

[Birthe Hansen]

Allerede i § 1 stikker privatiseringen hovedet frem. Her, hvor målsætningen som en naturlig ting burde stå først med det overordnede mål, at befolkningens tænder, mund og kæber udvikles i sund, funktionsdygtig stand og gennem hele livet bevares i samme stand til den enkeltes tilfredshed i fysisk, psykisk og social henseende – her løfter indenrigsministeren pegefingern og sætter ordene om god hjemmetandpleje først. Selvfølgelig skal det med, men ikke på indenrigsministerens måde, som siger noget om egen skyld i første række.

Det nytter ikke, at man lukker øjnene for, at visse befolkningsgrupper har væsentlig forringede muligheder for at påtage sig et personligt ansvar for egen tandsundhed. Caries er ikke selvforskyldt, men afhænger af kost, socialgruppe og tandsundhed.

Igen i § 2 kommer tandplejen ind som et økonomisk element i samfundet, ikke som en mulig sundhedsmæssig kvalitet. Havde det været kvalitet, der var sat i første række, havde man ikke sat aldersgrænsen ved 16 år for adgang til vederlagsfri forebyggende og behandlende tandpleje. Den ideelle grænse må være dér, hvor gruppen er nogenlunde udvokset og må antages at have opnået en modenhed, der sætter den enkelte i stand til at påtage sig selvstændigt ansvar. Altså bør den ideelle børnetandpleje starte ved tændernes frembrud og gå til 19–20 års alderen. Det er et rent politisk argument at stoppe ved 16 år. Ingen faglige argumenter taler herfor; selv ikke på den i december 1985 afholdte consensuskonference om cariesbehandling var der én eneste ekspert, der sagde god for 16 års alderen. Det er altså igen økonomi og ikke den sundhedspolitiske kvalitet, der tæller.

Indenrigsministerens opblødning i stk. 3 om, at kommunalbestyrelserne kan beslutte, at unge på 16–17 år tilbydes tandpleje, kan være et forsøg på at få forslaget til at se pænere ud. For sammenholder man det med bemærkningerne, hvor indenrigsministeren truer kommunerne med at fastsætte bindende regler for ressourceanvendelsen i børnetandplejen til sikring af opnåelsen af besparelserne, er det meget afgørende for kommunernes valg af, om de vil have ungdomstandpleje til 18 år, at de ved, om det afgørende er det rent faktiske antal børn i tandplejen eller ressourceforbruget ved normfastsættelsen

bliver baseret på samtlige børn i kommunen fra 0 til 16 år, for hvis ikke normfastsættelsen her bliver 18 år, vil der for kommunerne med de allerede stedfundne økonomiske nedskæringer ikke være et valg. De vil simpelt hen ikke have økonomisk mulighed for at tilbyde ungdomstandpleje, bl.a. set ud fra, at stk. 5 i samme paragraf giver forældre mulighed for fravalg af børnetandplejen med ret til tilskud fra kommunen til delvis dækning af udgifter i modsætning til nu, hvor forældrene selv betaler.

Ideologisk set kan der være brug for et fravalg, men i kommuner, hvor der ingen børnetandpleje findes, er det vel så som så med ideologien, og for øvrigt mener vi, at problemet er skabt af indenrigsministeren og ikke af det virkelige liv. Desuden må den gåen fra og eventuelt tilbage til børnetandplejen, når et år er gået, give kommunerne forøget administration, som vil medføre en fordyrelse af børnetandplejen. Personale- og ressourcemæssigt vil børnetandplejen kun kunne planlægges for ét år ad gangen.

Hvordan har indenrigsministeren tænkt sig børnetandplejen skal administrere det forebyggende arbejde, når de f.eks. underviser i klasserne? Skal alle eleverne have samme tilbud, eller skal de elever, hvis forældre har ønsket at fravælge børnetandplejen, holdes udenfor?

Som sagt mener vi, at indenrigsministeren skaber et problem, for der vil også blive fastsat en øvre grænse for udgifterne pr. tusind børn i børnetandplejen. En tilsvarende grænse kan ikke gennemføres i en privat tandlægepraksis. Forældrene kan på den baggrund meget let tro, at de opnår et højere serviceniveau i privat tandlægepraksis for en beskedent egenbetaling, og alene troen herpå kan påvirke forældrenes valg. Endnu mere kan man så undre sig over, at der slet ikke i lovforslaget stilles nogen krav til privat praktiserende tandlæger. Det forebyggende arbejde vil alene stå eller falde med den enkelte tandlæges holdning. Er det forsvarligt, i betragtning af den betydning, netop det forebyggende har haft for børnetandplejen?

I § 4 oplever vi det samme som med ungdomstandplejen: kommunerne kan tilbyde forebyggende og behandlende tandpleje til personer, der på grund af nedsat førtilighed eller vidtgående fysiske eller psykiske handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindeli-