

ler sikrer, at det er de økonomiske prioriteringer og ikke patientbehovet, der bestemmer behandlingen.

Vi har faktisk allerede eksempler på den fremtidige model. I Vestsjællands amt har 24 kommuner indgået rammeaftaler med amtet om at behandle omsorgstandplejepatienter (da kommunerne ikke selv magter denne opgave). Kommunerne har forud defineret deres »behov«, og en omsorgstandplejepatient kan først blive behandlet, når der bliver en plads ledig (når der er en, der dør). Det fremgår af vedlagte statistik, at kommunerne i Vestsjællands Amt hører til blandt de kommuner med den laveste dækningsgrad på omsorgstandplejeområdet. Jeg ser dette som en forsmag på, hvorledes den fremtidige specialtandpleje – baseret på rammeaftaler – kommer til at fungere.

Ved at nærlæse Danmarks Statistiks »Socialstatistik« kan man endvidere se, at der tegner sig et klart billede af omsorgstandplejen. De store kommuner klarer sig bedre end de mindre kommuner. Dårligst af alle klarer de såkaldte »praksiskommuner« sig. Praksiskommunerne har ikke selv kommunal tandpleje, men får opgaverne løst hos de privatpraktiserende tandlæger eller hos andre kommuner.

Konklusionen er,

- 1) der skal en væsentlig population til at drive en bæredygtig specialtandpleje
- 2) hvis finansieringsansvar og behandling skilles ad, bliver behandlingsfrekvensen lav

Sundhedsstyrelsen har lavet nogle beregninger over, hvor stort befolkningsgrundlaget skal være for at drive en bæredygtig amtstandpleje. Man er nået frem til et tal mellem 150.000 og 200.000. Da der på landsplan skønnes at være ca. 23.000 personer, der skal have tilbudt amtstandpleje, svarer det til, at der er 1 amtstandplejepatient pr. ca. 235 indbyggere (og for øvrigt 1 omsorgstandplejepatient pr. ca. 50 indbyggere).

Der er ligeledes foretaget beregninger, der viser, at et amtstandplejeteam kan behandle ca. 550 patienter årligt. Et omsorgstandplejeteam kan behandle ca. 700 patienter årligt. Forskellen afspejler forskellen i specialiseringsniveauet samt kravene til opsøgende arbejde i amtstandplejen.

En population på 150.000 – 200.000 vil have et skønnet antal amtstandplejepatienter på 640 – 850. Svarende til ca. 1½ amtstandlægeteam. Ideelt betragtet skal der dog være 2 teams (ca. 1.100 patienter og et befolkningsgrundlag på ca. 260.000) for at sikre bæredygtighed og vidensudveksling.

Ovenstående tal er baseret på en dækningsgrad på 100 %. Den nuværende amtstandpleje kan kun udvise en dækningsgrad på knap 50 % – hvilket i virkeligheden fordobler populationskravet til 520.000. Af samme grund har Viborg og Ringkøbing amter slået sig sammen om at løse amtstandplejen – tilsvarende for Storstrøm og Roskilde. På den led rammer Landsforeningen Evnesvages Vel plet, når de i deres høringsvar bl.a. skriver:

*Det kan på den ene side konstateres, at det er gået langsomt med udviklingen af amtstandplejen på trods af de ekstra ressourcer, der for få år siden blev tilført til området til udbygningen af amtstandplejen. For at opnå effektivitet er der i bl.a. tre amter lavet en fælles amtstandpleje til betjening af især mennesker med udviklingshæmning. Disse erfaringer tyder på, at grundlaget for en specialiseret amtstandpleje endda burde være større end de nuværende amter.*

LEV repræsenterer den største del af målgruppen for amtstandplejen.

Hvis amtstandplejen dækningsgrad ved udlægningen til kommunerne kommer ned på omsorgstandplejens dækningsniveau (ca. 33 %) vil det kræve et befolkningsgrundlag på 780.000 at sikre bæredygtigheden. Begynder det at lugte af regioner?

Der findes adskillige eksempler på, at mange kommuner hidtil har nedprioriteret behandlingen af vore svageste medborgere. Der findes f.eks. kommuner med mere end 10.000 indbyggere, der har mindre end 10 omsorgstandplejepatienter. Jeg har kontaktet klinikcheferne i nogle af disse kommuner for at høre, hvorfor de ikke havde flere borgere tilknyttet omsorgstandplejen. Alle har samstemmende sagt, at det skyldes politiske prioriteringer. Desværre er følgende presseklip heller ikke enestående: