

# Strukturanalyse af tandplejen

Maj 2023

## Indhold

1. Indledning .....	2
2. Nuværende struktur .....	2
3. Rebild Kommune sammenlignet med andre .....	3
3.1. Forskelle i budget .....	4
3.2. Strukturforskelle.....	4
3.3. Forskelle i tandsundhed .....	5
4. Modeller.....	7
4.1. Model 1: Samling af aktiviteterne på én lokation (0,6 mio. kr.) .....	7
4.1.2. Anlægsinvesteringer.....	8
4.1.3. Transport.....	9
4.1.4. Flere vælger private aktører .....	10
4.2. Model 2: Samling af aktiviteterne på to lokationer (0,3 mio. kr.) .....	11
4.2.1. Terndrup eller Nørager? .....	11
4.2.2. Børsteundervisning på skolerne? .....	11
4.3. Model 3: Reduceret serviceniveau (op til 0,4 mio. kr.) .....	12
4.3.1. Model 3A: Nedlæggelse af kørsel til klassevis undervisning og undersøgelse (0,1 mio. kr.) ....	13
4.3.2. Model 3B: Nedlæggelse af undervisning (0,1 mio. kr.).....	13
4.3.3. Model 3C: Øgede indkaldeintervaller (0,2 mio. kr.) .....	13

## 1. Indledning

Rebild Kommune har i perioden 2011-2014 gennemført en strukturændring, hvor 7 klinikker blev samlet på 3 lokationer; Støvring, Nørager og Terndrup. Ændringen blev vedtaget på baggrund af en strukturanalyse udarbejdet i 2008 af KL's Konsulentvirksomhed i samarbejde med Rebild Kommune. Strukturansens hovedpunkter i forhold til forbedret økonomi var reduktion i personale og antal stole på grund af sammenlægningen, samt opgaveglidning mellem personalegrupper. Opgaveglidning består i at overdrage opgaver til billigere personalegrupper, hvilket medvirker til at begrænse behovet for tandlæger.

Konsekvensen af analysen i 2008 og sammenlægningen i 2011-2014 er, at der nu står 3 forholdsvist nyrenoverede tandplejeklinikker, som er optimerede i forhold til indretning og personaleforbrug. Anlægsomkostningerne til modernisering, ombygning og tilbygning i de nuværende bygninger inklusive udstyr har været 14 mio. kr. Strukturændringen har medført en reduktion i serviceudgifterne på 1,2 mio. kr. om året over de seneste år. Derfor er manøvrer mulighederne i forhold til en økonomisk reduktion i driftsudgifter som følge af en yderligere strukturændring forholdsvist begrænsede. Kendte strukturændringer i andre kommuner i de seneste år har haft sammenlægning som omdrejningspunkt; enten sammenlægninger som den Rebild gennemførte i 2011-2014 eller en samling til én enkelt klinik.

Overordnet set er der to mulige spor til at reducere udgifterne til tandpleje i Rebild Kommune. For det første er det muligt at ændre strukturen på tandplejeområdet ved at samle aktiviteterne på færre lokationer. Med denne løsning vil borgernes serviceoplevelse være uændret, bortset fra øget transport. Samling af aktiviteterne vil dog kræve forholdsvist markante anlægsinvesteringer. For det andet kan den nuværende struktur fastholdes og serviceniveauet reduceres. Det vil medføre forringet tandsundhed og en opgaveflytning fra forebyggelse til behandling.

I denne analyse vil de to spor blive udfoldet i 2 modeller med strukturændringer og 1 model med 3 mulige serviceforringelser. I afsnit 2 beskrives Rebilds nuværende struktur. I afsnit 3 sættes denne struktur i forhold til andre kommuner og i afsnit 4 gennemgås 3 modeller og deres konsekvenser.

## 2. Nuværende struktur

Da det blev besluttet at sammenlægge klinikkerne i 2008, forventedes der en ligelig fordeling med cirka 2.500 patienter i hver klinik. Som det fremgår af tabel 1, har udviklingen været en anden. Det er primært befolkningsudviklingen i kommunen, der har medført en anden fordeling. Der er kommet en markant tilvækst af børnefamilier i Støvring og færre børn i andre områder. Men fordelingen skyldes også, at 217 børn og unge har benyttet deres frie klinikvalg til at komme til klinikken i Støvring i stedet for deres stamklinik. Det er primært børn fra Suldrup og Skørping samt unge, der går på gymnasiet i Støvring der har benyttet sig af det frie klinikvalg. Henholdsvis 7 og 9 har valgt Nørager og Terndrup til i stedet for deres stamklinik.

**Tabel 1: Antal patienter på de 3 klinikker i 2022**

	<b>Støvring</b>	<b>Terndrup</b>	<b>Nørager</b>	<b>I alt</b>
Børn og unge	3.539	2.012	1.716	7.267
Omsorgstandpleje	39	44	31	114
Specialtandpleje	2	17	60	79
<b>I alt</b>	<b>3.580</b>	<b>2.103</b>	<b>1.777</b>	<b>7.460</b>

Til fordelingen i tabel 1 skal det bemærkes, at omsorgstandplejepatienter og specialtandpleje tæller med henholdsvis faktor 2 og faktor 4 i både demografitildelingsmodellen og i arbejdsplanlægningen. Derfor har Terndrup og Nørager en forholdsmæssigt større arbejdsbyrde end det fremgår af tabel 1. Det skal her nævnes, at målgruppen i de kommende år udvides med de 18-21 årige. Den kommende stigning i antal patienter finansieres af øget bloktilskud til kommunen.

Et af de centrale argumenter for at etablere 3 klinikker i 2011-2014 var en afbalancering af et ønske om nærhed og et ønske om effektiv personaleudnyttelse. Med den nuværende struktur svarer den største afstand fra en af kommunens skoler til den nærmeste tandplejeklinik til 13 minutters kørsel. Samtidigt har klinikkerne 1.800-3.600 patienter, hvilket medfører mulighed for effektiv udnyttelse af personaletimerne i forhold til undersøgelse og behandling.

Ved samling af aktiviteterne på færre lokationer vil der blive længere til nærmeste klinik. Der vil derudover være mulighed for at effektivisere receptionsopgaven, og der vil være en driftsbesparelse på forbrugsudgifterne til bygningerne samt udgifterne til rengøring.

I sammenligning med andre kommuner har Rebild Kommune en relativt decentral struktur med forholdsvis få patienter pr. klinik og nogenlunde gennemsnitlige omkostninger pr. patient.

### **3. Rebild Kommune sammenlignet med andre**

I forhold til at sammenligne Rebild Kommune med andre kommuner, tages der i denne analyse udgangspunkt i de sammenligningskommuner, som Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) anvender i benchmarking af kommuner i de såkaldte ECO-nøgletal. VIVE identificerer for hvert driftsområde en række kommuner, som er de mest sammenlignelige.

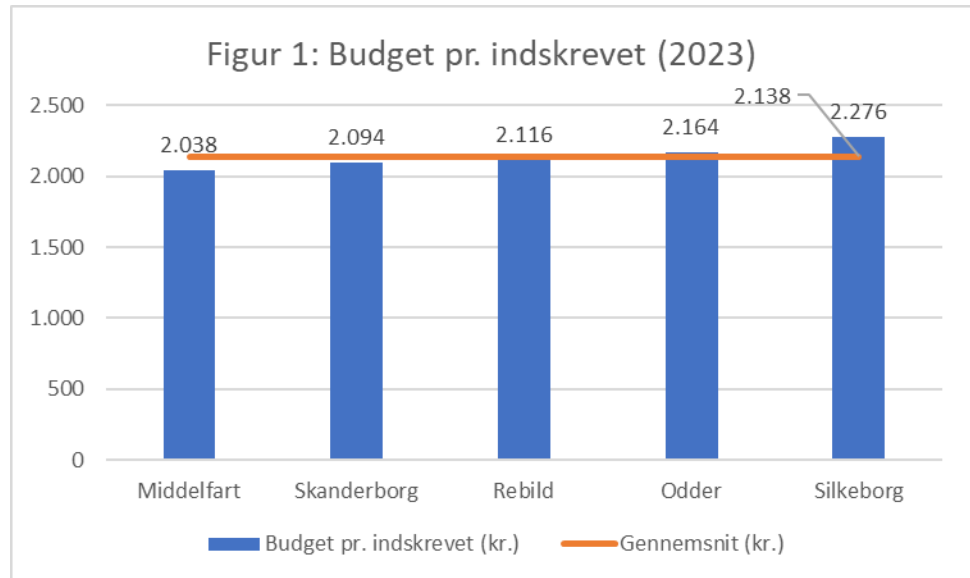
På tandplejeområdet er det primært kommunernes udgiftsbehov, der er afgørende for, hvor meget tandpleje, patienterne i gennemsnit har behov for. Udgiftsbehovet er en indikator, der anvendes i de kommunale udligningsordninger, og de beregnes på baggrund af en række socioøkonomiske faktorer. Udgiftsbehovet har indirekte ofte en væsentlig indvirkning på, hvor mange midler kommunen budgetterer til området. Men der er ikke en lineær sammenhæng mellem udgiftsbehov og budget. Afvigelser mellem udgiftsbehov og budget beregnes som en kommunes ressourcepres.

I Rebild Kommune er borgernes socioøkonomiske forhold relativt gode. Derfor ligger Rebild Kommune i kommunegruppen med lavt udgiftsbehov. Det betyder, at der er gode forudsætninger for en høj tandsundhed. Kommunens budget på området svarer ikke helt til udgiftsbehovet. Derfor er Rebild Kommune i kommunegruppen med et moderat ressourcepres. De øvrige kommuner med et lavt udgiftsbehov og et moderat udgiftspres er Odder, Middelfart, Skanderborg og Silkeborg. Derfor sammenlignes Rebild Kommune i VIVE's nøgletal på tandplejeområdet med disse kommuner. Selvom disse kommuner adskiller sig fra Rebild Kommune på en lang række områder, så vurderer Forvaltningen, at udgiftsbehov og ressourcepres er de mest relevante og gennearbejdede generelle indikatorer for tandplejebehovet. Derfor anvendes VIVE's sammenligningskommuner i denne analyse.

### 3.1. Forskelle i budget

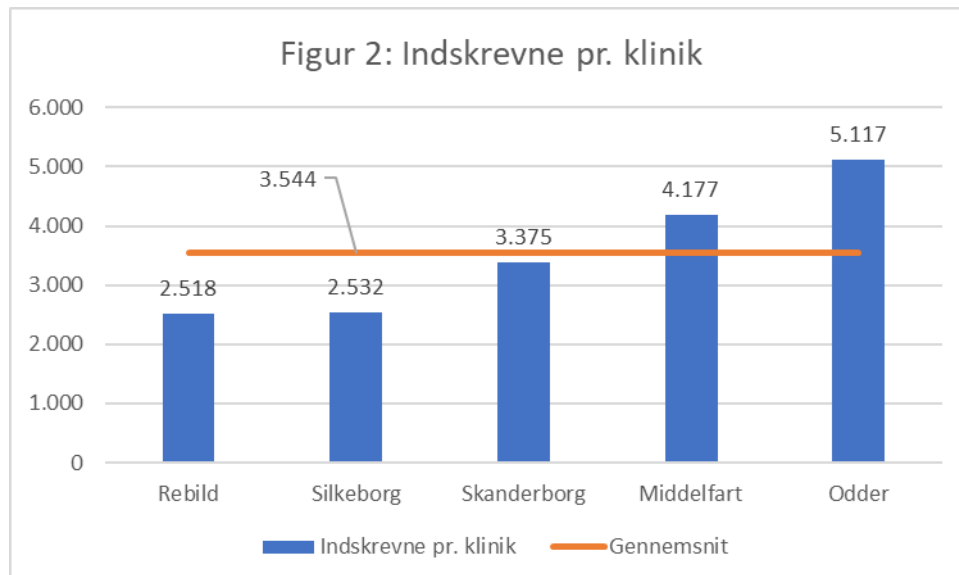
Figur 1 viser, hvordan de 5 kommuner i sammenligningsgruppen placerer sig i forhold til budgetterede serviceudgifter pr. indskrevet i tandplejen. Gennemsnittet for de 5 kommuner er en udgift på 2.138 kr. pr. indskrevet patient. Middelfart har den laveste udgift (5% under gennemsnittet), mens Silkeborg ligger højest (6% over gennemsnittet). Rebild Kommune ligger i midten, 1% under gennemsnittet.

På udgiftsniveauet er der således ingen væsentlige afvigelser, som indikerer, at Rebild Kommunes tandpleje burde være indrettet anderledes.



### 3.2. Strukturforskelle

De 5 sammenligningskommuner har valgt en vidt forskellig struktur for deres tandpleje. I Odder er der én samlet klinik, som ligger midt i kommunen med maksimalt 10 kilometer til kommunegrænsen. Middelfart har én hovedklinik i Middelfart by og én mindre klinik i den modsatte ende af kommunen. Odder og Middelfart har mindre end et halvt så stort et areal som Rebild Kommune, der har 3 klinikker fordelt efter et geografisk nærhedsprincip.



Skanderborg er geografisk en mindre kommune end Rebild. Her er der 5 klinikker til at servicere 2½ gange så mange indskrevne.

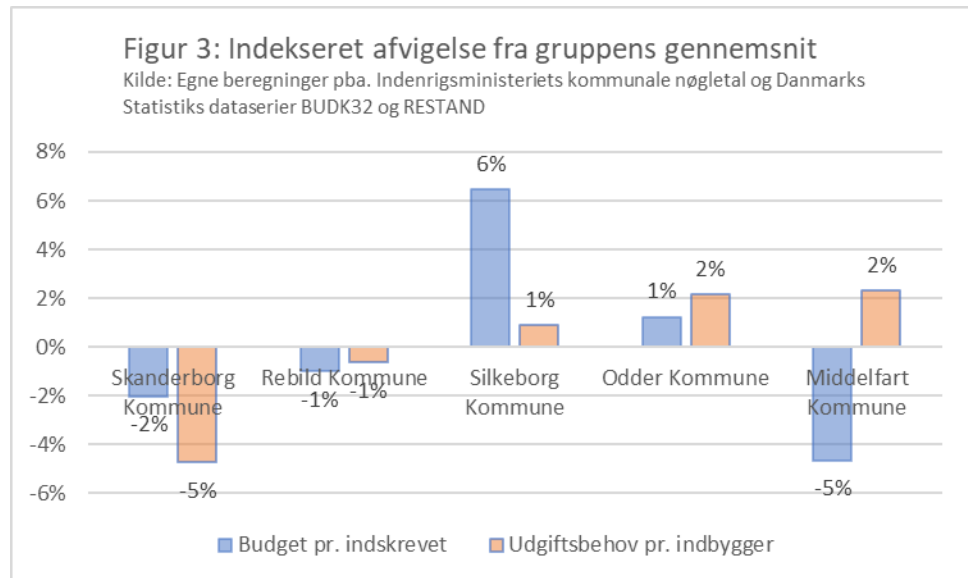
Silkeborg er geografisk den største kommune. Her er der også klart flest klinikker med 5 kommunale behandlingsklinikker og 4 private, som varetager op-

gaven i den nordlige del af kommunen. Dertil kommer 2-3 fortsat fungerende forebyggelsesklinikker på

skolerne i kommunen. Rebild Kommune har således færrest indskrevne patienter pr. klinik og således den mest decentrale struktur. Rebild har dog samtidigt den laveste befolkningstæthed.

Figur 3 viser, hvordan de 5 sammenligningskommuner fordeler sig i forhold til gruppens gennemsnit på udgiftsbehov og budget.

Skanderborg Kommune har det laveste udgiftsbehov pr. indbygger og ligger 5% under gennemsnittet i gruppen. Samtidigt har Skanderborg det laveste budget pr. Indskrevet, som ligger 2% under gennemsnittet. Rebild og Odder kommune har samme sammenhæng mellem udgiftsbehov og budget. Men Silke-



borg adskiller sig ved at have et markant højere budget end udgiftsbehovet tilsiger. Og Middelfart adskiller sig ved et markant lavere budget end udgiftsbehovet tilsiger. Det skal her nævnes, at Silkeborg Kommune i øjeblikket arbejder hen imod en mere centraliseret struktur.

En tilbunds gående analyse af årsagerne til disse forskelle i de 5 kommuner vil kræve en grundig analyse med aktiv deltagelse af de øvrige 4 kommuner og er derfor ikke gennemført. Kendte udgiftsdrivere ud over forskelle i udgiftsbehov kan dog nævnes her: struktur, opgaveglidning, rekrutteringsmuligheder, andel patienter i privat regi og serviceniveau for kørsel, undervisning og indkaldeintervaller.

I Silkeborg Kommune kan den decentrale struktur med mange klinikker og bibeholdelse af forebyggelsesenheder på skolerne forklare en del af afvigelsen. En stor andel patienter i privat regi kan også være en forklaring. Modsat kan en forklaring i Middelfart være en centraliseret struktur, hvor der kun er bibeholdt en enkelte satellitklinik.

En kommunes udgiftsbehov som konsekvens af indbyggernes socioøkonomiske status er således en vigtig årsag til kommunens budget til tandpleje. Men strukturelle valg kan ligeledes betyde meget for den omkostning, som en kommune har ved at drive tandpleje. Hvis der sker en samling af aktiviteterne på færre lokationer i Rebild Kommune, vil der være flere indskrevne pr. klinik, men et lavere budget til serviceudgifter pr. indskrevet patient.

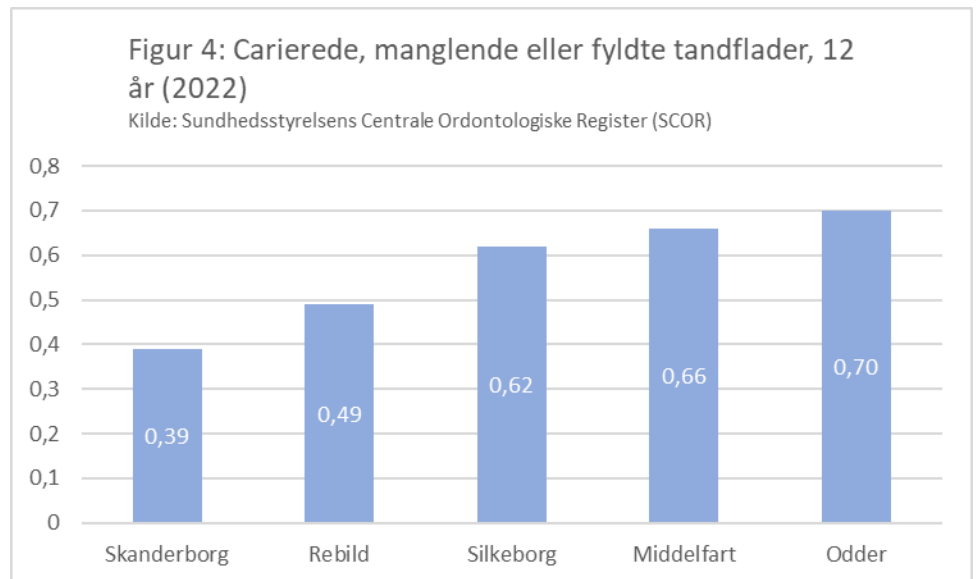
### 3.3. Forskelle i tandsundhed

En kommune er forpligtet til at indkalde børn på 7, 12, 15 og 18 år til undersøgelse, fordi deres tandsundhed skal registreres til sammenligning på disse årgange. En af de indikatorer, der anvendes, er DM-

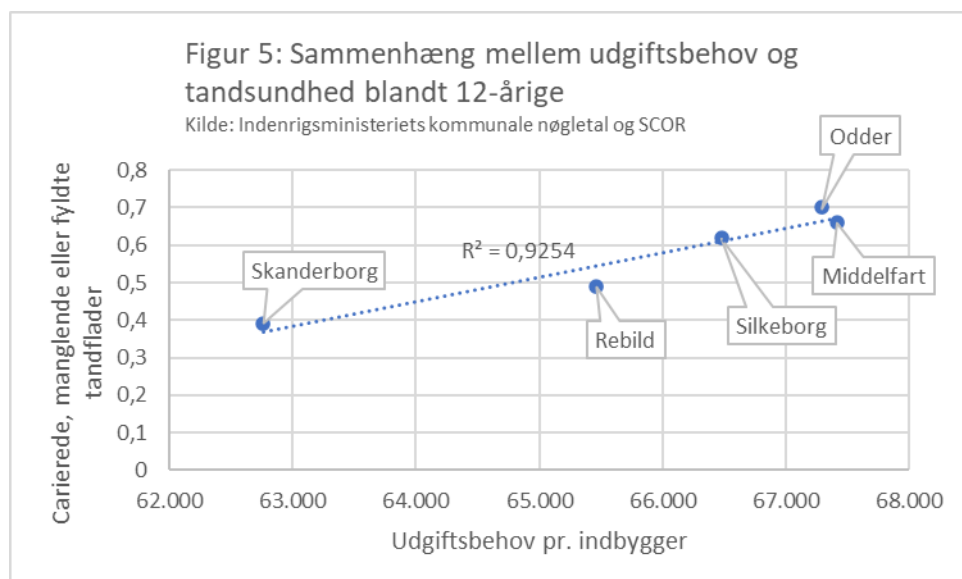
FS-scoren (decay-missing-filled surfaces (for permanent teeth)). Dette er et udtryk for, hvor mange tandoverflader, patienterne på de enkelte årgange i gennemsnit enten er carierede, manglende eller fyldte.

Figur 4 viser, at de 12-årige patienter i Rebild Kommune i gennemsnit har 0,49 tandflader, der enten har et hul, der skal laves, et hul, der er lavet, eller mangler (dvs. at de mangler en eller flere blivende tænder).

De 12-årige er udvalgt for at gøre sammenhængen nemmere at overskue. Tendenserne er stort set de samme for de øvrige registrerede årgange.



Som det fremgår af figur 4, så ligger Silkeborg Kommune midt i gruppen, ligesom det var tilfældet med Silkeborg Kommunes udgiftsbehov i figur 3. Der er altså intet, der tyder på, at de højere udgifter i Silkeborg har nogen nævneværdig indvirkning på tandsundheden. Dette skyldes formentlig, at udgifterne primært kan tilskrives forskelle i struktur frem for serviceniveau. Middelfart og Odder Kommune har næsten samme udgiftsbehov i figur 3 og næsten samme tandsundhed i figur 4, men de følger dog ikke helt tendensen med udgiftsbehovet som styrende faktor for tandsundheden.



Figur 5 viser den direkte sammenhæng mellem udgiftsbehov og tandsundhed. Den stiplede tendenslinje viser den lineære sammenhæng mellem DMFS-score og udgiftsbehov. Hvis der havde været en perfekt lineær sammenhæng, havde alle kommunerne ligget præcis på linjen, og den R-kvadrerede værdi havde været 1. Placeringer så tæt på linjen og en R-kvadreret værdi på 0,9254 er udtryk for en meget stærk

sammenhæng. I samfundsvidenskabelige undersøgelser er grænsen for en konstateret korrelation oftest 0,65. Lidt forsimplet kan det udtrykkes som at 92,54 % af tandsundheden i sammenligningsgruppen kan forklares af udgiftsbehovet og lidt over 7% skal forklares af andre forhold. Til sammenligning er sammenhængen mellem de budgetterede udgifter pr. indskrevet og DMFS-scoren blot en R-kvadreret værdi på 0,06. Her er der altså en lineær sammenhæng. Dette indikerer, at de strukturelle forskelle i tandplejen har en stor indvirkning på tandplejens udgiftsniveau uden at have betydning for tandsundheden.

## 4. Modeller

### 4.1. Model 1: Samling af aktiviteterne på én lokation (0,6 mio. kr.)

Hvis alle tandplejens aktiviteter samles på én lokation, vil det være muligt at reducere tandplejens budget med 0,6 mio. kr. uden at forringe serviceniveauet i opgaveløsningen. Reduktionen realiseres ved at 0,4 mio. kr. i lønudgifter bortfalder i forhold til patientmodtagelsen, fordi der i stedet for 3 modtagelser, kun vil være én modtagelse. Derudover vil udgifterne til rengøring og forbrugsudgifter blive reduceret med en tredjedel, svarende til 0,2 mio. kr. Dette skyldes dels et mindre samlet antal kvadratmeter samt en øget energieffektivitet i bygningsmassen.

Den nuværende struktur indeholder 4 klinikrum i Støvring til bøjlebehandling samt 4 almindelige klinikrum, 4 klinikrum i Nørager og 4 klinikrum i Terndrup. Ved en samling vil der være behov for 14 klinikrum i alt. Dette betyder en reduktion på 2 klinikrum, som ud over reduktion i forbrugs- og rengøringsudgifter vil give en årlig besparelse på 0,1 mio. kr. i årlige anlægsudgifter til indkøb og vedligehold af udstyr.

Med denne løsning vil Rebild Kommune ligge med det laveste budget i sammenligningsgruppen (7% under gennemsnittet) og det klart højeste antal indskrevne patienter pr. klinik (7.554 på den ene klinik). Da ingen af de nuværende klinikker kan udvides, vil der dog være behov for at bygge en ny tandklinik.

Fordele ved model 1:

- Uændret serviceniveau for forebyggelse, undersøgelse og behandling
- Begrænsede konsekvenser for tandsundheden
- Større fagligt miljø
- Bedre rekrutteringsmuligheder

Ulemper ved model 1:

- Anlægsinvesteringer på 30-40 mio. kr., hvis der skal bygges nyt
- Kommunale kørselsudgifter øges til klassevis undervisning og undersøgelse
- Borgernes transporttid og -omkostninger øges til individuelle undersøgelser og behandlinger
- Ikke mulighed for decentrale aktiviteter på grund af krav til udstyr
- Flere udeblivelser og afbud – særligt fra vanskeligt stillede familier
- Flere vil vælge privat tandlæge, hvilket kan betyde øgede omkostninger for kommunen

Den klart mest hensigtsmæssige placering af én samlet klinik i forhold til transport og rekruttering vil være i Støvring. Derfor er der udelukkende lavet beregninger på denne placering. Fordele og ulemper bliver uddybet i de følgende afsnit.

#### **4.1.1. Fagligt miljø og rekruttering**

Samling af aktiviteterne vil betyde et større fagligt miljø. Det vil betyde øget mono- og tværfaglig sparring, hvilket vil resultere i en højere faglig kvalitet i opgaveløsningen. Derudover bidrager større enheder til en mere attraktiv rekrutteringsposition. Rekrutteringen er en særlig udfordring i tandplejen. Stort set alle medarbejdere arbejder på deltid, fordi de også har deltidsansættelser i private klinikker eller i andre kommunale tandplejer. Det er begrænset udbud af medarbejdere på området. De medarbejdere, der ønsker ansættelse, vælger selv hvilke dage, de arbejder i Rebild Kommune. Hvis ikke dette er muligt, takker de generelt nej til ansættelse.

Et større fagligt miljø er attraktivt særligt for yngre medarbejdere i branchen. Derudover er en placering i Støvring – tæt på motorvejen – attraktiv for de fleste medarbejdere. Disse to forhold kan medvirke til, at det bliver lettere at rekruttere til tandplejen i Rebild Kommune.

#### **4.1.2. Anlægsinvesteringer**

I de kommende år udvides tandplejens målgruppe gradvist på grund af lovændringen, der sikrer gratis kommunale tandpleje til de 18-21 årige. Det betyder, at den nuværende kapacitet vil blive benyttet fuldt ud på samtlige klinikker. Ingen af de nuværende klinikker kan således modtage større patientgrupper fra de øvrige distrikter. Dertil kommer, at ingen af de nuværende klinikker kan udvides bygningsmæssigt. Dette skyldes for det første bygningernes indretning, for det andet bygningsreglementet på matriklerne og for det tredje, at driftsbesparselsen er afhængig af, at bygningen indrettes specifikt som en samlet enhed, som er en forudsætning for at reducere antallet af kvadratmeter og personalebehovet til patientmodtagelse.

Der er ikke undersøgt andre specifikke løsninger, som fx leje af lokaler eller ibrugtagning af kommunale lokaler, der ombygges til samlet tandplejeklinik. Ved en sådan løsning er det afgørende for at realisere besparelspotentialet, at der sker en ombygning, som sikrer kvadratmetereffektivitet og hensigtsmæssig indretning.

Forvaltningen lægger de nedenstående forudsætninger til grund for prisestimatet på 30-40 mio. kr.

- Prisen er ca. 30.000 kr. eksklusive moms pr. m<sup>2</sup> at bygge en ny tandklinik. Dette estimat er baseret på en omkostningsvurdering af lignende tandplejebyggerier i andre kommuner.
- De nuværende 1.442 m<sup>2</sup> kan erstattes af et byggeri på ca. 1.100-1.300 m<sup>2</sup>. Dette indebærer 2 færre klinikrum samt et mindre samlet fællesareal til venterum, personalefaciliteter og sterilisation
- Udstyret fra Nørager skal udskiftes i stedet for flyttes, da det ifølge vedligeholdelsesplanen for sammenlægningen i 2011-2014 skulle udskiftes allerede i 2016
- Der vil være en mindre løbende anlægsbesparelse på udstyr til de to sparede klinikrum på 0,1 mio. kr. om året.
- De nuværende lokaler på alle 3 matrikler vil kunne anvendes til andre kommunale formål eller sælges.



#### 4.1.3. Transport

På nuværende tidspunkt er der en kommunal kørselsordning til den klassevise undervisning og periodiske undersøgelser. Budgettet er på 0,1 mio. kr. om året. Kørselsordningen betyder, at børn fra 3. klasse køres til klassevis undervisning, undersøgelser og screening. Det betyder, at hver klasse i gennemsnit køres 0,77 gange om året. Klasserne på de skoler, der ligger ved de nuværende klinikker, bliver ikke kørt. På Bavnebakkeskolen bliver børnene kørt i 3.-4. klasse. Årsagen til, at de ikke går sammen med læreren, er at reducere tiden til transport. Øster Hornum Skole bliver kørt fra 3.-6. klasse.

Den samlede transport har den fordel, at arbejdsopgaverne kan tilrettelægges meget effektivt. Der er ingen udeblivelser, få afbud og få, der flytter tiden. Og på 3. og 5. klassetrin kan det kombineres med undervisning i tandhygiejne. Ordningen er således med til at reducere spild af løntimer. Samtidigt gavner den forældrene, der ikke skal køre i arbejdstiden.

Hvis al tandplejeaktivitet samles i Støvring, vil det få betydning for transporttiden. Med den nuværende tandplejestruktur skal der køres 75 klasser om året i 2026, hvor udgiftsreduktionen skal være fuldt implementeret. De forventede 126 klasser i 2026 skal nemlig til klassevis undersøgelse mindre end en gang om året. Hvis tandplejestrukturen ændres, skal 97 klasser køres årligt. Dette skyldes, at der vil være 11 klasser fra Terndrup og 11 klasser fra Nørager som nu skal køres i stedet for at gå. Udgiften til den kommunale transport vil blive øget med 0,04 mio. kr. ved denne ændring. Hvis skolestrukturen ændres, vil det selvfølgelig få betydning for de beregnede transporttider.

**Tabel 2: Transporttid fra skoler til tandplejeklinik**

Stamklinik	Skole	Klassekørsler	Transporttid, begge veje (minutter)		
			3 klinikker	Samlet klinik	Ændring
Terndrup	Terndrup	11	0	48	48
	Blenstrup	5	16	38	22
	Bælum	5	14	52	38
	Skørping	15	30	22	-8
Nørager	Nørager	11	0	44	44
	Suldrup	11	42	24	-18
	Ravnkilde	5	24	34	10
	Haverslev	5	26	28	2
Støvring	Øster Hornum	6	24	24	0
	Bavnebakken	13	6	6	0
	Karensminde	9	0	0	0
<b>Vægtet gennemsnit</b>			<b>14</b>	<b>25</b>	<b>11</b>

Kilde: Rebild Kommunes elevtalsprognose for 2026 samt Google Maps. Afstand til ny klinik er beregnet ud fra beliggenhed i Støvring centrum og for skolerne i Støvring og Øster Hornum er transporttiden forudsat uændret. Skolestrukturen er forudsat uændret.

Tabel 2 viser, at de elever, der skal til undersøgelse på nuværende tidspunkt i gennemsnit, bruger 14 minutter på selve kørslen om året. Dertil skal der lægges tid til, at klassen kommer ind i bussen og ud af bussen. Men selve køretiden er i gennemsnit 14 minutter. Der er stor forskel på den forbrugte tid, som det fremgår af kolonnen, hvor køretiden med 3 klinikker er beskrevet. Den er selvsagt lavest på de skoler, der har en tandplejeklinik på matriklen. Den højeste køretid forekommer i Suldrup, der er tilknyttet Nørager som stamklinik. Her bruger eleverne 42 minutter på at komme frem og tilbage. Skørping er den

næsthøjeste, hvor selve kørslen tager 30 minutter frem og tilbage til Terndrup, hvor skolen har stamklinik.

Hvis klinikkerne samles i Støvring, vil eleverne i gennemsnit få 25 minutters kørsel. Det er særligt eleverne i Terndrup og Nørager, der vil få markant øget transporttid, mens eleverne i Suldrup og Skørping vil få reduceret transporttiden. Ændringen vil altså betyde en øget gennemsnitlig transporttid på 11 minutter for den enkelte elev.

Ændringen vil også betyde, at de elever, der skal til individuel behandling, skal køres af deres forældre eller tage offentlig transport. Det vil få de største konsekvenser for forældrene fra Terndrup- og Nøragerområderne, hvor de nu skal hente børnene og køre dem, i stedet for, at de større børn selv kan gå til tandklinikken. Men generelt vil det også betyde mere kørsel for forældrene. Både den øgede kommunale kørsel og den øgede forældre kørsel vil ud over at kræve tid, også være forbundet med omkostninger og klimapåvirkning. For forældre, der ikke har bil, betyder det markant øget transporttid, og i nogle tilfælde vil det betyde, at familien vælger ikke at komme til aftalen. Der vil være flere familier uden bil i de kategorier, der i forvejen har flere undersøgelser og behandlinger.

I 2022 havde tandplejen 17.096 aftaler i alt. Ved 64% af aftalerne mødte patienten frem som aftalt. Ved 29% blev der meldt afbud og 7% af aftalerne endte med en udeblivelse. Hvis andelen af afbud og udeblivelser øges, vil det dels have betydning for effektiviteten i arbejdsplanlægningen, ligesom det har betydning for tandsundheden, at der går længere før en patient, undersøges eller behandles. Det har indgribende betydning for den enkeltes tandsundhed, hvis aftalen slet ikke gennemføres. Det skete dog kun i 18 tilfælde i 2022.

#### **4.1.4. Flere vælger private aktører**

Alle patienter kan frit vælge at få en privat klinik til at udføre tandplejens opgaver. For de 0-15 årige er der en egenbetaling på 35%, mens kommunen afholder hele udgiften for de 16-21 årige. Forvaltningen forventer, at der vil ske et øget tilvalg af private klinikker i de områder, hvor der ikke længere er en kommunal klinik. Dette forventes særligt at gælde de 16-21 årige, der ikke har nogen egenbetaling, og i mindre grad for de 0-15-årige, der skal egenbetale 35% af en privat tandlægerregning.

Alle data tyder på, at dette giver en dyrere tandpleje, end hvis opgaven løses i den kommunale tandpleje. Der findes ikke noget systematisk forskning på dette, men det er KL's klare vurdering, at det er tilfældet. I Rebild Kommune har der siden 2015 været 207 patienter fra og med de 16 år, der været tilknyttet en privat klinik. Samtlige år har den gennemsnitlige regning for en patient i privat regi været højere end den gennemsnitlige kommunale omkostning. Hvor den kommunale omkostning i perioden 2015-2022 i gennemsnit har ligget på 1.712 kr. pr. patient i aldersgruppen, har den private omkostning været 3.019 kr. pr. patient. Det svarer til en merudgift på 76% i forhold til den kommunale omkostning. I de økonomiske gevinster i denne analyse er denne konstaterede merudgift ikke indregnet. Dels fordi der ikke findes systematisk evidens, men også fordi omfanget af fravalg af den kommunale tandpleje er ukendt. Det kan dog få konsekvenser for udgiftsniveauet i tandplejen, og det er derfor et nævneværdigt opmærksomhedspunkt.

#### **4.2. Model 2: Samling af aktiviteterne på to lokationer (0,3 mio. kr.)**

Model 2 bevarer klinikken i enten Terndrup eller Nørager og samler resten af aktiviteterne i Støvring. Med model 2 er der også behov for at bygge nyt. Der skal bygges omkring 900 kvadratmeter, hvilket betyder, at anlægsudgifterne vil ligge på ca. 25 mio. kr. Reduktionen af personale til patientmodtagelse vil være 0,2 mio. kr. og forbrugsudgifter og rengøring kan reduceres med 0,1 mio. kr. Der vil samlet set kunne reduceres med ét klinikrum, hvilket vil betyde en løbende anlægsbesparelse på 0,05 mio. kr. om året til indkøb og vedligehold af udstyr til klinikrummet.

Med denne løsning vil Rebild Kommune ligge med det næstlaveste budget i sammenligningsgruppen (3,5% under gennemsnittet) og i midten med antal indskrevne patienter pr. klinik (3.777 pr. klinik). Fordele og ulemper vil være de samme som ved model 1. Både de positive og negative effekter vil dog kun gælde for de patienter og aktiviteter, der flyttes til Støvring.

Fordele ved model 2:

- Uændret serviceniveau for forebyggelse, undersøgelse og behandling
- Begrænsede konsekvenser for tandsundheden
- Større fagligt miljø for medarbejderne i Støvring
- Bedre rekrutteringsmuligheder, hvis klinikken i Terndrup sammenlægges i Støvring

Ulemper ved model 2:

- Anlægsinvesteringer på ca. 25 mio. kr., hvis der skal bygges nyt
- Kommunale kørselsudgifter øges til klassevis undervisning og undersøgelse
- Borgernes transporttid og -omkostninger øges til individuelle undersøgelser og behandlinger
- Ikke mulighed for decentrale aktiviteter på grund af krav til udstyr
- Flere udeblivelser og afbud – særligt fra vanskeligt stillede familier
- Flere vil vælge privat tandlæge, hvilket kan betyde øgede omkostninger for kommunen

##### **4.2.1. Terndrup eller Nørager?**

Terndrup og Nørager har nogenlunde samme profil i forhold til patientantal, størrelse og socioøkonomisk status blandt patienterne. Hvis der skal træffes beslutning om, hvilken der bør lukkes er fordelene ved Terndrup, at lokalerne og udstyret er i en bedre stand. Det er dog meget svært at rekruttere til Terndrup. I Nørager skal 3 af de 4 klinikrums udstyr skiftes. Men på grund af beliggenheden er det væsentligt nemmere at rekruttere medarbejdere.

##### **4.2.2. Børsteundervisning på skolerne?**

Forvaltningen har undersøgt muligheden for at flytte de mindst specialiserede opgaver (klassevis undervisning i tandbørstning) ud på decentrale lokationer som de forebyggelsesklinikker, der stadig eksisterer i Silkeborg, men ellers generelt er nedlagt i kommunerne.

Fordelene ved dette vil være, at børnene sparer transporttid i 0., 3., 5. og 8. klasse, og at kommunen kan reducere et mindre beløb til kørsel. Samtidigt bevares en vis nærhed i de opgaver, der ikke kræver specialiseret udstyr. Ulemperne er, at undervisningen afleder andre opgaver, der kræver behandling. Derfor skal nogle af eleverne indkaldes til en klinik med udstyr. På nuværende tidspunkt klares det i for-

bindelse med undervisningen. Derudover vil det kræve et mindre beløb til anlægsinvesteringer at indrette egnede rum med faciliteter, der kan leve op til standarderne for klinisk arbejde.

En undersøgelse af erfaringerne fra Silkeborg Kommune understøtter denne konklusion. Her opfattes de ikke specialiserede decentrale enheder som dyre at drifte og meget lidt attraktive for medarbejderne. Silkeborg Kommune har planer om at afvikle de decentrale enheder og bygge en stor central klinik.

#### 4.3. Model 3: Reduceret serviceniveau (op til 0,4 mio. kr.)

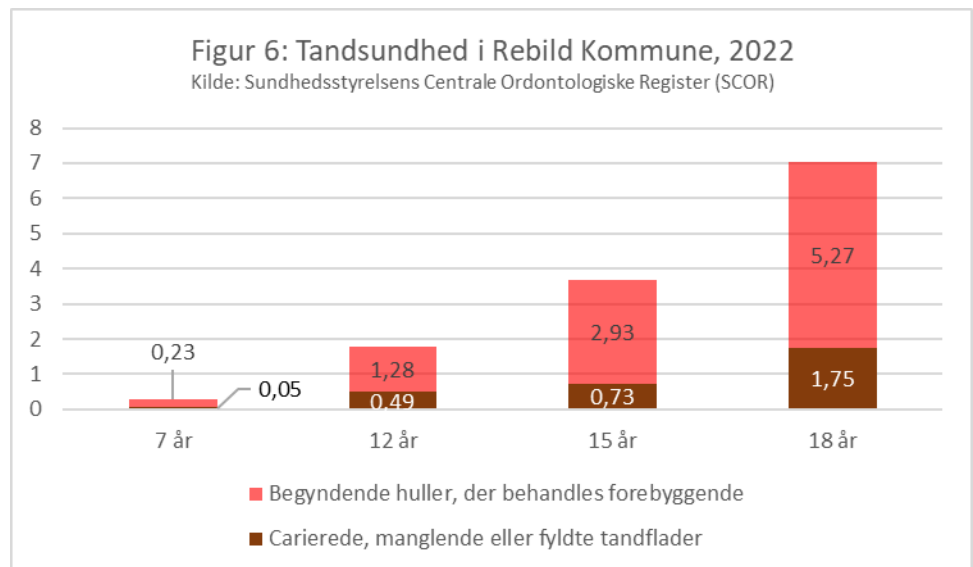
Tandpleje er generelt en skal-opgave, som kommunen har en forsyningsforpligtelse til at levere – enten ved selv at udføre den eller at få den udført af en leverandør. Der er dog visse opgaver, som kommunen delvist kan nedprioritere. Alle forventes at have konsekvenser for tandsundheden i kommunen, men konsekvenserne konkrete omfang kendes ikke, da der ikke er lavet systematiske undersøgelser eller forskning på området. I dette afsnit vil følgende servicereduktioner blive beskrevet:

- A. Nedlæggelse af kørsel til klassevis undervisning og undersøgelse
- B. Nedlæggelse af undervisning
- C. Øgede indkaldeintervaller

Som ved model 1 og 2 beskrives modellernes indhold, fordele og ulemper. Ulemperne omhandler primært forringet tandsundhed.

Som nævnt i afsnit 3.3 har Rebild Kommune den gode tandsundhed, som de socioøkonomiske forhold i kommunen tilsiger. Årsagen til dette er, at der gennemføres forebyggende arbejde og at indkaldeintervalene ikke er for lange.

I Figur 6 vises dels DM-FS-tallene for de 7-, 12-, 15- og 18-årige, men det fremgår også, hvor mange tandflader, der i



gennemsnit har begyndende huller. For at disse ikke skal udvikle sig til behandlingskrævende huller, skal der ske en forebyggende indsats. Dette gøres dels individuelt i forbindelse med undersøgelse eller behandling og gennem klassevis undervisning. Det betyder, at hvis der går længere mellem børnenes undersøgelser, så vil der komme flere behandlingskrævende huller. Den længere tid kan både komme gennem udsatte tider på grund af transportproblemer, og som konsekvens af øgede indkaldeintervaller. Ligeledes vil manglende undervisning i tandhygiejne også betyde, at børnene vil få flere huller.

#### **4.3.1. Model 3A: Nedlæggelse af kørsel til klassevis undervisning og undersøgelse (0,1 mio. kr.)**

Som beskrevet i model 1, sørger kommunen for at køre eleverne til klassevis undervisning og undersøgelse på den tandklinik, der er tilknyttet skolen. Hver klasse fra 3. klasse og opefter køres mindre end én gang om året. Dette betyder dels, at elevernes forældre ikke skal hente børnene på skolen og køre dem til tandklinikken. Men det betyder også, at tandplejen kan lave en meget effektiv arbejdsplanlægning, da der ikke kommer afbud, udeblivelser eller tider, der bliver flyttet.

Kørsel er ikke en del af lovgivningen eller de kliniske retningslinjer. Det er en faldende andel af kommunerne, der har en kørselsordning.

Fordele ved model 3A:

- Udgiftsreduktion på 0,1 mio. kr.
- Ingen anlægs- eller investeringsudgifter
- Børn har altid deres forældre med. Dette skaber trykthed, og nogle behandlinger kan gennemføres med det samme i stedet for en ny aftale.

Ulemper ved model 3A

- Forældre skal hente deres børn på skolen og transportere dem til tandklinikken. Det vil typisk foregå i forældrenes arbejdstid
- Nogle forældre vil ikke have mulighed for at transportere deres børn. Dette vil medføre aflysninger og udeblivelser
- Effektiviteten i arbejdsplanlægningen bliver væsentligt forringet for klinikernes ressourceudnyttelse
- På grund af vanskeligheder med transport, kan nogle børn fra vanskeligt stillede familier udeblive

#### **4.3.2. Model 3B: Nedlæggelse af undervisning (0,1 mio. kr.)**

Eleverne undervises i tandsundhed i 0., 3., 5. og 8. klasse. Kommunen har mulighed for at undlade at gennemføre denne undervisning. Ifølge de kliniske retningslinjer vil det betyde, at informationen skal gives i forbindelse med individuelle undersøgelser og behandlinger. Formålet med undervisningen er at lære børnene at passe på deres tænder. Når denne undervisning nedprioriteres, forventes det at få konsekvenser for tandsundheden.

#### **4.3.3. Model 3C: Øgede indkaldeintervaller (0,2 mio. kr.)**

Tandplejen indkalder sunde børn til undersøgelse efter individuelt fastsatte intervaller. Målsætningen er et 17 måneders interval i gennemsnit. De sunde børn kategoriseres som grønne og udgør 75% af børne- og ungepatienterne. Hvis der observeres problematikker ved undersøgelse, kategoriseres patienten som gul. Det betyder, at der gennemføres en individuel konsultation efter 8 måneder, og efter 17 måneder gennemføres der igen en undersøgelse. Et barn i gul kategori udløser således en individuel konsultation yderligere i perioden på 17 måneder. Ved alvorlige problematikker kategoriseres patienten som rød. Det betyder, at der indkaldes hver 4. måned. Det er 5% af patienterne, der er i den røde kategori.

Ifølge National klinisk retningslinje for fastlæggelse af indkaldeintervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen (Sundhedsstyrelsen 2016) skal indkaldeintervallet ligge mellem 12 og 24 måneder for

sunde børn. Det betyder, at der er mulighed for at ændre det indkaldeinterval, der tages udgangspunkt i, fra 17 måneder til 24 måneder. For det enkelte barn skal der dog altid foretages en faglig og individuel vurdering af, hvornår næste indkaldelse skal finde sted. De børn, der kan vurderes til 24 måneder, skal gentagne gange have vist, at familien kan varetage tandsundheden og ikke har nogen relevante risikofaktorer. Dertil kommer, at det er lovpligtigt at registrere patienternes tandsundhed til indberetning, når de er 5, 7, 12 og 15 år. Derfor skal børnene indkaldes på disse årgange, hvilket reducerer det reelle indkaldeinterval marginalt fra de 17 måneder til 15 måneder.

Hvis indkaldeinterval på 17 måneder ændres til 24 måneder som udgangspunkt, vil det reelt medføre, at 18 indkaldelser bliver til 13 indkaldelser, hvis en patient er i grøn kategori fra fødslen og indtil forløbet hos den kommunale tandpleje, afsluttes som 21-årig. For denne gruppe er det en reduktion på 28% af indkaldelserne til undersøgelse, der bortfalder. Det forlængede standardindkaldeinterval vil dog betyde, at 15% flere individuelt vil blive vurderet til at være i den gule kategori, hvor indkaldeintervallet i gennemsnit er hver 8. måned. En patient i gul kategori fra 1-21 år har 32 indkaldelser, og et barn i rød kategori har 63 indkaldelser fra 1-21 år.

Med reduktionen i indkaldeintervallet vil et barn i alderen 1-21 år blive indkaldt 21 gange i stedet for 23 gange. Det betyder, at tandplejen vil have cirka 500 færre indkaldelser om året. Det svarer til en reduktion på 7% i antallet af indkaldelser.

Det vil få negative konsekvenser for tandsundheden at øge indkaldeintervallerne, da der vil gå længere tid, hvor begyndende huller bliver til behandlingskrævende huller. Dermed kan der også komme afledte udgifter til øget behandling.

Drøftet på Kultur-, Fritids- og Sundhedsudvalgets møde, den 10. maj 2023.