

Tandplejen i Grønland

Indsatsområder 2006-2012

En projektbeskrivelse

August 2006
Kystledelsen

Tandplejen i Grønland Indsatsområder 2006-2012

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	s. 3
Projektbeskrivelse –	s. 4
Indsatsområde 1 –	Personale – normeringer, rekruttering og fastholdelse...	s. 7
Indsatsområde 2 –	Registrering af tandsundhed.....	s.11
Indsatsområde 3 –	Formulering af tandsundhedsmål.....	s. 12
Indsatsområde 4 –	Bekendtgørelse og retningslinier.....	s. 13
Indsatsområde 5 –	Forbedrede uddannelser for klinikassistenter og kigutigissaasut.....	s. 15
Indsatsområde 6 –	Passiv profylakse med saltfluoridering.....	s. 16
Indsatsområde 7 –	Forbedrede efteruddannelsesmuligheder.....	s. 17
Indsatsområde 8 –	Intensiveret indsats for forebyggelse og sundheds- fremme.....	s. 18
Indsatsområde 9 –	Indførelse af elektronisk patientjournal.....	s. 20

Bilag

Tandplejen i Grønland Indsatsområder 2006-2012

Resumé

Tandplejen i Grønland befinder sig i disse år i en meget vanskelig situation, som i særlig grad har udviklet sig i løbet af de seneste 10-15 år, og som primært skal ses på baggrund af de store vanskeligheder forbundet med rekruttering af tandlæger – og her især fastansatte tandlæger.

Tilsvarende er tandsundheden i dagens Grønland ringe, og den mærkbare forbedring, som kunne dokumenteres i 1980'erne og til dels i 1990'erne, er afløst af forringelser.

Ønskes en permanent ændring mod bedre tandsundhed må der først og fremmest prioriteres på en sundhedspædagogisk indsats i videste forstand i et bredt samarbejde med det øvrige samfund som en naturlig del af folkesundhedsprogrammet.

Sideløbende må der satses kraftigt på rekruttering og fastholdelse af tandlæger – herunder en markant opnormering – som et nødvendigt fundament under såvel forebyggelse som behandling.

Dette lægger op til en politisk stillingtagen: Skal de disponible ressourcer – primært ved kigutigissaasut - i større omfang frigøres til forebyggende og sundhedsfremmende arbejde? Og kan der tilføres tandplejen flere ressourcer, så både det forebyggende og det behandlende – primært ved tandlægerekruttering - kan tilgodeses langt bedre?

Der foreslås i perioden 2006 til 2012 at satse primært på følgende **9 indsatsområder**:

Personale – normeringer, rekruttering og fastholdelse. Der anbefales markante opnormeringer på såvel tandlæge- som medarbejderside, og der lægges vægt på fastansættelse af tandlæger som det endelige mål, samtidig med en satsning på kvalificerede vikarer som en sideløbende nødvendighed.

Registrering af tandsundhed. Der er igangsat genetablering af denne registrering som en helt nødvendig forudsætning for målsætning, evaluering og planlægning og gennemførelse af forebyggelses og sundhedsfremme.

Formulering af tandsundhedsmål som en forudsætning for meningsfyldt og målrettet planlægning.

Reviderede udgaver af Bekendtgørelse og Retningslinier er på trapperne som en forudsætning for hensigtsmæssig forvaltning af tandplejens dagligdag.

Forbedrede uddannelser for klinikassistenter og kigutigissaasut er igangsat i en klar erkendelse af behovet for forbedrende revisioner på dette væsentlige område.

Forbedrede efteruddannelsesmuligheder for hele personalet vil i den foreslåede form med genskabelse af Tandplejemøderne have såvel en faglig som en socialt set meget stor betydning.

Passiv profylakse ved saltfluoridering er der fremsat forslag til, idet det skønnes af meget stor værdi at kunne tilbyde befolkningen den store reduktion i kariesforekomsten, som alene dette tiltag vil betyde inden for en overskuelig årrække.

Intensiveret indsats for forebyggelse og sundhedsfremme opfattes som afgørende vigtigt, såfremt målet er at opnå en varigt forbedret tandsundhed for den grønlandske befolkning – i erkendelse af, at man ikke kan tandbehandle sig ud af ringe tandsundhed. Der søges naturligvis til enhver opretholdt som minimum et tandbehandlingstilbud som angivet i bekendtgørelse og retningslinier.

Indførelse af elektronisk patientjournal er et ønske, som når det kan gennemføres vil give store fordele journalmæssigt og registreringsmæssigt.

TANDPLEJEN I GRØNLAND

Indsatsområder 2006 – 2012

Ansvarlige

Det politiske ansvar ligger hos landsstyremedlemmet for sundhed og det overordnede, driftsmæssige ansvar ligger i Kystledelsen ved cheftandlægen. Alle tandplejens medarbejdere har et medansvar.

Problematisering

Historie

Det oprindelige grønlandske fangersamfunds tænder var uden karies, hvilket bl.a. kan ses hos de mumificerede lig fra Qilakitsoq omkring 1475. Tænderne var slidt, revnede og snavsede – men uden karies. I takt med, at Grønland kom i tættere kontakt med den vestlige civilisation, ændredes befolkningens tandstatus. Allerede i 1913-14 kunne påvises, at de store handelspladser var alvorligere angrebet af karies end udstederne. Den meget store befolkningstilvækst i århundredets første del nødvendiggjorde en meget omfattende import af fødevarer – herunder et stort udbud af sukker og sukkerholdige produkter. Herved var der skabt grundlag for en markant udvikling af caries i befolkningen.

Op igennem århundredet opbyggedes et efter forholdene ganske pænt traditionelt behandlerapparat til brug for reparation af de mange tandskader. I årene 1930-1940 udsendte Grønlands Styrelse mindst én tandlæge om året til Vestgrønland. I begyndelsen af 1950'erne blev der i de større byer ansat helårstandlæger, og i 1974 var der således ansat 21 tandlæger og 3 sæsonstandlæger til 48.000 indbyggere.

Fra midten af 70'erne og de næste 20 år satsedes kraftigt på den forebyggende indsats – ikke mindst ved skabelsen af kigutigissaasoq – de grønlandske tandplejere. Desværre lykkedes det ikke at få skabt udbredt forståelse for den grundlæggende betydning af egenomsorg, og selv de sidste 30-40 år, hvor viden herom er søgt stærkt udbredt, er det på ingen måde afgørende lykkedes af få budskabet til at give effekt.

Inden for de seneste 15 år er vanskelighederne ved at få især fast ansatte tandlæger til Grønland blevet markante. En normering, der i forvejen på ingen måde var i stand til at opfylde dagens krav til behandling, har ikke kunnet udfyldes. I dag står det mere end nogensinde fast, at Grønland aldrig kan behandle sig ud af den ringe tandsundhed.

Konklusion

Økonomiske og politiske forhold har basalt betydning for, i hvilket omfang man her og nu kan imødekomme smertelindring og reparationsbehov. Ønskes der yderligere en permanent ændring imod bedre tandsundhed, må der først og fremmest med stor kraft prioriteres på en sundhedspædagogisk indsats i videste forstand – fra tandplejens egne rækker og – især – i et bredt samarbejde med det øvrige samfund. Sideløbende må der satses på rekruttering og fastholdelse af tandlæger – herunder en markant opnormering – som et nødvendigt fundament under såvel forebyggelse som behandling.

I dag

Tandplejetilbuddet i dag kan – noget firkantet og generaliseret – ses illustreret i bilag 1, og konsekvenserne ved den negative udvikling i tandplejen ses i bilag 2.

Der er tilkendegivet et stort fagligt og politisk ønske om i muligt omfang at

opnå varige forbedringer for tandsundheden i Grønland. Der er opstillet en **idealmodel** for, hvordan man kunne ønske sig tandplejen i Grønland – se bilag 3. Herværende projektbeskrivelse baseres på ønsket om at komme så tæt på denne idealmodel, som muligt, da modellen angiver en kurs, der fører mod tandplejens overordnede mål – se senere.

Man kan i denne forbindelse sige, at Grønlandstandplejen i dag har nogle overordnede problemstillinger, som det er strengt nødvendigt at forholde sig til og i muligt omfang søge løst:

Skisma vedrørende indsats børn >< voksne

På den ene side er det, såfremt der ønskes en varig forbedring af tandsundheden i befolkningen, ubetinget nødvendigt at ændre holdning og adfærd i relation til egenomsorg med særligt henblik på børnene – og dermed bevarelse af tandsundheden gennem hele livet.

På den anden side opnås forståelse herfor hos den voksne befolkning alt andet lige kun i meget ringe omfang, når dennes krav til og ønsker om nødvendig tandbehandling ikke kan imødekommes.

Erkendelsen af dette skisma lægger op til alvorlige økonomiske overvejelser og en konstant balancegang – en fleksibel og pragmatisk holdning til prioritering og planlægning – på landsplan såvel som lokalt.

Uligheder

Den grønlandske befolkning er på det tandplejemæssige område genstand for en række uligheder, hvoraf nogle ikke umiddelbart lader sig påvirke:

Uligheder i relation til	By >< bygd	Distrikterne imellem	Sociale forskelle	Børn >< voksne
1) Tandsundhed	X	X	X	X
2) Adgang til tandpleje	X	X		
3) Tilbud om tandpleje	X	X		X
4) Ønsker og krav fra befolkningen	X	X		X

- 1)** Årsagerne skal først og fremmest ses på baggrund af forskelle i forbindelse med antal indbyggere pr. tandlæge, ansvarlighed (behov, traditioner, normer), fastlagte prioriteringer (til fordel for børnene), personaleforhold (fx rekruttering af tandlæger), økonomi (fx i forhold til bygdebetjening), geografiske forhold (fx antal og beliggenhed af bygder) klinikfaciliteter (forskel by og bygd)
- 2)** Der er først og fremmest en reel ulighed mellem by og bygd, men mangel på tandlæger giver også problemer distrikterne imellem.
- 3)** Der er uundgåeligt ulighed mellem by og bygd, og som det nok mest påtrængende mellem børn og voksne, hvor det bør være et mål, at voksne med udvist egenomsorg får et passende tilbud uden forringelse på børne- og ungdomssiden.
- 4)** Der er fortsat en mærkbar forskel mellem normer og tradition mellem den lokale grønlandske befolkning og udenlandske især danske tilflyttere, men forskellen synes at mindskes, og der er grund til at antage, at denne udvikling fortsætter.

Overordnet mål

Grønlandstandplejens overordnede og langsigtede mål er at sikre, at befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling udvikler hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevarer disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet.

Operationelle mål med tidsplan

- 2006 Efterår: Revision af tandplejens to uddannelser påbegyndes. Bekendtgørelse og retningslinier for tandplejen foreligger underskrevet.
Genindførelse af OCR-registrering af tandsundhed.
Specifikationskrav og program fastlægges for elektronisk patientjournal
Foreløbige mål for tandsundheden formuleret
- 2007 Primo: Landsdækkende kigutigissaasoq ansættes.
Efterår: Klinikassistentuddannelse efter nyt koncept startes. Samtlige skolebørn OCR-registreres for tandsundhed, og alle småbørn, unge og voksne, der kommer på tandklinikkerne, OCR-registreres.
Ultimo: Operationelle mål for tandsundhed justeres første gang. Saltfluoridering indføres.
Etablering af elektronisk patientjournal igangsat.
- 2008 Primo: Øget normering: 3,2 tandlæger, 5 KA 1) og 1 klinisk tandtekniker.
Efterår: Kigutigissaasoq-uddannelse efter nyt koncept startes.
- 2009 Primo: Øget normering: 1,8 tandlæger, 3,5 KA, 7,9 KIG 2) og 2 kliniske tandteknikere.
Efterår: Der er uddannet mindst 15 klinikassistenter efter nyt uddannelseskoncept
- 2010 Primo: Øget normering: 2,5 tandlæge og 2 KA.
- 2011 Primo: Øget normering 3 tandlæger, 2 KA og 9 KIG
Efterår: Der er uddannet mindst 10 kigutigissaasut efter nyt uddannelseskoncept

1) KA = klinikassistent, 2) KIG = kigutigissaasoq
Se også under de enkelte indsatsområder.

Indsatsområder

Metoder og midler til at nå det overordnede mål

- 1) Personale – normeringer, rekruttering og fastholdelse
- 2) Registrering af tandsundhed
- 3) Formulering af sundhedsmål
- 4) Bekendtgørelse og retningslinier
- 5) Forbedrede uddannelser for klinikassistenter og kigutigissaasut
- 6) Passiv profylakse ved saltfluoridering
- 7) Forbedrede efteruddannelsesmuligheder
- 8) Intensiveret indsats for forebyggelse og sundhedsfremme
- 9) Indførelse af elektronisk patientjournal

Økonomi

Se under de enkelte indsatsområder samt samlet oversigt se bilag 7.

Evaluering

Der evalueres løbende svarende til alle operationelle mål, og evalueringen gælder såvel proces som resultat. Se under de enkelte indsatsområder.

Indsatsområde 1 – Personale – normeringer, rekruttering og fastholdelse

Baggrund

Tilstedeværelse af **tandlæger** er en helt indlysende forudsætning for udførelse af tandbehandling, ligesom tandlæger er en meget vigtig faktor i forbindelse med stabil gennemførelse af forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter. Fastansatte tandlæger er til enhver tid langt at foretrække for vikarer med henblik på kontinuitet og trygge arbejdsforhold i distrikterne.

Tandlægesituationen i dagens Grønland er præget af følgende 3 uheldige forhold:

- 1) Store vanskeligheder med at få udfyldt de eksisterende normeringer
- 2) Store vanskeligheder især med rekruttering af fastansatte tandlæger
- 3) For få tandlægeårsværk til de mange opgaver

Kigutigissaasoq – den grønlandske tandplejer – er først og fremmest uddannet til planlægning og udførelse af forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, hvorfor tilstedeværelse af et passende antal i distrikterne er af afgørende betydning for dette meget vigtige arbejde. Antallet af kigutigissaasut i arbejde i tandplejen i dag er af flere årsager for lille såvel hvad angår årsværk som reelt ansatte. De senere års ustabilitet i tandplejen har angiveligt forårsaget afgang, og uddannelsen har i en årrække været stillet i bero. Dertil kommer, at de senere års uheldige udvikling har medført, at der lægges for stor vægt på klinisk arbejde ved stolen på bekostning af udadvendt, opsøgende arbejde.

Tilstedeværelse af **klunikassistenter** er først og fremmest en betingelse for gennemførelse af effektivt tandlægearbejde. Antallet af årsværk og ansatte er i dag rimeligt – især i betragtning af den vanskelige situation med tandlæger.

Tilstedeværelse af **tandteknikere** – laboratorietandteknikere såvel som kliniske tandteknikere – er en forudsætning for gennemførelse af det store protetiske arbejde, som er nødvendigt i disse år. Især på kortere sigt er tandteknikerbemandingen utilstrækkelig.

Behov/handling

Behov for **tandlægenormeringer** vil altid afhænge af, hvilken form for tandpleje, man ønsker sig. Der har som nævnt de seneste 10-15 år ved flere lejligheder været tilkendegivet politisk tilslutning til den idealmodel for tandplejen i Grønland, som fremgår af bilag 2.

På denne baggrund er de eksisterende tandlægenormeringer alt for små.

Sammenligninger med andre lande skal altid tages med et vist forbehold, men der er her rimelighed i at foretage en vis sammenligning med tandplejeforholdene i Norden.

I Danmark er der fx 1.030 indbyggere per tandlæge (ratio indbygger/tandlæge).

I Grønland er tallet over 1.800 – med et behandlingsbehov, der er flere gange større. Der er således behov for flere normeringer, såfremt kravene til såvel forebyggelse som behandling skal imødekommes.

I tabel 1 ses forslag til prioriteret nynormering af tandlæger i projektperioden - angivet som antal tandlæger i relation til antal indbyggere pr. tandlæge (ratio).

Tabel 1

Distrikt	Normering/ratio							
	Status 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Nanortalik	1,5 / 1.600	1,5 / 1.600	2/1.200					
Qaqortoq	1,3 / 2.500	1,3 / 2.500	2/1.700					
Narsaq	1 / 2.090	1 / 2.090				2/1.050		
Paamiut	1 / 2.100	1 / 2.100				2/1.200		
Nuuk	8,5 / 1.750	8,5 / 1.750	10/1.500			11/1.350		
Maniitsoq	1,7 / 2.150	1,7 / 2.150		2/1.800				
Sisimiut	3 / 2.040	3 / 2.040		4/1.500				
Kangaatsiaq	1 / 1.480	1 / 1.480						
Aasiaat	2 / 1.650	2 / 1.650			3/1.100			
Qasigiannuit	0,9 / 1.500	0,9 / 1.500						
Ilulissat	2,5 / 2.000	2,5 / 2.000			4/1.200			
Qeqertarsuaq	1 / 1.030	1 / 1.030						
Uummannaq	1,5 / 1.700	1,5 / 1.700		2/1.260				
Upernavik	1,5 / 1.960	1,5 / 1.960	2/1.500					
Qaanaaq	0,5 / 1.700	0,5 / 1.700						
Tasiilaq + Itt	2 / 1.780	2 / 1.780						
Ekstra tandlæger		Uændret	3,2	1,8	2,5	3		
I alt			10,5					

Tabel 1, forslag til nynormeringer af tandlægestillinger 2007–2012, i relation til situationen i 2006

Der er her - så meget det er muligt - taget hensyn til behov for klinikfaciliteter og sideløbende større behov for medarbejdere.

Udgangspunktet for kravet om flere normeringer har først og fremmest været ønsket om følgende to forhold:

1) Afskaffelse af ene-tandlægedistrikter

Herved undgås perioder uden tandlæge og et urimeligt arbejdspress på den enlige tandlæge.

2) Opnåelse af et antal indbyggere pr. tandlæge på ikke over 1.500

Herved gives bedre end i dag mulighed for at arbejde hen imod tandplejens overordnede målsætning. Der er under alle omstændigheder tale om en prioritering af ressourcer i erkendelse af, at det optimale ikke kan opnås inden for denne projektperiode. I den forbindelse bør enkelte mindre distrikter fortsat kun have én tandlæge.

I erkendelse af de i disse år endog meget store vanskeligheder med at rekruttere fastansatte tandlæger, er en sideløbende indsats til sikring af bedst mulige vikarer af største betydning. Der er indledt et sådant arbejde og påbegyndt etableringen af en fast tandlægevikarstab til sikring ikke blot overhovedet af tilstedeværelse af tandlæger i distrikterne, men også meget gerne en vis kontinuitet.

For såvel fastansatte som vikarierende tandlæger gælder det, at mulighederne for at gøre ansættelsesforholdene mere attraktive føles stærkt begrænsede. Tidspunktet for opståelse af vanskeligheder med rekruttering af fastansatte tandlæger faldt stort set sammen med Hjemmestyrets overtagelse af sundhedsvæsenet. Disse vanskeligheder bliver igen og igen sammenkædet med følgende forhold:

- Feriefrirejse blev ændret fra hvert år til hvert andet år
- Ret til fri hjemtransport af bohavne blev ændret fra efter to år til først efter tre år
- Stigende vanskeligheder med folkeskolen
- Store problemer i forbindelse med daginstitutioner
- Lønspørgsmål
- Boligforhold, hvor sundhedsvæsenet tidligere rådede over sin egen boligmasse

Der foreligger mange udtalelser, der bekræfter ovenstående, men det er planen yderligere at foranstalte en spørgeskemaundersøgelse for så tydeligt som det er muligt at fastslå årsagerne. Under alle omstændigheder peger alt på, at der i høj grad er tale om politisk betingede forhold.

Det bør fremhæves, at problemer med fastansættelser langt fra alene er et tandlægespørgsmål, men i høj grad også rammer ikke bare lægerekrutteringen, men i stigende omfang også sygeplejerskerne. Der er således tale om et bredt fundamentalt behov i sundhedsvæsenet – og dermed et bredt ønske om ændringer.

Der er under alle omstændigheder al mulig behov for at påvirke ansættelsesforholdene i gunstig retning via fx overenskomstforhandlinger, hvilket gøres i størst muligt omfang. Der synes at være grundlag for en vis optimisme på dette område i forbindelse med såvel fastholdelse af ansatte som forbedring af tilbuddet til stabile og velkvalificerede vikarer.

Og der er al mulig behov for yderligere intensivering af rekrutteringsarbejdet. Således er der aftalt et begyndende samarbejde herom med Dansk Tandlægeforening som en umiddelbar opfølgning af de netop gennemførte overenskomstforhandlinger.

Det skal fremhæves, at der er årsager til rekrutteringsproblemerne, som ligger uden for Grønlands rækkevidde – i første række læge-, sygeplejerske- og tandlægemangel i de lande, som Grønland af sprogmæssige årsager kan rekruttere fra. Derudover ses et tilsyneladende generelt skift i adfærd, hvor fx tandlæger i mindre grad end tidligere ønsker at binde sig et enkelt sted for længere tid.

Alt i alt medfører disse forhold et endnu større behov for at forholde sig til de løsningsmuligheder, som ligger inden for rækkevidde.

Kigutigissaasok-situationen er bl.a. præget af eftervirkningerne af en periode med afbrudt uddannelse og stor afgang fra faget. Dette forhold, og manglen på især fastansatte tandlæger har medvirket til den *opgaveglidning*, der har fundet sted for kigutigissaasoks vedkommende – væk fra den vigtige sundhedspædagogiske indsats hen imod klinik behandling. Tandlægemanglen har også påvirket uddannelsesforløbet i negativt retning, idet konceptet herfor er meget afhængigt af medvirken af den lokale tandlæge. Der er således stort behov for revision af uddannelseskonceptet, og der er behov for uddannelse af flere kigutigissaasut.

Antallet af **klinikassistenter** skal justeres først og fremmest i takt med øgning af tandlægestaben, og uddannelsen skal revideres – se under indsatsområde 5.

På **tandteknikersiden** er der behov for en vis kvantitativ justering over perioden.

I tabel 2 ses påkrævet opnormering inden for projektperioden for klinikassistenter, kigutigissaasut, kliniske tandteknikere og laboratorietandteknikere – i nødvendigt samspil med opnormeringen af tandlæger.

Tabel 2

	Status 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	I alt	Heraf nye	% forøgelse
KA	58,5	58,5	3,5	5	2	2		71	12,5	21,3
KIG	22,1	22,1		7,9		9		39	16,9	76,5
Lab.tek.	4	4						4	0	0
Kl.tek.	4	4	1	2				7	3	75

Påkrævet opnormering inden for projektperioden for klinikassistenter (KA), kigutigissaasut (KIG), laboratorietandteknikere (Lab.tek.) og kliniske tandteknikere (Kl.tek.) – i nødvendigt samspil med opnormeringen af tandlæger.

Økonomi

I tabel 3 ses behovet for udvidelse af den økonomiske ramme inden for projektperioden for samtlige medarbejderkategorier.

Tabel 3

Personalekategori	2008	2009	2010	2011	I alt
Chefdistriktstandlæge					
Distriktstandlæge	2,7/1.350.000	1/ 500.000	2,5/1.250.000	1,8/900.000	8/4.000.000
Distriktstandlæge med filialtillæg		0,8/404.500		1,2/606.000	2/1.010.500
Specialtandlæge orto	0,5/270.000				0,5/270.000
Klinikassistent	5/1.000.000	3,5/700.000	2/400.000	2/400.000	12,5/2.500.000
Kigutigissaasog		7,9/1.856.500		9/2.115.000	16,9/3.971.500
Laboratorietandtekniker					0
Klinisk tandtekniker	1/255.000	2/510.000			3/765.000
Total	2.875.000	3.971.000	1.650.000	4.021.000	12.517.000
Øvrige udgifter – 1)	135.000	90.000	125.000	150.000	500.000
TOTAL	3.010.000	4.061.000	1.775.000	4.171.000	13.017.000

Behov for udvidelse af den økonomiske ramme inden for projektperioden for samtlige medarbejderkategorier. 1) udregnet med kr. 50.000 i gennemsnit pr. ekstranormeret tandlægestilling.

Det fremgår, at der i alt i perioden ønskes en udvidelse af budgetrammen på over 13 mio. kr. alene på personalesiden.

Evaluering og operationelle mål

I takt med forbedrede forhold såsom øgningen af personalenormeringen og forbedrede rekrutteringsmuligheder skal der ud over mål for tandsundhed – se indsatsområde 3 – opstilles en række mål for indsatsen på forskellige vigtige områder.

Der er her tale om forhold som fx:

Nedbringelse af uligheden i relation til adgang til og tilbud om tandpleje mellem distrikterne og mellem by og bygd

Der skal eksempelvis opstilles mål for reduktion af den store forskel i adgang til tandpleje mellem by og bygd.

Øget tilbud om tandpleje til unge og voksne med udvist egenomsorg

Med genindførelse af OCR-registreringen (registrering af tandsund) fås data, der bl.a. viser, hvor mange unge og voksne, som regelmæssigt kommer til tandplejen. Herved bliver det teoretisk muligt at sætte mål for en indsats til øgning af målgruppen. Og med øgede tandlægeressourcer bliver det også realistisk at gøre det.

Indsatsområde 2 – Registrering af tandsundhed

Baggrund

Registrering af tandsundhedstilstanden er af afgørende betydning for formulering af mål for tandsundheden – og evaluering af indsatsen - og dermed for meningsfyldt planlægning og gennemførelse af forebyggelse og sundhedsfremme. Af samme årsag indførte Grønlandstandplejen i 1983 - efter model fra den danske børnetandpleje - den såkaldte OCR-registrering (Optical Character Recognition), som i en årrække leverede uundværlige sundhedsdata. Registreringen var i en 12-årig periode manuelt udført - baseret på anvendelse af særlige blanketter. Indførelse af elektronisk registrering af forskellig art slog fejl, og i dag må konstateres, at mange data er gået tabt, og al registreringsaktivitet er indstillet.

Behov/handling

Der er et akut behov for genindførelse af registrering af tandsundheden. Med baggrund i den vanskelige personalesituation især på tandlægesiden genoptages i første række det oprindelige manuelle registreringskoncept med anvendelse af OCR-registreringsblanketter. Blanketten udfyldes som en del af den sædvanlige tandundersøgelse og udføres én gang om året. Den ene blanketdel udgør en del af journalen, mens den anden indsendes til optisk læsning hos IBM i Århus. Der indsendes to gange årligt, og tandplejen modtager en gang om året udvalgt tabelmateriale, der indgående belyser tandsundhedsstatus blandt de undersøgte. Som standard registreres alle børn og de unge og voksne, som besøger tandklinikkerne. Registreringsarbejdet foregår i samarbejde med IBM og i faglig sparring med professor, dr.odont. Sven Poulsen, Århus Universitet. I takt med mulighederne for indførelse af en egnet elektronisk patientjournal – se under indsatsområde 9 - er det hensigten at lade den manuelle registrering afløse af elektronisk registrering og indberetning.

Tidsramme

Etableres inden udgangen af 2006.

Økonomi

Engangsudgifter forbundet med ændring af tabeludskrift i det tidligere grønlandskoncept
Årlige udgifter forbundet med indlæsning og tabeludskrivning
Afventer svar fra Niels Chr. Hansen, IBM

Evaluering

Evaluering sker såvel på proces som resultat.

Operationelle mål

Samtlige skolebørn og alle småbørn samt unge og voksne, der kommer på klinikken, er registreret fra og med år 2007.

Indsatsområde 3 – Formulering af tandsundhedsmål

Baggrund

Ambitiøse og realistiske mål er en forudsætning for al meningsfyldt og målrettet planlægning af forebyggende og sundhedsfremmende indsats inden for tandplejen. Målformulering kræver dokumenteret viden. Tandplejen var tidligere i stand til at fremlægge sådan dokumentation via den omtalte OCR-registrering – og dermed også i stand til først at opstille hensigtsmæssige mål på lands- og distriktsplan og dernæst at følge udviklingen i tandsundhed. Bilag 4 viser eksempler på positiv udvikling i tandsundheden i Grønland for 15-20 år siden.

Registreringen er bortfaldet og dermed også grundlaget for formulering af tandsundhedsmål.

Behov/handling

Der er akut behov for formulering af såvel overordnede landsmål som lokale mål for det enkelte distrikt, og dette vil finde sted i større målestok, så snart genetableret registrering har medført fremskaffelse af data for tandsundheden.

Der vil umiddelbart blive opstille de samme måltyper, som gjorde sig gældende i 1980'erne, dels fordi de er fagligt hensigtsmæssige, dels fordi det giver mulighed for sammenligninger med tidligere tal.

Der formuleres mål for aldersgrupperne 5 år, 12 år og 15 år, og der måles på følgende parametre:

- 1) Den procentuelle andel af 5-årige børn, der ikke har karies.
- 2) Den samlede karieserfaring. *Karieserfaring* er et udtryk for tilstedeværelse af ubehandlet karies samt følgetilstandene efter karies dvs. tandfyldninger og tandudtrækninger.
- 3) Den procentuelle andel af personer med særlig alvorlig karies (de såkaldte *alvorlighedszoner 3+4*).

Efterfølgende ses vises eksempler på tidligere formulerede mål – og dermed også på aktuelt planlagte måltyper. Efter en periode på 7 år med OCR-registrering af tandsundheden formuleredes i 1990 følgende mål for tandplejen i Grønland:

Alder	Måltype	Status 1986	Mål 1993	Mål 2000
5 år	Kariesfri	27,1 %	Mindst 45 %	Mindst 60 %
5 år	Zone 3+4	63,9 %	Højst 30 %	Højst 15 %
12 år	Kariesfri	5,8 %	Mindst 15 %	Mindst 20 %
12 år	Zone 3+4	41,8 %	Højst 20 %	Højst 15 %
12 år	DMF-T		4,5 %	3 %
15 år	Kariesfri	1,3 %	Mindst 5 %	Mindst 8 %
15 år	Zone 3+4	63 %	Højst 55 %	Højst 45 %

Forklaringer

- OCR:** *Optical Character Recognition. De manuelt udfyldte registreringsblanketter indlæses optisk.*
- Zone 3+4:** *Karies registreres ved undersøgelsen i relation til alvorlighed og inddeles i 4 zoner. Zone 3+4 udtrykker karies i alvorlig grad*
- DMF-T:** *Den samlede karieserfaring udtrykkes i DMF-S (oftest) og i DMF-T. D = decayed (karies), M = Missing (trukket ud), F = Filled (med fyldninger) – enten angivet pr flade (S = Surface) eller pr. tand (T = Tooth)*
Brug af små bogstaver - def-s - indicerer mælketænder

Mål

Som det er fremgået, er det fornemste grundlag for formulering af troværdige tandsundhedsmål bortfaldet med den manglende registrering. Med forbehold herfor, og under forudsætning af, at i hvert fald hovedparten af de i denne projektbeskrivelse anførte ressourcekrav imødekommes, opstilles følgende foreløbige mål:

Alder	Status 1991		Mål 2012	
	Karieserfaring	Kariesfri	Karieserfaring	Kariesfri
5 år	10,2 defs	27,2 %	8 defs	30 %
12 år	8,1 DMFS	14,4 %	6 DMFS	20 %
15 år	11,4 DMFS	7,9 %	11 DMFS	12 %

Så snart der foreligger nye data for tandsundhed – forventet ultimo 2007 – kan målene blive justeret.

Økonomi

Inden for budgetrammen.

Evaluerings

Tandsundheden evalueres løbende på baggrund af de behandlede data fra OCR-registreringen.

Indsatsområde 4 – Bekendtgørelse og retningslinier

Baggrund

Tandplejens nuværende lovgrundlag er:

- Instruks for tandlæger af 26. november 1975 med mindre ændringer i 1978.
- Ministeriet for Grønlands bekendtgørelse nr. 42 af 1. februar 1978 om offentlig tandpleje i Grønland osv.
- Sundhedsstyrelsens cirkulære af 1. maj 1986, Cirkulære om uddannelse til grønlandske tandplejere (kigutigissaasoq) i Grønland.
- Hjemmestyrets bekendtgørelse nr.7 af 30. marts 1993 om brugerbetaling i sundhedsvæsenet.

- Landstingsforordning nr.15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser m.v., § 15-18.
- Landstingsforordning nr. 3 af 23. maj 2000 om sundhedsvæsenets styrelse og organisation.

Tandplejens regelgrundlag er som det fremgår af ovenstående en blanding af forordninger, bekendtgørelser og cirkulærer, hvoraf flere er af ældre dato. Ifølge Landstingsforordningen (nr. 15 af 6. november 1997) har børn til og med den skolepligtige alder ret til gratis tandbehandling. Voksne har kun ret til behandling (ud over nødbehandling) i det omfang, behandling er mulig med de eksisterende ressourcer. Endvidere fastsætter forordningen regler for betaling ved transport ved alvorlig tandsygdom, behandlinger foretaget i udlandet samt krav om, at befolkningen kun kan modtage tandpleje i det sundhedsdistrikt, hvor personen er tilmeldt folkeregisteret.

Endelig fremgår det af Landstingsforordningen, at Landsstyret fastsætter nærmere regler for, hvilke tandbehandlingstilbud, sundhedsvæsenet kan tilbyde. Disse regler er dog ikke blevet fastsat, hvorfor tandplejen i den daglige drift i praksis anvender flere forskellige forskrifter som regelgrundlag. Det drejer sig om *"Ministeriet for Grønlands bekendtgørelse nr. 42 af 1. februar 1978 om offentlig tandpleje i Grønland osv."* og *"Instruks for tandlæger af 26. november 1975 med mindre ændringer i 1978"*. I tvivlstilfælde anvendes *"Landstingsforordning nr.15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser m.v., § 15-18"*.

"Ministeriet for Grønlands bekendtgørelse nr. 42 af 1. februar 1978 om offentlig tandpleje i Grønland osv." definerer personkredsen, der har ret til vederlagsfri tandbehandling, og hvilken behandling, det drejer sig om. Desuden fastlægges flere detaljer i den praktiske drift herunder offentliggørelse af åbningstider, adgang til videregående tandbehandling, misrøgt, forskellige gruppers særrettigheder, retningslinier for klageadgang samt muligheder for dækning af befodringsudgifter i forbindelse med tandbehandling.

"Instruks for tandlæger af 26. november 1975 med mindre ændringer i 1978" fastlægger tandplejens overordnede prioritering og operationelle målsætninger på lands- og distriktsplan. Derudover fastlægges tandplejens organisation, opgaver, behandlingsprincipper, drift af tandklinikkerne samt distriktets økonomiske og administrative praksis.

Behov/handling

Det er skønnet påkrævet at foretage en revision af nuværende bekendtgørelse og cirkulære, hvorfor der er igangsat ny udgave af en *Hjemmestyrets bekendtgørelse om tandpleje og Retningslinier om Grønlandstændplejen*, sidstnævnte til erstatning for *Instruks for tandlæger af 26. november 1975 med mindre ændringer i 1978*.

Tidsramme

Såvel bekendtgørelse som retningslinier forventes underskrevet i efteråret 2006.

Økonomi

Inden for budgetrammen.

Evaluering

Såvel bekendtgørelsen som retningslinierne vil med passende mellemrum blive vurderet med særlig henblik på, om de lever op til forventningerne og harmonerer med de faglige og økonomiske krav og muligheder.

Indsatsområde 5 – Forbedrede uddannelser for klinikassistenter og kigutigissaasut

Baggrund

Tandplejens to uddannelser – til klinikassistent (KA) og tandplejer (kigutigissaasok/KIG) – blev udviklet i løbet af 1970'erne i et tæt samarbejde med Dansk Tandlægeforenings Kursusnævn og Skolen for Klinikassistenter og Tandplejere ved Århus Tandlægehøjskole. De to uddannelser udfyldte et stort savn, da der tidligere ikke fandtes uddannelser på området i Grønland. For begge uddannelser gjaldt, at de baseredes på en kombination af korrespondancekursus og mesterlæreprincippet med lokal tandlæge som studievejleder. Uddannelsen til KIG er beskrevet i Sundhedsstyrelsens cirkulære af 1. maj 1986, *Cirkulære om uddannelse til grønlandsk tandplejer (kigutigissaasok) i Grønland*. Cirkulæret indeholder tillige en beskrivelse af den grønlandske KA's arbejdsopgaver.

Formålet med KIG-uddannelsen er, at eleverne opnår teoretiske færdigheder, praktiske og kliniske færdigheder samt fag-etiske holdninger, som kvalificerer dem til i samarbejde med tandlæge og klinikassistent at varetage sundhedsfremmende, sygdomsforebyggende og behandlingsmæssige opgaver i overensstemmelse med skiftende samfundsbehov.

I perioden fra 1978 og frem til 1996 uddannedes det planlagte og nødvendige antal KA og KIG, men en aftalt kort afbrydelse i 1996 af uddannelserne med det formål at højne niveauet i samarbejde med Center for Sundhedsuddannelser blev grundet uheldige omstændigheder af meget lang varighed. Uddannelserne blev genoptaget i 2001. Konceptet for de to uddannelser, som de i princippet har fundet sted siden da, fremgår af bilag 5.

Selvom der i forbindelse med løbende revisioner er sket forbedringer, må det konkluderes, at uddannelserne trænger til et fagligt løft. Samtidig er fundamentet under uddannelserne med hovedparten af læretiden lokalt i tæt samspil med tandlægen vaklende med baggrund i den meget vanskelige tandlægesituation.

Behov/handling

Der er stort behov for en grundig omstrukturering af tandplejens to uddannelser, og der er indledt et samarbejde herom mellem PI, Institutterne for Klinikassistenter og Tandplejere ved de to tandlægeskoler i Danmark og cheftandlægen.

Det er foreløbig planen, at der fortsat skal være et naturligt forløb mellem uddannelserne, således at KA-uddannelsen som udgangspunkt er en forudsætning for KIG-uddannelsen, og rekrutteringsgrundlaget for dette koncept skønnes fortsat at ville være til stede. Det er ligeledes tanken, at en langt større del af undervisningsforløbet foregår fysisk på PI.

Tidsramme

Revisionsarbejdet indledes i sidste halvdel af 2006, og der stiles mod, at uddannelse til KA efter nyt koncept kan starte i efteråret 2007, og at uddannelse til KIG efter nyt koncept kan starte i efteråret 2008.

Økonomi

Konsulentarbejdet holdes inden for bevilget ramme.
Selve uddannelsesforløbet har endnu ikke kunnet beregnes.

Evaluering

Det vil blive indarbejdet i uddannelserne, at de løbende skal professionelt evalueres.

Operationelle mål

Der skal til 2010 være uddannet mindst 15 nye klinikassistenter

Forklaring: Der stilles i denne plan forslag om øgning af normeringer inden for tandpleje-personalet bl.a. således, at den samlede stab af klinikassistenter udvides fra nuværende 58,5 til 71. Med 15 nye er der luft til lidt naturlig afgang.

Der skal til 2010 været uddannet mindst 10 nye kigutigissaasut.

Forklaring: Der stilles i denne plan forslag om øgning af normeringer inden for tandpleje-personalet bl.a. således, at den samlede stab af kigutigissaasut udvides fra nuværende 22,1 til 39. 10 nye anses som maksimalt opnåeligt, der håbes da på tilgang fra tidligere ophørte kigutigissaasut.

Indsatsområde 6 – Passiv profylakse med saltfluoridering

Baggrund

Der opereres i forbindelse med profylakse (forebyggelse) med to begreber, aktiv og passiv profylakse - begge meget væsentlige. Den aktive profylakse omfatter alle indsatser, som medfører gode tandplejevaner og dermed varigt højner egenomsorgen. Passiv profylakse karakteriseres ved en forebyggende effekt, som skyldes konkret indsats fra andre, men som i princippet ophører, når indsatsen indstilles – eller i hvert fald kort derefter. Velkendte eksempler på passiv profylakse foretaget af tandplejen er fluorskylninger i skoleklasser og lakering af tændernes tyggeflader. Generel fluoridering kendes som drikkevandsfluoridering og saltfluoridering og er ligeledes eksempler på passiv profylakse, og for begge metoder gælder, at brugen deraf medfører endog meget store reduktioner i cariesforekomsten i en befolkning – op mod 50 %.

I arbejdet for bevarelse eller opnåelse af god tandsundhed – hvad enten det drejer sig om det enkelte individ eller om befolkningsgrupper – er det altid af afgørende værdi at sørge for meget tidlig indlæring af gode tandplejevaner.

I erkendelse af, at dette nok teoretisk er nemt, men i det praktiske liv ofte endog meget svært, er det godt at kunne drage fordel af, at brug af generel fluoridering under alle omstændigheder bidrager til en reduktion af cariesforekomsten.

I Grønland er det endnu langt fra normen dels selv at opretholde hensigtsmæssige tandplejevaner, dels at sørge for, at ens børn får dem. Der forestår et meget stort stykke

arbejde for at bibringe befolkningen ikke blot den rigtige viden (som mange måske i virkeligheden nok har), men den rigtige holdning og den hensigtsmæssige adfærd. Sideløbende hermed forekommer tanken om indførelse af generel fluoridering oplagt. Der henvises til bilag 6 for mere detaljerede oplysninger om fluoridprofylakse.

Behov/handling

Der er som omtalt stort behov for at supplere arbejdet omkring aktiv profylakse med indførelse af generel passiv fluoridprofylakse. Der er derfor fremlagt forslag til snarest muligt at indføre saltfluoridering i Grønland, idet drikkevandsfluoridering er for krævende teknisk og omkostningsmæssigt.

Tidsramme

Det er planen at indføre saltfluoridering i Grønland inden udgangen af 2007.

Økonomi

Endnu ikke beregnet – næppe mærkbar.

Evaluering

Effekten af generel fluoridering evalueres via genindført OCR-registrering af tandsundhedsdata.

Operationelle mål

Indførelse af saltfluoridering i 2007

En reduktion alt andet lige af kariesforekomsten på 25 % i perioden 2007 - 2011.

Indsatsområde 7 – Forbedrede efteruddannelsesmuligheder

Baggrund

Uanset de vanskeligheder tandplejen i dag slås med på personalesiden, stilles der fortsat høje krav på alle områder – udstyrsmæssigt – hygiejnemæssigt – og ikke mindst til fagligheden. På uddannelsesområdet giver dette sig bl.a. udtryk ved planerne om forbedring af tandplejens egne to uddannelser. På efteruddannelsesområdet søges der løbende at leve op til naturlige krav på området, dels ved egne kurser, dels ved kurser arrangeret af PI og endelig ved at påvirke overenskomstforhandlinger på tandlægeområdet mest muligt.

Det må imidlertid erkendes, at der kan gøres mere på området – fx svarende til den indsats, der i perioden 1976 – 1992 fandt sted via de hvert andet år afholdte Tandplejemøder, hvor hele tandplejen mødtes over 14 dage til kombinerede uddannelses- og efteruddannelsesaktiviteter. Tandplejemøderne udfyldte derudover en meget vigtig mission, nemlig skabelse og opretholdelse af et meget stærkt socialt netværk inden for tandplejen, et forhold, som mange tilkendegiver i dag at savne stærkt.

Behov/handling

Der er behov for i muligt omfang at genskabe gamle dages *Tandplejemøder*. Tandplejen udgør ikke den helhed, som er en af forudsætningerne for opfyldelse af målsætninger, og erfaringerne viser, at dette vil sammenholdet via tandplejemøderne råde bod på. Efteruddannelse for alle kategorier af medarbejdere skal medtages, hvorved blandt meget andet optimal udnyttelse af kursusgivere opnås. Omfanget af eventuelle

uddannelsesmæssige elementer kan medtages i det omfang, planlægning af revisioner i samarbejde med PI muliggør dette.

Der er tilsvarende et behov for at udnytte de store muligheder, der er forbundet med **telemedicin**. Telemedicin er til enhver tid meget hensigtsmæssig i Grønland, og nødvendigheden forstærkes yderligere af de personalemæssige problemer. Brug af videokonference vil blive intensiveret, og der vil blive stimuleret til brug i alle mulige sammenhænge – mellem distrikterne indbyrdes og mellem distrikterne og både Kystledelsen og faglige institutioner – i såvel uddannelses- som efteruddannelsesøjemed – til støtte for diagnosestilling og behandlingssituationer.

Tidsramme

Det er planen at søge Tandplejemøde arrangeret første gang i 2007 og derefter hvert andet år.

Økonomi

Samlede udgifter for én uges efteruddannelsesaktiviteter for alle fastansatte tandlæger og alle øvrige medarbejdere skønnes ikke at overskride 1 mio. kroner og vil blive holdt inden for den eksisterende ramme.

Evaluerings

Tandplejemødet evalueres ved spørgeskema til deltagerne

Operationelle mål

At genskabe sammenhold inden for tandplejen.

At give en relevant efteruddannelse i en fast rytme hvert andet år.

Begge dele evalueres ved spørgeskema.

Indsatsområde 8 – Intensiveret indsats for forebyggelse og sundhedsfremme

Baggrund

Det er et kendt udsagn, at forebyggelse af sygdom og fremme af sundhed er at foretrække for behandling og helbredelse. Dette gør sig selv sagt også gældende for sygdomme i mundhulen. Her gør der sig endvidere det særlige gældende, at de langt mest udbredte folkesygdomme af alle, nemlig karies, huller i tænderne, og tandkødsbetændelse, i teorien er lette at forebygge.

Med særdeles få undtagelser fødes mennesket med sunde anlæg til velskabte tænder, som er sunde, når de bryder frem i munden. Hvis de umiddelbart derefter – og altid – holdes rene, holder de, såfremt man undgår uheld, livet ud. De slides, de bliver noget misfarvede, men de bliver i munden.

Når dagligdagen så er præget af et helt andet billede, hænger det sammen med, at mennesker ikke nødvendigvis gør det, de egentlig godt ved, de burde gøre. Vi kan sige, at der kan være – og ofte er – den rigtige viden tilstede, men holdningen er ikke med, og langt mindre adfærden.

Erfaringer alle steder fra viser tydeligt, at der kræves en stor indsats for at vende billedet, og tandplejen skal naturligt gå i spidsen i dette arbejde.

I de senere år har Grønlandstandplejen som før nævnt døjet med personaleproblemer, hvilket også har givet utryghed hos og belastning på det øvrige personale, hvilket bl.a. viser sig i større afgang fra klinikkerne.

Således blev den tidligere rimeligt store stab af kigutigissaasut (KIG) i løbet af få år meget kraftigt reduceret, og de tilbageblevne er i høj grad blevet behandlingsorienterede i stedet for udadvendte og opsøgende.

Medvirkende hertil finder man det paradoks, at samtidig som KIG skal være den centrale person i tandplejens forebyggende, udadvendte arbejde, er der – tvunget af mangel på tandlæger – blevet stillet stadig voksende krav til KIG om at udføre tandbehandling på børn – et forhold, der yderligere understreges af, at tandbehandling nu er blevet en integreret del af KIG-uddannelsen.

Det er vigtigt at have klart for sig, at man ikke kan behandle sig ud af ringe tand-sundhed. Man kan intensivere behandlingstilbuddet og lave flere og flere flotte reparationer, men det skaber ikke sundhed.

Tandplejen er i en situation i dag, hvor der skal tages belastende valg vedrørende anvendelse af de ofte stærkt begrænsede ressourcer: Skal især voksenbefolkningens (i øvrigt rimelige) krav om behandling yderligere tilsidesættes, så ressourcerne kan anvendes på en sundhedsfremmende indsats – en indsats, hvor resultatet oven i købet ikke tydeligt ses her og nu.

Behov/handling

På baggrund af ovenstående er der stort behov for politisk stillingtagen til i hvert fald to overordnede forhold:

Skal de disponible ressourcer i større omgang frigøres til forebyggende og sundhedsfremmende arbejde? Og kan der tilføres tandplejen flere ressourcer, så både det forebyggende og det behandlende kan tilgodeses lang bedre?

I første række skal der sættes på yderligere at prioritere – og dermed motivere KIG til at afse ressourcer til forebyggelsen. En fastsættelse af en sådan prioritering vil give dem trygge rammer at arbejde under.

Samarbejde med forældrene omkring deres børn – og de vigtige nøglepersoner i en hvilken som helst fase i livet – jordemødre, sundhedsplejersken, skolelæreren, fritidspædagogen, fodboldtræneren .m.m. – skal intensiveres, ja undertiden endda genskabes. Det er næsten kun fantasien, der sætter grænser.

Tandplejens primære ansvar som en integreret del af **folkesundhedsprogrammet** ligger i disse aktiviteter. Der er behov for en centralt placeret nøgleperson til i samarbejde med cheftandlægen at samle og inspirere denne KIG-indsats, hvorfor der er nynormeret en landsdækkende KIG-stilling primært med følgende funktioner:

- Betjening af de lokale tandplejer med rådgivning og vejledning om forebyggende tandplejeopgaver.
- Hjælp til distrikterne med selvstændig tilrettelæggelse af forebyggelsesprogrammer og materialer til disse.
- Egen produktion af materialer til brug for den forebyggende tandpleje.
- Undervisning af KA og KIG i forskellige sammenhænge – i dagligdagen, ved tandplejemøder og i fremtidig KA- og KIG-uddannelse.
- Opfølgning og overvågning af distrikternes lokale indsats på forebyggelsesområdet

Indsatsen skal også omfatte øget indsats via medierne, hvor der ikke mindst skal lægges vægt på egenomsorg med større forståelse for fx værdien af renhold af tænder og tandkød og brug af fluortandpasta.

Tidsramme

Ovennævnte øgede KIG-indsats initieres i løbet af 2006, mens den landsdækkende KIG opslås til besættelse primo 2007.

Økonomi

Lønmidler til landsdækkende KIG er afsat på finansloven.
Midler til aktiviteter for landsdækkende KIG: Kr. 75.000.

Evaluering

Der foretages en løbende evaluering.

Indsatsområde 9 – Indførelse af elektronisk patientjournal

Baggrund

Det har nogle år været et ønske at indføre elektronisk patientjournal – epj – ved tandklinikkerne, således som det i denne tid indføres på landets sygehuse.

Årsagerne til dette ønske er:

- 1) Behov for en sikker journal med de fordele, der er forbundet med den elektroniske udgave
- 2) Mulighederne for at disponere over et sikkert værktøj til registrering af såvel ydelser som sundhedsdata.

Registrering af sundhedsdata er, som tidligere omtalt, at uhyre stor værdi, og det vil alt andet lige være at foretrække med et elektronisk system, som medfører hurtig data-behandling på ethvert givet, ønsket tidspunkt. Indtil videre indføres registreringen, som ligeledes før omtalt, på manuel basis.

Registrering af ydelser inden for tandplejen har været gennemført i en meget lang årrække og opretholdes fortsat i et ukendt omfang. Indsamling og behandling af data er blevet nedprioriteret, hvorfor genoptagelse er meget ønskelig.

Der har været indledt undersøgelser for at fastlægge, hvilket epj-program, der ville være mest hensigtsmæssigt. Indtil videre er der ikke opnået enighed på dette væsentlige område. Der er yderligere blandt de fastansatte tandlæger er vis skepsis, ikke så meget i relation til den potentielle værdi af epj, snarere med henblik på, om tandplejen med dens usikre tandlægesituation er klar til indførelse af epj.

Behov/handling

Der er behov for hurtigst muligt at få afklaret det mest hensigtsmæssige epj-program. Der er derfor til dette formål nedsat et udvalg bestående af 2 chefdistriktstandlæger med stor it-indsigt, Kystledelsens projektleder for indførelse af epj på sygehusene og cheftandlægen. Udvalget skal endvidere opstille kravspecifikationer og indstille til det mest hensigtsmæssige tidspunkt for indførelse af epj.

Tidsramme

Fastlæggelse af specifikationskrav og epj-program samt forslag til indførelse klart inden udgangen af 2006.

Påbegyndt etablering i løbet af 2007.

Økonomi

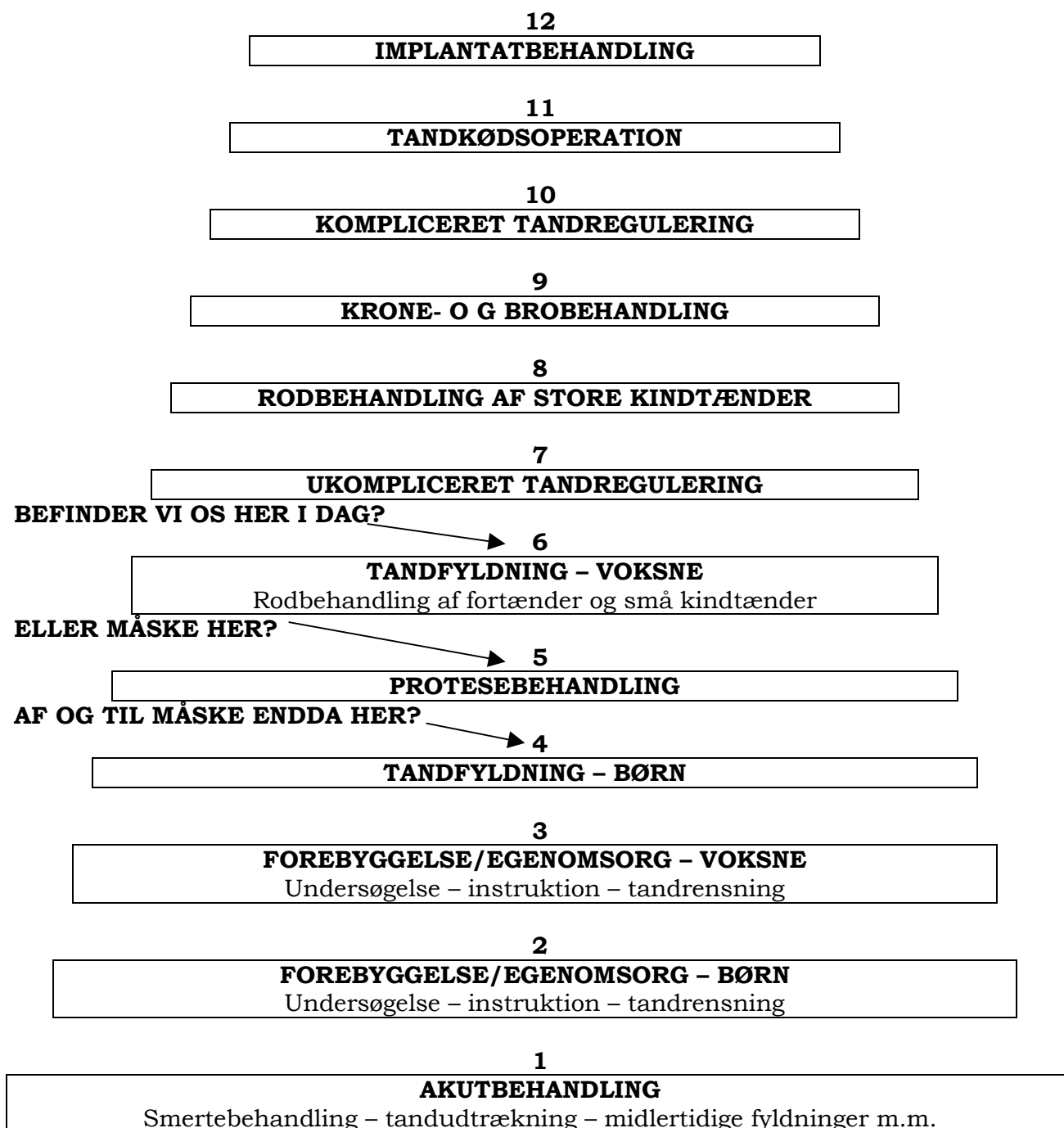
Der er afsat midler på finansloven for 2007.

Evaluering

I forbindelse med etablering formuleres krav til evaluering.

**Tandplejen i Grønland
Indsatsområder 2006-2012**

Bilag 1



Den samlede pyramide repræsenterer i princippet en fuldt dækkende tand-pleje omfattende alle de ydelser, en moderne tandpleje i dag bør indeholde. I det omfang, ressourcerne ikke kan findes, fjernes ydelserne fra oven.

Akutbehandling må altid kunne tilbydes. Dernæst viser illustrationen, at uanset hvor mange ønskværdige ydelser vi end må give afkald på, ønsker vi forebyggelses-aktiviteterne bevaret (og styrket!).

Tandplejen i Grønland

Bilag 2

Indsatsområder 2006-2012

Konsekvenser af negativ udvikling i tandplejen de seneste 10 år.

Målgruppe	Opgangsperiode 1980 "midt i halvfemserne"	Stagnation "fra midt/sidst i halvfemserne"	Konsekvenser "i dag og fremover"
Småbørn (førskolebørn)	Meget mærkbar fremgang i tandsundhed grundet høj prioritet.	Kun ca. en tredjedel nås registre-rings- eller behandlingsmæssigt grundet tandlægemangel og voksenpres.	Ressourcer tages fra målgrup-pen, der forsømmes mere og mere, hvorved forudsætnin-gen for varig forbedring af folketandsundheden falder bort
Skolebørn (børn i folkeskolen)	Hele målgruppen undersøgt og behandlet.	Systemet smuldret grundet ustabilitet på tandlægeside og generelt øget pres.	Negativ udvikling forstærket og flere og flere skolebørn bliver forsømt.
Ungdom (unge fra de forlader skolen til det fyldte 20. år)	En begrænset, systematisk ungdoms-tandpleje iværksat til imødekommelse af drop-out-problemet.	Den spinkle, men lovende start har ikke kunnet fastholdes.	Indsats i børneårene spildes, og mulighederne for et voksenliv med egne sunde tænder forringes mærkbart.
Voksne (personer over 20 år)	Gruppen har aldrig fået et tilfredsstil-lende tandplejetilbud. Resignation og manglende tandbevidsthed hos et flertal har gjort, at dette forhold ikke har med-ført større utilfredshed, men der føles nu et tydeligt øget pres fra gruppen med krav om betydeligt mere omfattende tandplejetilbud, og der lægges den spæde start til en systematisk voksen-tandpleje.	Manglende ressourcer medfører fastholdelse måske endda for-ringelse af det ringe tilbud til gruppen, med en forventet, forståelig og uholdbar øgning af utilfredsheden til følge. Dette medfører igen en negativ motiva-tion i forhold til at passe deres børns tænder.	Tilbuddet til gruppen i dag er det ringeste de sidste 25 år og må beskrives som uholdbart såvel fagligt som politisk

Tandplejen i Grønland
Indsatsområder 2006-2012

Bilag 3

IDEALMODEL FOR TANDPLEJEN I GRØNLAND				
MODUL	MÅLGRUPPE	MÅL	INDSATS	KRAV
Systematisk småbørnstandpleje	0-5 årige samt disses nøgle-personer: Forældre, institutions-personale og sundheds-plejen.	Fastholde den medfødte tandsundhed og indarbejde hensigtsmæssige hjemmetandplejevaner.	OCR-registrering af alle småbørn. Intens profylakse og gennemgribende tandbehandling af principielt alle småbørn.	Ressourcemæssig harmoni mellem prioritering og anvendt tandplejearbejdstid. Tilførsel af ressourcer.
Systematisk skoletandpleje	Skolesøgende børn samt disses nøglepersoner: Forældre, lærere og personer tilknyttet fritidslivet.	Fastholde og styrke de erhvervede hjemmetandplejevaner og den dermed forbundne tandsundhed.	OCR-registrering af alle skolebørn. Intens profylakse og gennemgribende tandbehandling af alle skolebørn.	Ressourcemæssig harmoni mellem prioritering og anvendt tandplejearbejdstid. Tilførsel af især tandlægelige ressourcer.
Systematisk ungdomstandpleje	Velmotiverede unge fra de forlader skolen til de fylder 20 år – også kaldet <i>regelmæssige unge</i> – samt disses nøglepersoner: Personer tilknyttet uddannelses-, fritids- og arbejdslivet.	Bevare og udbygge den for god tandsundhed nødvendige egenomsorg.	OCR-registrering af alle unge. Nødvendig profylakse og gennemgribende tandbehandling af principielt alle unge.	Tilførsel af især tandlægelige ressourcer til en gradvis udbygning af modulet..
Systematisk voksentandpleje	Velmotiverede personer over 20 år – også kaldet <i>regelmæssige voksne</i> .	Bevare og udbygge den for god tandsundhed livet igennem nødvendige egenomsorg.	OCR-registrering af alle. Nødvendig profylakse og fagligt forsvarlig tandbehandling af alle omfattende almindelig tandbehandling og videregående tandbehandling i begrænset omfang.	Tilførsel af især tandlægelige ressourcer til en gradvis udbygning af modulet..
Ikke-systematisk ungdoms- og voksentandpleje	Alle unge og voksne, som ikke udviser egenomsorg og dermed ikke er tilsluttet systematisk tandpleje.	At dække basale tandplejemæssige behov samt ved passende motivation at rekruttere flere regelmæssige unge og voksne.	Kun almindelig tandbehandling og efter forholdsvis radikale retningslinier. Behersket ressourceforbrug mhp. Individuel motivering til at overgå som regelmæssig patient. Kampagner om egenomsorg.	Forståelse for, at ikke-regelmæssige patienter kun tilbydes et reduceret tandplejetilbud.

**Tandplejen i Grønland
Indsatsområder 2006-2012**

Bilag 4

Nogle eksempler på udviklingen i tandsundhed frem til 1991

7-årige - karieserfaring - landstotaler - 1974-1991. def-s/DMF-S					
1974	1979	1988	1989	1990	1991
29,1	15,1	16,4	16	15,1	14,8

Den samlede karieserfaring hos 7-årige børn i Grønland halveret 1974-1991



	Karieserfaring - landstotaler - 1984-1991. def-s/DMF-S							
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
5-årige	15	12,3	12,8	11,6	13,2	12,4	12	10,2
12-årige	13,3	13,3	12	9,7	8,9	8,1	8,1	8,1
15-årige	19,9	19,7	18	15,6	14,9	10,6	10,5	11,4

Den samlede karieserfaring for børn i Grønland på udvalgte alderstrin 1984-1991:

5-årige reduceret med 32 %

12-årige reduceret med 39 %

15-årige reduceret med 43 %



	Kariesfrihed - landstotaler - 1984-1991 - %							
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
5-årige	14,6	23,3	27,1	27,9	28	24	28,8	27,2
12-årige	2,3	4,5	5,8	10,7	10,7	12,5	13,1	14,4
15-årige	0,6	0,6	1,3	2,2	3,9	7,5	7,9	7,9

Andelen af kariesfri grønlandske børn på udvalgte alderstrin 1984-1991:

5-årige forøget med 86 %

12-årige forøget med 525 %

15-årige forøget med 1.200 %



Ungdomstandpleje – karieserfaring – landstotaler 1988-1991. DMF-S				
	1988	1989	1990	1991
15-årige	14,8	10,7	10,4	11,4
16-årige	15,8	13,8	12,6	13,6
17-årige	20,7	17,4	15	15,6
18-årige	23,5	18,4	18	19

Den samlede karieserfaring for unge i Grønland 1988-1991:

15-årige reduceret med 23 %

16-årige reduceret med 14 %

17-årige reduceret med 25 %

18-årige reduceret med 19 %



Ungdomstandpleje – kariesfrihed – landstotaler 1988-1991. %				
	1988	1989	1990	1991
15-årige	3.0	7.5	7.9	7.9
16-årige	1.5	4	6.7	5
17-årige	0.6	1.4	2.6	3.2
18-årige	0	1	1.5	2.1

Andelen af kariesfri grønlandske unge 1988-1991

15-årige forøget med 163 %

16-årige forøget med 233 %

17-årige forøget med 433 %

18-årige forøget meget

Område 5 – Forbedrede uddannelser for klinikassistenter og kigutigissaasut

Fakta om de to uddannelser i det hidtidige koncept

Uddannelse til klinikassistent
<p>Klinisk optræning ved ansættelse på en tandklinik. Optræning foregår ved mesterlæreprincippet, hvor tandlægen fungerer som studievejleder, og hvor det kliniske arbejde suppleres med teoretisk stof.</p> <p>Det pædagogiske ansvar varetages af Skolen for Tandplejere - og Klinikassistenter i Århus. Undervisningsplanen og hele undervisningsforløbet præsenteres for eleverne på en web-side. Den daglige undervisning i distrikterne varetages af studievejlederen. Den teoretiske undervisning er på 60 timer. Undervejs vejleder skolen eleverne og studievejlederen blandt andet ved at tilsende regelmæssige spørgsmål i det læste stof.</p> <p>Efter ½ års undervisning modtager eleverne en "terminsprøve", som de skal bestå for at gå videre. Midtvejs i kurset afholdes et fem dages kursus for alle eleverne på PI -skolen i Nuuk og efter 2 års undervisning holdes eksamen samme sted. Kursus og eksamen planlægges og afholdes af cheftandlægen sammen med underviserne.</p>

Uddannelse til kigutigissaasooq
<p>Uddannelsen er en overbygning på klinikassistentuddannelsen.</p> <p>Den teoretiske undervisning omfatter 160 timers undervisning og den kliniske oplæring foregår på tandklinikkerne under ansvar af chefdistriktstandlægen.</p> <p>Det pædagogiske ansvar varetages af Skolen for Tandplejere - og Klinikassistenter i København. Uddannelsen er betydelig udvidet i forhold til klinikassistentuddannelsen og omfatter 16 enkeltfagsmoduler, som tages i fastlagt rækkefølge. Hvert enkelt modul afsluttes med en prøve, der skal bestås, inden eleven går videre.</p> <p>Hvert fag har tilknyttet en faglærer, som udformer undervisningsmaterialet sammen med cheftandlægen. Midtvejs i kurset afholdes et femdages kursus, som skal bestås og eksamen afholdes efter to års studium kombineret med et yderligere kursus på fem dage. Kursus og eksamen planlægges og afholdes af cheftandlægen sammen med underviserne.</p>

Fluorid – forebyggelse, undersøgelser og bivirkninger

Fluor er et grundstof, der kan nedsætte mængden af huller i tænderne med 20 til 50 procent afhængig af, hvordan det anvendes. Fluor har – som fluorid - været anvendt siden 2. verdens-krig over hele verden på grund af dets carieshæmmende effekt. Fluorid bør tilføres tænderne kontinuerligt gennem hele livet.

Fluorid skal - for at hindre cariesudviklingen - i kontakt med tændernes overflader inde i munden. Sker dette, styrkes emaljen (tandoverfladen), og bliver mere modstandsdygtig over for caries. Fluorid virker kun så længe, det findes i mundhulen, og den samlede påvirkning afhænger af forskellige forhold.

Der er ingen umiddelbare bivirkninger ved fluoridering. Børn indtil 8-års alderen kan få en ganske ringe påvirkning af deres tænders emalje i form af små overfladiske hvide pletter på tænderne. Denne påvirkning kaldes *dental fluorose* og forekommer kun i meget mild grad ved den rigtige dosering. De overfladiske små hvide pletter vil hurtigt blive slidt af tænderne, når børnene vokser op, og vil ikke være kosmetisk eller sundhedsmæssig generende.

Fluoridtilsætning kan administreres på to måder, lokalt gennem fluortandpasta, fluortyggegummi, fluorpenslinger, fluorskylninger og fluortabletter - eller generelt gennem drikkevands- eller saltfluoridering.

Lokal fluoridering:

- *Fluortandpasta og fluortyggegummi* kan anvendes af folk selv, og begge har en god virkning forudsat, at de anvendes hele tiden. Især tandbørstning med fluorid to gange om dagen har over en årrække på 20 - 30 år vist sig at kunne få cariesituationen under kontrol i andre lande. I Grønland har tandpasta med fluorid ikke haft den forventede effekt, da regelmæssig tandbørstning ikke bruges i mange grønlandske hjem.
- *Fluorpenslinger og fluorskylninger* foregår i skolerne. Begge metoder er virksomme metoder til at forebygge caries og kan også anvendes i ungdomstandplejen. Fluorpensling kan også bruges på voksne. Fluorskylninger kræver organisation og mange ressourcer i tandplejen. Den forebyggende effekt ophører, når skylninger / penslinger ophører.
- *Fluortabletter* har ikke nogen forebyggende effekt, med mindre de tygges, og fluortyggegummi bør derfor foretrækkes.

Generel fluoridering:

Fluorid sat til vand eller salt. Begge metoder kan iværksættes, og såvel vand- som saltfluoridering har både fordele og ulemper. Vandfluoridering har vist sig at have en god forebyggende effekt på karies, men egner sig mindre godt til Grønland på grund af relativt store omkostninger ved etablering og overvågning (drift).

Saltfluoridering er udviklet i Schweiz. Fluorideret salt bruges nu i over 30 lande f.eks. i latinamerikanske lande, Frankrig og Tyskland med gode veldokumenterede resultater. Især i områder med meget karies og lidt fluor er virkningen markant, antallet af huller falder væsentlig og antallet af børn uden huller i tænderne stiger.

Effekten af saltfluoridering er den samme, som hvis man børster sine tænder to gange om dagen med fluortandpasta. Tandbørstning med fluortandpasta kan godt findes sted samtidig med, at man indtager salt tilsat fluorid.

Saltfluorideringen bør som udgangspunkt ske for alt importeret salt til Grønland (bortset fra salt til fiskeindustrien) og forhandles som almindeligt salt. Det foreslås dog, at det fortsat er muligt at købe specialsalt for de forbrugere, som måtte ønske det.

Saltfluoridering er omkostningsfri for Landsstyret. Forbrugerne vil blive belastet med en let forøget saltpris i størrelsesordenen under en krone pr. kg. Samtlige borgere i Grønland vil kunne få fuldt udbytte af en saltfluoridering også befolkningen i bygderne. Virkningen af fluorideret salt er 1/3 mindre end virkningen ved vandfluoridering.

Kystledelsen anbefaler dog saltfluoridering grundet de store driftsomkostninger ved drikkevandsfluoridering jf. nedenstående.

Drikkevandsfluoridering er den mest udbredte metode til fluoridering. Mange hundrede millioner mennesker i verden får vand med et fluorindhold på omkring 1 mg fluor pr. liter.

Fluor findes naturligt i alt vand dog med varierende koncentration. Som det eneste distrikt i Grønland har Narsaq fra naturens side et fluorindhold på ½ mg fluor pr. liter vand. Det afspejles i antallet af huller i tænderne hos børnene i 10. klasse i Narsaq, der er omkring det halve antal af landsgennemsnittet.

Kunstig fluoridering af vand foregår på vandværkerne, hvor der løbende kan tilsættes fluor sammen med andre stoffer fx klor - og hvor koncentrationerne kan overvåges. Metoden egner sig bedst til store byer med central vandforsyning, hvilket giver små driftsomkostninger i forhold til antallet af brugere.

Nukissiorfiit har vurderet de tekniske muligheder og økonomiske konsekvenser af drikkevandsfluoridering. Det er teknisk muligt at gennemføre i Grønland. Metoden er dog relativt dyr i anlæg, opstart og overvågning. Fordelen er dog, at drikkevandsfluoridering anvendt i byerne vil give en optimal dækning af over 80 % af befolkningen, som ikke vil kræve en forudgående medvirken fra befolkningen selv eller tandplejen.

Undersøgelser vedrørende fluoridering

Kendskabet til fluorids virkninger på tænderne går tilbage til begyndelsen af forrige århundrede, hvor man i USA bemærkede, at befolkningens tænder i visse områder var misfarvede og deformerede. Efter omfattende undersøgelser konkluderede myndighederne, at det måtte skyldes et element i drikkevandet nemlig fluorid. Samtidig observerede man en tendens til større modstandsdygtighed over for karies hos de fluoridpåvirkede tænder. En undersøgelse af koncentrationen af fluorid i drikkevandet viste en sammenhæng mellem fluorid og kariesmængden hos de individer, der drak vandet. Jo mere fluorid, jo mindre karies. Denne sammenhæng er siden bekræftet over hele verden blandt andet i Danmark.

På baggrund af ovenstående sammenhæng mellem fluorid og karies anlagde USA og Canada tre store forsøg med fluorid af vand. Resultaterne var entydige og dramatiske. På 10-15 år blev kariesmængden i de involverede byer reduceret med omkring 50 %. Samtidig gennemførtes en medicinsk undersøgelse af befolkningen i de pågældende byer med henblik på at undersøge fluorids påvirkning af indbyggernes almindelige

helbredstilstand. Undersøgelserne viste ingen ændringer i indbyggernes helbredstilstand, som kunne henføres til det tilsatte fluorid.

Senere undersøgelser har vist, at virkningen af tilsat fluorid ikke adskiller sig fra virkningen af "naturligt" forekommende fluorid. Dette gælder både den karieshæmmende virkning og de eventuelle skadelige bivirkninger.

Fluorid blev i sidste halvdel af forrige århundrede udbredt over hele verden både ved tilsætning til vand og salt og ved tilsætning til tabletter samt ved lokal anvendelse i mundhulen (skylning, børstning, pensling og lakering). Især fluortandpasta har vist sig fordelagtig. I mange lande har fluorid medvirket til at bringe kariessituationen for skolebørn under kontrol i sådan en grad, at kun en lille restgruppe har meget karies.

Udgangspunktet for fluoridering er WHO's rapport fra 1994, "Fluorides and oral Health", hvori man anbefaler fluorid som et sikkert kariesforbyggende stof. Fluorid er et af de mest undersøgte stoffer, der findes.

Grønlandske undersøgelser vedrørende fluorid

Der er i Grønland gennemført to pilotundersøgelser om fluorid.

Den ene af pilotundersøgelserne undersøger fluorudskillelsen i urin hos 3 til 6-årige børn i Qaqortoq, Narsaq og Nuuk. Formålet med undersøgelsen var at fastlægge, hvor meget fluor børnene indtog fra anden side.

Den anden pilotundersøgelse ser på fluorets påvirkning af tænderne (dental fluorose) i Nuuk, Narsaq og Ilulissat. Formålet med undersøgelsen var at undersøge for eventuelle uheldige kosmetiske indvirkninger på tænderne.

Begge undersøgelser er gennemført og vurderet af Professor Poul Erik Petersen fra WHO. Ifølge Professor Poul Erik Petersen er den fluormængde, som den grønlandske befolkning indtager på naturlig måde uden betydning for en eventuel saltfluoridering. Endvidere er den kosmetiske påvirkning af tænderne minimal. På denne baggrund besluttede tandlægerne på tandplejens ledelseskonference i 2002 enstemmigt at anbefale en fluortilsætning af alt salt i Grønland.

Dental fluorose – bivirkning ved brug af fluor

Bivirkningen ved fluorid viser sig som misfarvning af tænderne (små overfladiske hvide pletter) og defekter i tændernes emalje. Denne bivirkning kaldes *dental fluorose* og er afhængig af fluoridindholdet i vandet. Jo mere fluorid i vandet, jo mere fluorose. Virkningen af dental fluorose spænder over et spektrum fra ganske svage hvidlige pletter til fuldstændig ødelæggelse af tændernes emalje.

Det er ikke muligt at forebygge caries med fluorid i vand eller salt uden at skulle acceptere en vis misfarvning af tænderne. Den optimale fluoridkoncentration i drikkevandet i forhold til bekæmpelse af karies holder dog den dentale fluorose på et meget lavt niveau.

Med henblik på at kunne måle graden af fluorose er der udviklet forskellige målestokke (index), som anvendes i kliniske undersøgelser til at vurdere, om tilførslen af fluor til befolkning er for høj. Disse undersøgelser af dental fluorose er meget fintmærkende og

kan bruges ved løbende overvågning af befolkningen. Det er således ikke nødvendigt med urinundersøgelser.

Fluorids virkning på den menneskelige organisme

Fluorid er i større mængder et meget giftigt stof. Men skelner mellem akut og kronisk forgiftning med tilhørende symptomer.

Den dødelige dosis af fluorid ligger for voksne på mellem 2 og 5 gram. Forgiftninger ses ved en tiendedel af denne mængde. Dette er koncentrationer, der ligger langt fra fluoridtilførslen ved salt- eller drikkevandsfluoridering. Drikkevandsfluoridering ligger på et fluorindhold på omkring 1 mg fluor pr. liter (kaldet 1 ppm), mens salt med fluorid indeholder ca. 350 mg fluorid pr. kilo¹.

Der er et kendt ulykkestilfælde i USA, hvor man på et hospital ved en fejltagelse tilberedte maden med rottegift, som indeholder fluorider, og slog mange mennesker ihjel. Enkeltpersoner kan blive akut forgiftet ved selvmordsforsøg med midler indeholdende fluorider, ved brug af fluorholdige narkosemidler eller ved forkert dosering hos tandlægen.

Den kroniske påvirkning af fluorid medfører en forbening af knoglerne. Dette kræver en meget langvarig påvirkning med en dosis, der ligger fem til ti gange over den koncentration, der normalt tilsættes drikkevand. Kroniske påvirkninger kan forekomme i tropiske områder, hvor fluoridkoncentrationen er høj, og vandkonsumet samtidig er konstant højt i mange år. Saltfluoridering kan ikke give anledning til kronisk påvirkning grundet det lille indhold af fluorid. Der er videnskabelig enighed om, at fluorid tilsat salt i denne sammenhæng ingen skadelig virkning har på organismen.

¹ Forgiftning med salt tilsat 350 mg fluorid pr. kilo vil kræve indtagelse af 6 kilo salt, før den nedre grænse på 2 g nås. Dette skal indtages på en gang for at virke forgiftende.

Tandplejen i Grønland

Bilag 7

Indsatsområder 2006-2012

Samlede merudgifter i projektperioden

	Område	2006	2007	2008	2009	2010	2011	I alt
1	Personale – normeringer, rekruttering og fastholdelse	0	0	3.010.000	4.061.000	1.775.000	4.171.000	13.017.000
2	Registrering af tandsundhed	40.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	140.000
8	Intensiveret indsats for forebyggelse og sundhedsfremme	0	75.000	75.000	75.000	75.000	75.000	375.000
	I alt							13.532.000