrammet af personalet på ældre- og plejebolig, (dag og aften vagt).
- Registrering af samtlige beboeres mundhygiejne, herunder tandkødsblødning, plakregistrering og protesehygiejne. (registreringsskema). Tager hensyn til ”monitoreringsprincip”¹. Nye beboere tilgår automatisk mundplejeprogrammet ved indflytning.
- Registrering af samtlige beboeres evne til at varetage egen mundpleje, herunder med hensyn til ”monitoreringsprincip”.
- Med udgangspunkt i mundplejeprogrammets registrering bør omsorgstandplejens personale foretage besøg hos samtlige beboerne svarende til et besøg hos hver beboer, minimum hver 3 uge. Under omsorgstandplejens besøg bør der registreres tandkødsblødning, tilstedeværelsen af plak og protesehygiejne herunder med hensyn til ”monitoreringsprincip” (registreringsskema).
- Ved hvert besøg hos en beboer med tandkødsblødning, synlige mængder af plak og ringe protesehygiejne, bør omsorgstandplejens personale foretage individuel instruktion af afdelingens social- og sundhedspersonale i forhold til mundhygiejneforbedrende tiltag over for den pågældende beboer. Resultatet af registreringerne, danner grundlag for implementering og udarbejdelse af hver beboers individuelle mundplejeplan, som udarbejdes af omsorgstandplejens medarbejdere.
- Med udgangspunkt i ”kommunikationsprincip”² bør ledelsen på plejecentret/hjemmet hvert kvartal orienteres om beboernes mundhygiejnestatus, via en kort statusrapport som omsorgstandplejen udarbejder på baggrund af resultaterne fra registreringer foretaget hos beboerne. Denne kvartalsrapport er med til at fastholde og motivere både omsorgstandplejen medarbejdere og ledelse/ personale i ældre- og plejebolig.

¹ Monitoreringsprincip: systematisk og regelmæssig overvågning af mundhygiejnen og evnen til at varetage mundhygiejnen hos den enkelte beboer men også på aggregeret niveau ved en fastlagt ensartet metode og med fastlagte intervaller.

² Kommunikationsprincip: En stadig dialog mellem tandplejepersonale og plejepersonale om resultaterne af mundplejeindsatsen ud fra de data der indhentes ved den systematiske registrering. Dialogen skal foregå om den enkelte beboer, men også inddrage den plejefaglige ledelse ved at diskutere resultaterne på aggregeret niveau.

Bilag 7: Påbud fra arbejdstilsynet vedr. udførelse af mobiltandpleje i landets kommuner

I Københavns Kommune har påbuddet i 2007 drejet sig om omfanget af løft og transport af udstyr, som blev fundet for belastende – specielt når udstyr skulle medbringes op og ned af trapper (26. juni 2007, Arbejdstilsynet sag nr. 20070015643).

Furesø kommune modtog i 2009 et påbud, der lød: ”den beskrevne arbejdsstilling ved tandbehandling på plejecentret er ikke forsvarlig, idet det må antages at såvel nakke som ryg er stærkt udsat for at blive udsat for nedslidning. Den store mængde statisk arbejde kan endvidere nemt føre til smertetilstande i nakke og ryg.” (5. maj 2009, Arbejdstilsynet, sag nr. 20090030240).

Et tredje påbud er givet Hillerød kommune i 2007. I påbuddet hedder det, at ”det skal sikres, at de ansatte i omsorgstandplejen ikke udsættes for unødige fysiske belastninger samt uhensigtsmæssige arbejdsstillinger i forbindelse med arbejdet. Det skal sikres, at arbejds højden ved borgeren, der behandles, så vidt muligt passer til de ansatte, som udfører arbejdet. Påbuddet blev givet på baggrund af observationer i forbindelse med tandrensninger udført ved borgere, som blev behandlet mens de sad i kørestol. (21. maj 2007, Arbejdstilsynet sag nr. 20060063928).

Endelig har Tønder Kommune i 2014 modtaget et lignende påbud med krav om reduktion i antal kilo der løftes og etablering af forsvarlige arbejdsstillinger og bevægelser. (28. maj 2014, Arbejdstilsynet sag nr. 20130091056).

Bilag 8: Vejledning for mobiltandpleje i eget hjem

Tandplejetilbuddet skal baseres på et realistisk behandlingsbehov. Det vil sige, at der i forbindelse med tandplejetilbuddet skal foretages et kvalificeret skøn over behovet for tandpleje under hensyntagen til patientens alder og almentilstand, objektive behov samt subjektive behov og ønsker, således at de foranstaltninger, der tilbydes, medvirker til at opretholde / forbedre patientens livskvalitet både i fysisk og psykisk henseende. Hvor patientens almentilstand begrænser mulighederne for intervention eller vanskeliggør gennemførelsen af denne, har den tandfaglige indsats først og fremmest til hensigt at holde patienten fri for patologiske tilstande, der kan forvolde smerter og andre gener. Den almindelige omsorgspligt tilsiger, at fordelene ved behandlingen klart skal overstige ulemperne ved den eller ulemperne ved slet ikke at behandle. Patienter i omsorgstandplejen bevarer i stigende grad egne naturlige tænder. Patienterne er for størstedelens vedkommende enten risikopatienter og / eller patienter med et komplekst behov for diagnostik og behandling, hyppige forekomst af mundslimhindelesioner samt akutte behandlingskrævende tilstande. Det er den behandlende tandlæge eller tandplejer, der under sit autorisationsansvar og i det konkrete tilfælde beslutter om en undersøgelse eller behandling bør foregå på en tandklinik eller om den fagligt forsvarligt kan foretages i patientens eget hjem med mobil udstyr. Hvis en patient ikke ønsker at blive transporteret til en tandklinik skal den ansvarlige tandlæge eller tandplejer orientere patienten om konsekvenser af dette valg herunder informere om mulige alternative undersøgelser eller behandlinger foretaget i patientens eget hjem eller konsekvensen af ikke at foretage undersøgelse eller behandling. Dette skal journalføres.

- Ved diagnostisk undersøgelser - fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser udføres i henhold til Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje 2016. For patienter med naturlige tænder bør Diagnostisk grundundersøgelse og Statusundersøgelse foretages på tandklinik med henblik på at sikre kvalitet i diagnostik og adgang til røntgenundersøgelse. For tandløse patienter eller patienter med et betydeligt reduceret resttandsæt kan Diagnostisk grundundersøgelse og Statusundersøgelse foretages i patientens eget hjem.
- ved tandrensning - fjernelse af supragingival tandsten og bløde belægninger kan - såfremt der er tale om kortvarig behandling foretages i patientens eget hjem. Mere omfattende curettage/depuration bør foretages på central klinik.
- ved fyldningsterapi - fyldningsterapi bør af hensyn til kvaliteten i udgangspunktet foretages på en tandklinik. Mindre lettilgængelige fyldninger af glasionomer samt provisoriske og semiprovisoriske fyldninger vil kunne foretages i patientens eget hjem.
- Ved rodbehandling - rodbehandling bør af hensyn til kvaliteten og adgang til røntgen foretages på klinik.
- Ved faste protetiske erstatninger - faste protetiske erstatninger (kroner, broer) bør af hensyn til kvaliteten og adgang til røntgen foretages på tandklinik.
- ved aftagelig protetiske erstatninger - aftagelige protetiske erstatninger kan foretages i patientens eget hjem. Indledende diagnostisk og behandling bør foregå på tandklinik.
- Ved kirurgiske indgreb herunder tandudtrækninger – bør ske på klinik af hensyn til såvel hygiejne som adgangen til røntgen.

Bilag 9: Historisk gennemgang af etablering af omsorgstandpleje og specialtandpleje

Omsorgstandpleje blev introduceret i sundhedslovgivningen i 1986, hvor lov om tandpleje blev revideret (37). Lovændringen gav kommunerne mulighed for at etablere omsorgstandpleje. Forslag herom var allerede beskrevet i Sundhedsstyrelsens 'AFTO rapport' fra 1985 (38). Tandplejelovens § 4 angav, at "Kommunalbestyrelsen kan tilbyde forebyggende og behandlende tandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud". I den medfølgende vejledning fra Sundhedsstyrelsen var personkredsen beskrevet således: "Kriterierne for afgrænsningen kan være ældre på plejehjem, i beskyttede boliger, hjemmebundne ældre, psykiatriske patienter, som hyppigt skifter mellem forskellige behandlingsinstitutioner og hjemmeophold, fysisk og psykisk udviklingshæmmede personer, der som følge af den socialpolitisk fastlagte normaliserings- og integrationsudvikling er fraflyttet de store institutioner og nu befinder sig i mindre bo-enheder i lokalsamfundet samt personer, der som følge af invaliderende ulykker eller sygdomme er bundet til hjemmet" (39).

I 1994 blev lov om tandpleje igen revideret, og lovteksten var nu ændret således, at "kan" blev erstattet med "skal" (40). Resten af lovteksten i § 4 var identisk med den oprindelige tekst. Denne formulering er i øvrigt bevaret ved efterfølgende revisioner af både Lov om Tandpleje og den efterfølgende sundhedslov.

Imidlertid skete der i forbindelse med lovrevisionen en ændring af målgruppen, idet det i bemærkningerne til lovforslaget hed "Målgruppen for omsorgstandpleje er personer, som bor på plejehjem, idet undersøgelser har vist, at hovedparten af disse ikke har mulighed for at udnytte de eksisterende tandplejetilbud" (41). Hermed blev det tidligere særfororgsklientel skrevet ud af omsorgstandplejens personkreds, idet det i bemærkningerne til lovforslaget hed: "I forbindelse med omsorgstandplejens indførelse i 1994 blev der rejst spørgsmål om tandplejetilbuddene til personer omfattet af de tidligere særfororgsbestemmelser. Det blev i den forbindelse besluttet at holde tandplejen for de omhandlede grupper uden for omsorgstandplejen." Beslutningen mødte bred kritik fra såvel sygeplejefaglig som tandplejefaglig side, og det medførte et nyt udvalgsarbejde under Sundhedsstyrelsen. På den baggrund kom der en ny lovrevision i 2001. Her blev der etableret et tilbud til den personkreds, som i 1994 ikke blev inkluderet i omsorgstandpleje. Det nye tilbud blev benævnt "amtstandpleje".

I bemærkningerne til lovrevisionen i 2001 hedder det "Visse sindslidende og psykisk udviklingshæmmede m.fl. har således behov for behandling hos tandlæger, der har særlig viden om og erfaring med de særlige forhold i relation til tandsundhed, der er forbundet med de pågældendes handicap" (42).

På dette tidspunkt var det meningsfyldt at forankre det særlige tilbud om tandpleje til sindslidende og udviklingshæmmede i amterne, idet amternes forpligtigelser blandt andet omfattede drift af botilbud til såvel sindslidende og udviklingshæmmede som yngre fysisk handicappede. Driften af plejehjem og plejecentre for ældre med funktionsnedsættelser var derimod en kommunal forpligtigelse. Endvidere var de tandplejefaglige problemstillinger hos plejehjemsbeboere dengang anderledes end hos udviklingshæmmede og sindslidende. Plejehjemsbeboere var på det

tidspunkt overvejende tandløse protesebærere, medens amtstandplejens klientel var yngre voksne med naturlige tænder. En forvaltningsmæssig adskillelse af de to tilbud var på daværende tidspunkt velbegrundet både ud fra de almene tilbud til persongrupperne, og ud fra de forskelle der var mellem de to patientgruppers tand- og mundproblemer.

Ved kommunalreformen i 2007 blev såvel amternes forpligtigelser på institutions- som på tandplejeområdet overført til kommunerne, og amtstandplejen blev i den forbindelse omdøbt til specialtandpleje. I dag har kommunerne myndigheds- og finansieringsansvaret for både omsorgs- og specialtandplejen.

Bilag 10: Nøgletal omsorgs- og specialtandplejen

Nøgletal omsorgstandplejen 2015³

Antal borgere visiteret til omsorgstandpleje	24.726 pers.
Antal kommuner der har omsorgstandpleje ved offentlige klinikker	77 kommuner
Tandlæger der beskæftiger sig med omsorgstandpleje	42 årsværk, 270 pers.
Tandplejere der beskæftiger sig med omsorgstandpleje	25 årsværk, 130 pers.
Klinikassistenter der beskæftiger sig med omsorgstandpleje	89 årsværk, 356 pers.
Kliniske tandteknikere der beskæftiger sig med omsorgstandpleje	4 årsværk, 10 pers.

Nøgletal specialtandplejen 2015³

Antal borgere visiteret til specialtandpleje (heraf ca. 6 % børn og unge)	15.836 pers.
Antal kommuner der har specialtandpleje for voksne ved offentlige klinikker	47 kommuner
Antal kommuner der har specialtandpleje ved aftale med regionen om - varetagelse af hele eller dele af specialtandplejen	53 kommuner
Tandlæger der beskæftiger sig med specialtandpleje	34 årsværk
Tandplejere der beskæftiger sig med specialtandpleje	14 årsværk
Klinikassistenter der beskæftiger sig med specialtandpleje	54 årsværk
Kliniske tandteknikere der beskæftiger sig med specialtandpleje	4 årsværk

Antal kommuner med en eller flere klinikrum med units med mulighed for at modtage en patient i kørestol/sengetransport med liftforflytning	55 kommuner
--	-------------

³ Kilde: Spørgeskemaundersøgelse udført af Sundhedsstyrelsen 2015, med besvarelse af samtlige 98 kommuner.